

QUISTE PERITONEAL COMO ÚNICO HALLAZGO DE DOLOR CRÓNICO EN HIPOCONDRIO DERECHO

Peritoneal cyst as the only finding in chronic pain in the right upper quadrant

Pérez Naranjo P, Briones Bajaña F, Cabrera Peña Á
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

El dolor abdominal es la causa más frecuente de consulta para el médico especialista en Aparato Digestivo. Cuando dicho dolor se cronifica, nos podemos apoyar de las técnicas diagnósticas por imagen para aclarar dicha sintomatología, siendo necesario definir los signos radiológicos que nos permitan realizar una adecuada orientación diagnóstica, en nuestro caso de las diversas masas abdominales de presentación quística, intentando establecer su origen y hacer un adecuado diagnóstico diferencial del mismo.

Palabras clave: quiste peritoneal, mesotelioma peritoneal, mesotelioma quístico, ecografía abdominal, TC abdominal, RM abdominal.

Abstract

Abdominal pain is the most frequent cause of consultation for the Digestive System physician. When such pain becomes chronic, we can rely on diagnostic imaging techniques to clarify such symptoms, being necessary to define the radiological signs that allow us to make a proper diagnostic orientation, in our case of the various abdominal masses of cystic presentation, trying to establish its origin and make an appropriate differential diagnosis of the same.

Keywords: peritoneal cyst, peritoneal mesothelioma, cystic mesothelioma, abdominal ultrasound, abdominal CT, abdominal MRI.

Presentación del caso

Se presenta el caso de una mujer de 37 años de edad sin antecedentes clínicos destacables, que se encuentra en estudio por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de 9 meses de evolución, a la que previamente se descartó afectación ginecológica y urológica debido a infecciones del tracto urinario de repetición.

CORRESPONDENCIA

Paula Pérez Naranjo / paula.perez.naranjo@gmail.com
Hospital Universitario Clínico San Cecilio - 18016. Granada
Fecha de envío: 24/01/2022 - Fecha de aceptación: 17/02/2022

Ante la persistencia del dolor se realizó de manera programada una ecografía de abdomen donde se evidenció como hallazgo incidental una imagen nodular de morfología ovoide y comportamiento quístico de unos 3 cm localizada en el espacio hepatorenal (Figura 1).

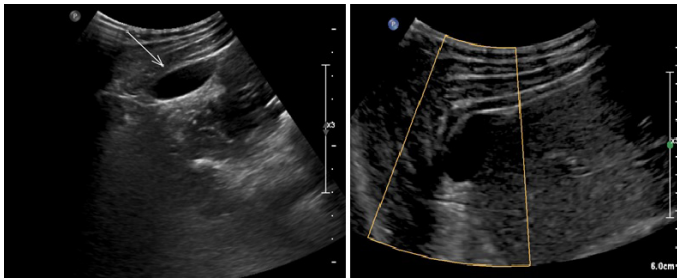


FIGURA 1
ECOGRAFÍA DE ABDOMEN DONDE SE VISUALIZA IMAGEN NODULAR ANECOGÉNICA SIN SEÑAL DOPPLER EN SU INTERIOR DE UNOS 3 CM A NIVEL DE ESPACIO HEPATORRENAL COMPATIBLE CON QUISTE DE ASPECTO SIMPLE.

Se remitió a consultas del especialista decidiendo ampliar el estudio con una Tomografía Computarizada (TC) de abdomen con contraste intravenoso para mejor caracterización de dicho hallazgo, donde se objetivó una lesión quística unilocular subcapsular hepática, adyacente al segmento 6, de aproximadamente 30 mm de eje mayor (Figura 2), que sugiere estar en relación con quiste del epitelio ciliado aunque no es la localización más típica.

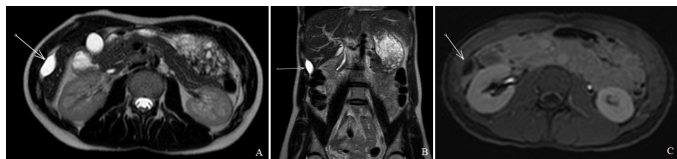


FIGURA 2
RECONSTRUCCIONES AXIAL DE TC ABDOMINOPÉLVICO CON CONTRASTE I.V. ADQUIRIDO EN FASE ARTERIAL Y EN FASE PORTAL. IMAGEN HIPOCAPTANTE ADYACENTE AL SEGMENTO VI COMPATIBLE CON QUISTE DE ASPECTO SIMPLE (FLECHAS).

En un segundo tiempo se amplió estudio con resonancia magnética (RM) de abdomen con contraste intravenoso donde se confirma persistencia de lesión quística de aspecto simple de alta señal en T2 y baja señal en T1, sin restricción de la difusión ni captación de contraste (Figura 3).

El caso es presentado en Comité Multidisciplinar de tumores hepatobiliares decidiendo resección quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía por riesgo de degeneración.

En quirófano, aprecia lesión quística que impronta a nivel hepático en segmento 6 dependiente del peritoneo parietal y que extirpan completamente sin apertura de la misma para su estudio histológico. Microscópicamente se observa formación quística revestida de células mesoteliales compatible con quiste peritoneal.

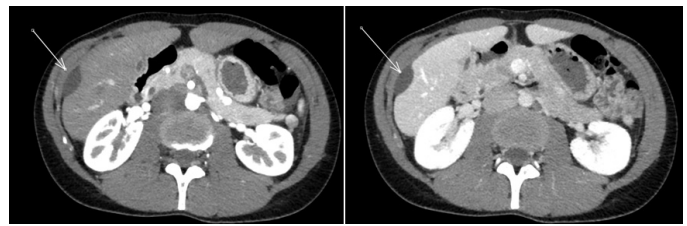


FIGURA 3
RM DE ABDOMEN SIN CONTRASTE IV CORTE AXIAL [A] Y CORONAL [B] EN T2 Y CORTE AXIAL EN T1 CON CONTRASTE I.V. [C]. SE IDENTIFICA IMAGEN NODULAR OVOIDEA MARCADAMENTE HIPERINTENSA EN T2 NI CAPTACIÓN DE CONTRASTE DE 2 CM A NIVEL DE ESPACIO HEPATORRENAL COMPATIBLE CON QUISTE (FLECHAS).

Discusión

Las tumoraciones quísticas abdominales de origen mesotelial se localizan a nivel yuxta-pleuro-peritoneal y están constituidas por una única cavidad revestida de superficie serosa y con pared formada por una o dos capas de células cúbicas¹.

Suelen resultar ante la falta de coalescencia de las capas peritoneales durante el desarrollo embriológico. Se manifiestan como lesiones quísticas uniloculares, de paredes finas, a menudo calcificadas, y con contenido seroso, aunque también pueden contener material quiloso. Tienen una localización variable, aunque es frecuente encontrarlos a nivel centroabdominal². En la bibliografía revisada se refieren casos esporádicos.

Ante esta entidad se plantean problemas de diagnóstico clínico, tratamiento e incluso, sobre el conocimiento exacto de la lesión una vez extirpada. El diagnóstico diferencial, obligado con otras lesiones hepáticas y extrahepáticas no siempre permite tener la certeza suficiente para decidir si intervenir o no a estos pacientes³.

Como alternativa a la cirugía, algunos autores proponen la punción, con o sin evacuación, seguida de escleroterapia con diferentes sustancias¹. La intervención quirúrgica realizada en nuestro caso, se hace más por prevenir las complicaciones quísticas habituales intrabdominales: hemorragia, infección, rotura o sobretodo degeneración, que por conocer la auténtica patogenicidad de la lesión.

Posterior a la cirugía de extirpación nuestra paciente será sometida a controles de imagen mediante RM, solicitada recientemente y pendiente de realización.

Bibliografía

1. Moreno C, Blesa E, Cabrera R, Núñez R. Intra-abdominal Mesothelial Cysts. *Vox Paediatric Surgery*. 2002; 10, 28-31.
2. Arraiza M., Ghai S., Metser U., Kennedy E., Vajpeyi R. A practical approach to cystic peritoneal masses and neoplasms: pearls and tips. *ECR*. 2013; C-2522. <http://dx.doi.org/10.1594/ecr2013/C-2522>.
3. Castillo S, Vargas B, Rodriguez M. Quistes primarios mesentéricos y omentales: hallazgos en imagen. *Radiología*. 2004; 46, 29-33.