

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Quistes mesoteliales intraabdominales

C. Moreno Hurtado, E. Blesa Sánchez, R. Cabrera García, R. Núñez Núñez

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil Infanta Cristina (Badajoz).

RESUMEN

Antecedentes. Los quistes mesoteliales intraabdominales plantean dudas relacionadas con su naturaleza, evolución e indicación o no de tratamiento quirúrgico.

Objetivo. Ampliar la información sobre esta patología, su diagnóstico y tratamiento adecuados, a través de la comunicación de nuestra casuística.

Pacientes. Aportamos nuestra experiencia con seis pacientes intervenidos de lesiones quísticas yuxtaperitoneales de muy probable naturaleza mesotelial. Tres pacientes presentaron una masa quística a nivel hepático, dos al nacimiento y otro en el período de lactancia, detectada por ecografía.

En los otros tres pacientes los quistes estaban situados en zona posterolateral del diafragma. Dos de ellos se diagnosticaron a los 6 y 7 años mediante ecografía realizada por otro motivo. En el tercero fue un hallazgo operatorio al intervenirlo de hernia diafragmática de diagnóstico tardío con estrangulación intestinal.

Resultados. En los tres primeros pacientes se procedió a tratamiento quirúrgico inmediato; los quistes estaban situados en la cara inferior hepática contactando con hígado una porción reducida de los mismos.

En los que presentaban el quiste en zona posterolateral del diafragma, realizamos un seguimiento con controles ecográficos que confirmó el crecimiento progresivo de las lesiones y nos indujo a la extirpación quirúrgica. Todos los pacientes curaron, sin complicaciones, con la extirpación.

Conclusiones. Consideramos que todos los quistes intervenidos son mesoteliales basados en su localización, unilocularidad y contenido. La decisión de tratamiento quirúrgico se fundamenta en los niños de menor edad, en el gran volumen y complicaciones posibles de una masa de naturaleza no demostrada, y en los diafragmáticos, en su crecimiento progresivo.

Palabras clave: mesotelio, quiste, abdomen, hígado, diafragma.

ABSTRACT

Background. Intrabdominal mesothelial cysts raise doubts related with their nature, evolution and indication or not of surgical treatment.

Objective. To supply information on this pathology, their diagnosis and treatment, through the communication of our cases.

Patients. We reviewed six cases of mesothelial cysts collected over a five year period. Three of these patients presented a cystic mass at hepatic level, two at birth and another in the period of nursing, detected by ultrasound (US). In the other three patients the cysts were located in the posterolateral aspect of the diaphragm. Two of them were diagnosed to six and seven years of age by means of US, performed by another reason, while in the other

case was an incidental finding during a congenital diaphragmatic hernia repair of delayed diagnosis.

Results. The first three patients underwent immediate surgical treatment; the cysts were located in the hepatic inferior face, with a tiny attachments to the liver. In those presented with the cyst in the posterolateral aspect of the diaphragm, we made a follow-up with US controls which showed a progressive growth of the lesions. Surgery was recommended and complete resection was carried out. All patients cured, without complications.

Conclusions. It is concluded that all operated cysts were mesothelial, based on their location, unilocularity and content.

The decision of surgical treatment in the children of smaller age, is based in the great volume of the cysts and the possible complications of a mass of not demonstrated nature, and in the located at the diaphragm, in its progressive growth.

Key Words: Mesothelial cysts, abdomen, liver, diaphragm.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones quísticas abdominales de origen mesotelial se localizan a nivel yuxtopleuroperitoneal y están constituidas por una única cavidad revestida de superficie serosa y con pared formada por una o dos capas de células cúbicas, que contienen en su interior líquido claro, seroso, generalmente a tensión¹⁻⁵.

Es difícil estimar la incidencia de los quistes mesoteliales en la infancia ya que son propios de la edad adulta^{1,3-6}. En la bibliografía pediátrica revisada se refieren casos esporádicos³⁻⁸ prácticamente idénticos a los que aportamos y que, a pesar de estar referidos con diversas denominaciones, consideramos que constituyen una misma entidad.

La dificultad para su diagnóstico clínico, la necesidad de técnicas inmunohistoquímicas especiales⁸ que los diferencien de otras lesiones quísticas y el desconocimiento de su evolución, plantean dudas sobre cuál debe ser la actitud ante su sospecha^{6,8-11}.

Consideramos que nuestra experiencia aporta datos que pueden ayudar al mejor conocimiento de este tipo de patología y, en consecuencia, a su diagnóstico y tratamiento adecuados.



A: Fetal



B: Postnatal

Figura 1: Ecografía de un quiste mesotelial hepático.

PACIENTES

Se aportan seis pacientes, tres varones y tres mujeres, de edades comprendidas entre el nacimiento y los siete años, con la característica común de presentar una masa adyacente al peritoneo, unilocular, de pared muy fina y conteniendo un líquido seroso, a tensión.

Se manifestaron clínicamente de dos formas distintas: en un grupo constituido por tres pacientes, en los que el quiste se localizaba a nivel hepático, el diagnóstico se sospechó, en dos, mediante ecografía fetal (fig.1a), confirmándose tras el nacimiento, y en el otro paciente, durante la lactancia al realizársele una ecografía abdominal por presentar un riñón único. En la ecografía se puso de manifiesto una imagen anecoica con refuerzo posterior, de entre 4 y 7 cm de diámetro, adyacente al parénquima hepático, sin poder precisarse si se localizaba en el hígado o fuera de él (fig. 1b).

En los tres pacientes se procedió al tratamiento quirúrgico inmediato dado el gran volumen y complicaciones posibles de una masa quística de naturaleza no conocida. Los quistes estaban situados en la cara inferior del lóbulo derecho hepático, contactando con el hígado una porción reducida de su superficie (fig. 2). Se aspiró su contenido seroso y se realizó resección subtotal de sus paredes con puesta a plano de la superficie de contacto.

Los otros tres pacientes presentaban los quistes en la zona posterolateral del diafragma. Dos de ellos se diagnosticaron a los 6 y 7 años mediante ecografía realizada por otro motivo. La lesión quística era parahepática en uno y paraesplénica en otro (fig. 3, a y b). En los dos realizamos un seguimiento con con-

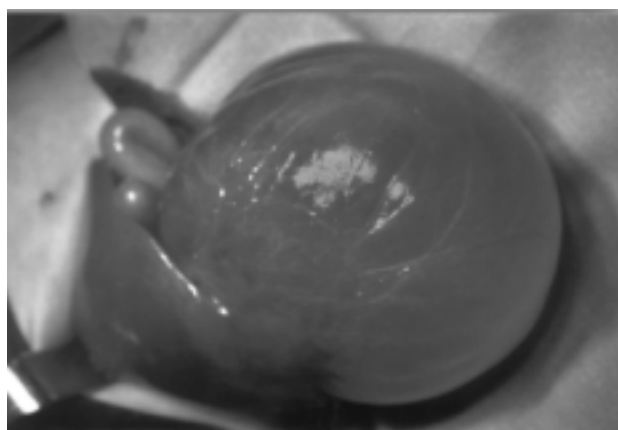
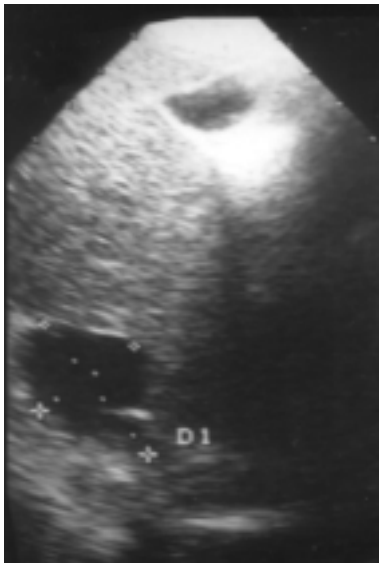


Figura 2. Quiste mesotelial hepático.

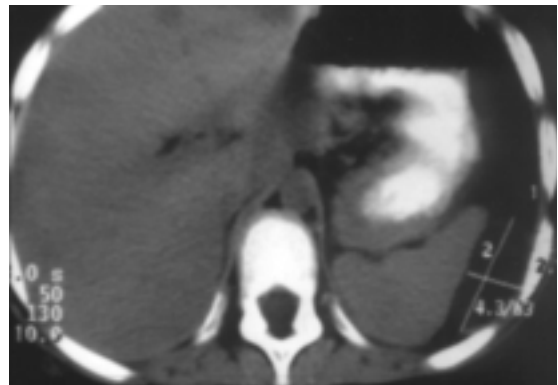
troles ecográficos y tomografía axial computarizada durante dos años que confirmó el crecimiento progresivo de las lesiones, lo que nos indujo a la extirpación de la lesión, resultando dificultosa ya que ambos quistes estaban rodeados de fibras musculares (fig. 4), produciéndose en uno de ellos perforación del diafragma. En el tercer paciente, la lesión quística fue un hallazgo operatorio al intervenirlo de hernia diafragmática de aparición tardía, con estrangulación intestinal.

DISCUSIÓN

Aunque hasta hace pocos años los quistes mesoteliales se han considerado como de muy escasa frecuencia en la infancia, la disponibilidad y amplia uti-



A: Ecografía



B: TAC abdominal

Figura 3. Quiste parahepático, diafragmático.

lización del diagnóstico ecográfico fetal y postnatal va a permitir, sin duda, la detección de un mayor número de este tipo de patología^{1,6}.

Ante esta entidad se plantean problemas de diagnóstico clínico, tratamiento e incluso, sobre el conocimiento exacto de la lesión una vez extirpada^{4,5}. El diagnóstico diferencial, obligado con otras lesiones hepáticas y extrahepáticas^{1,5}, no siempre permite tener la certeza suficiente para decidir si intervenir o no a estos pacientes. La intervención quirúrgica, cuando se decide, se hace más por prevenir las complicaciones habituales de cualquier tipo de lesión quística intrabdominal: hemorragia infección, rotura o degeneración, que por conocer la auténtica patogenicidad de la lesión⁵.

Como alternativa a la cirugía, algunos autores proponen la punción, con o sin evacuación, seguida de escleroterapia con diferentes sustancias^{1,6}.

El diagnóstico definitivo de quiste mesotelial no puede hacerse hasta que estudios especiales de histología nos permitan diferenciarlos de otras lesiones de estructura similar a la microscopía óptica, fundamentalmente linfangiomas^{5,8}.

Como conclusiones de nuestra experiencia, consideramos que los quistes intervenidos en estos pacientes son de naturaleza mesotelial basados en su localización, unilocularidad y contenido; la indicación quirúrgica nos parece correcta ante posibles riesgos de complicaciones tales como hemorragia, infección rotura traumática y degeneración; como hipótesis totalmente sin demostrar, y considerando

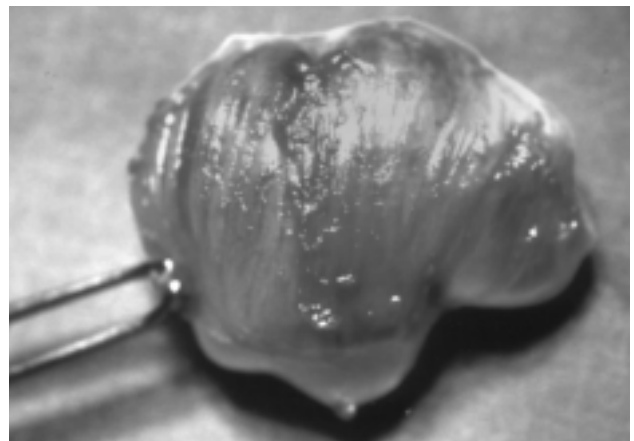


Figura 4. Pieza operatoria. Quiste diafragmático paraesplénico.

al último paciente referido, no podemos descartar que un quiste mesotelial diafragmático roto pueda ser el origen de una hernia diafragmática de aparición tardía¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Sethna K, Mohamed F, Sugarbaker PH. Peritoneal benign cystic mesothelioma: a case report and review of literature. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 192-5.
2. Flemming P, Becker T, Klempnauer J, Hogemann D, Kreft A, Kreipe HH. Benign cystic mesothelioma of the liver. *Am J Surg Pathol* 2002; 26: 1523-7.
3. Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular Peritoneal Inclusion Cysts (So-Called Cystic Mesotheliomas). *Cancer* 1989; 64: 1336-1346.
4. O'Neil JD, Ros PR, Storm BL, Bruck JL, Comdr LT, Wilkinson EJ. Cystic Mesothelioma of the Peritoneum. *Radiology* 1989; 170: 333-337.
5. Moore JH, Crum CP, Chandler JG, Feldman PS. Benign Cystic Mesothelioma. *Cancer* 1980; 45: 2395-2399.

6. Benson RC, Williams TH. Peritoneal cystic mesothelioma: successful treatment of a difficult disease. *J Urol* 1990; 143: 347-348.
7. Ruíz JL, Cuenca MJ, Vera M, Espejo MP, Zambudio G. Quiste hepático solitario. Presentación de un caso diagnosticado en período neonatal. *Cir Pediatr* 1992; 5: 228-230.
8. Bento L, Martínez MA, Conde J, Bardají C, Montes M, González A. Quistes Mesoteliales del peritoneo en la edad pediátrica. *Cir Pediatr* 1989; 2: 140-142.
9. Hernández N, Gómez MA, García J, González JP, Meneses M, Moya M. Quiste solitario no parasitario hepático en la infancia. *An Esp Pediatr* 1988; 28: 269-270.
10. Gómez A, Segarra V, Segade R, García-Sala C, Mayayo E, Vilariño A, Ruíz S. Quiste hepático unilocular solitario en el neonato. *An Esp Pediatr* 1981; 14: 454-456.
11. Agulla E, Cabañes JA, Santamaría JI, Morán JM, Sanjuán S. Mesotelioma quístico benigno congénito. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 167-168.
12. Núñez R, Rubio JL, Pimentel J, Blesa E. Congenital diaphragmatic hernia and intrathoracic intestinal volvulus. *Eur J Pediatr Surg* 1993; 3: 293-295.