



Mesotelioma quístico peritoneal benigno como diagnóstico diferencial de tumor dependiente del ovario. Comunicación de un caso y revisión bibliográfica

Omar Felipe Dueñas García,* Hugo Kerckoff Villanueva,** Hugo Rico Olvera,* Josefina Lira Plascencia***

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

El mesotelioma quístico benigno es una lesión poco común del peritoneo que aparece en mujeres en edad reproductiva. Se reporta el caso de una paciente perimenopáusica, multitratada por síntomas urinarios y dolor pélvico crónico. Los hallazgos a la exploración física, confirmados por ultrasonido, identificaron una masa pélvica dependiente del ovario derecho. Se realizó laparotomía exploradora protocolizada y se encontró un mesotelioma quístico peritoneal. A pesar de la baja incidencia de este tipo de afección, el ginecólogo debe estar familiarizado con dicho padecimiento, ya que tiene alta recurrencia. En la actualidad, la tipificación de receptores de hormonas corticosteroides parece tener una función importante en el control de la recurrencia de estas tumoraciones.

Palabras clave: mesotelioma quístico benigno, masa anexial, dolor pélvico crónico.

ABSTRACT

Benign cystic mesothelioma is an uncommon lesion of the peritoneum, occurring predominantly in women of reproductive age. The present case is a multitrated perimenopausal woman with lower urinary tract symptoms without clinical improvement despite the treatment, and pelvic pain with physical findings and radiology studies of a probable ovarian mass dependant tumoration, requiring protocolized exploratory laparotomy, finding a benign cystic mesothelioma. Despite the low incidence of this tumoration the gynecologist must be familiar with this disease, because of the high recurrence. Nowadays, steroid hormone receptors typification seems to play an important role to control the recurrence of this tumoration.

Key words: mesothelioma cystic, adnexal mass, chronic pelvic pain.

RÉSUMÉ

Le mésothéliome kystique bénin est une lésion peu commune du péritoïne qui apparaît chez des femmes en âge reproductif. Ce cas rapporte une patiente péri-ménopausique, multitraitée par des symptômes urinaires et douleur pelvienne chronique. Les découvertes lors de l'examen physique, confirmés par l'ultrason, ont détecté une masse pelvienne dépendante de l'ovaire droit. On a fait une laparotomie exploratrice protocolaire et on a trouvé un mésothéliome kystique péritonéal. Malgré la basse incidence de ce type d'affection, le gynécologue doit être familiarisé avec cette souffrance, puisqu'elle a une haute récurrence. Actuellement, la typification de récepteurs d'hormones corticotéroïdes semble avoir une fonction importante dans le contrôle de récurrence de ces tuméfactions.

Mots-clé : mésothéliome kystique bénin, masse annexale, douleur pelvienne chronique.

RESUMO

O mesotelioma cístico benigno é uma lesão pouco comum do peritoneo que aparece em mulheres em idade reprodutiva. O presente caso reporta uma paciente perimenopásica, multitratada por síntomas urinários e dor pélvica crónica. Os descobrimentos depois da sondagem física, confirmados pelo ultrassom, detectaram uma massa pélvica dependente do ovário direito. Realizou-se uma laparotomia exploratória protocolizada e se encontrou um mesotelioma cístico peritoneal. Embora a baixa incidência deste tipo de efecção, o ginecologista deve estar familiarizado com tal padecimento, pois apresenta uma alta recorrência. Atualmente, a tipificação de receptores de hormônios corticoesteróides parecem ter função importante no controle da recorrência destas tumorações.

Palavras chave: mesotelioma cístico benigno, massa anexial, dor pélvica crônica.

El mesotelioma quístico benigno también es conocido como: mesotelioma multiquístico peritoneal, mesotelioma multiquístico o quiste peritoneal de inclusión multiquístico. Es una tumoración poco común dependiente del peritoneo. Se distingue por quistes multiloculados de paredes delgadas; produce síntomas de masa en el abdomen o en la pelvis con elevada tasa de recurrencia después de su resección.^{1,2}

En 1889, Henke hizo la primera descripción de la enfermedad a la cual denominó "tumor quístico múltiple parecido a un linfagioma".³ En los siguientes 100 años se describieron casos similares, pero en 1979 se demostró el origen mesotelial de esta lesión. En 1980 Moore propuso el término de "mesotelioma quístico benigno" y a partir de entonces se han comunicado cerca de 200 casos en todo el mundo. Sus características son una lesión quística localizada en la pelvis y la edad promedio, al diagnóstico, es de 35 años.⁴

Con frecuencia se tienen antecedentes de cirugía previa, endometriosis o enfermedad pélvica inflamatoria. Suele manifestarse con dolor pélvico, como masa y es un hallazgo clínico durante la laparotomía. El tratamiento inicial es la extirpación quirúrgica, aunque muestra marcada recurrencia local. El principal diagnóstico diferencial se establece con linfagioma quístico. Se reporta el caso clínico de una mujer de 53 años de edad; se le diagnosticó una masa anexial derecha y en la intervención quirúrgica se encontró un mesotelioma quístico benigno (corroborado por el departamento de patología).

* Residente de la especialidad de ginecología y obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.

** Médico ginecoobstetra egresado del Hospital de la Mujer. Práctica privada.

*** Médico adscrito al Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia: Dr. Omar Felipe Dueñas García. Departamento de Ginecología, Instituto Nacional de Perinatología, Montes Urales 800, colonia Lomas Virreyes, CP 11000, México, DF.

E-mail: dugof1@yahoo.com.mx

Recibido: diciembre, 2006. Aceptado: diciembre, 2006.

Este artículo debe citarse como: Dueñas García OF, Kerckoff Villanueva H, Rico Olvera H, Lira Plascencia J. Mesotelioma quístico peritoneal benigno como diagnóstico diferencial de tumor dependiente de ovario. Comunicación de un caso y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex 2007;75:111-4.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 53 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y depresión mayor (tres años de evolución); tabaquismo durante tres años. Como antecedentes ginecoobstétricos tuvo seis embarazos, cinco partos y un aborto; menarquia a los 11 años, ritmo 28x5, dismenorrea incapacitante; inicio de la vida sexual a los 18 años, con dos parejas. En el año 2001 fue normal la citología exfoliativa. Método de planificación familiar: oclusión tubaria bilateral. La paciente inició con cuadro clínico con polaquiuria y tenesmo vesical, acudió a la medicina alternativa y se le diagnosticó litiasis renal bilateral. Se prescribieron líquidos y antiespasmódicos sin referir mejoría después de tres meses de tratamiento. Al cuadro clínico previo se agregó dolor tipo cólico esporádico, no incapacitante, en la fosa ilíaca derecha sin irradiaciones, que mejoró con la administración de analgésicos no esteroides. Acudió con el médico alópata, cuyo diagnóstico fue infección de las vías urinarias de repetición; inició tratamiento de forma empírica con múltiples antimicrobianos (sulfametozaxol/trimeptoprima, ciprofloxacina y amoxacilina) sin respuesta satisfactoria. A la exploración física, de forma relevante, se encontró obesidad (índice de masa corporal 37.2), abdomen sin masas palpables, aparentemente, y Giordano bilateral negativo; en la exploración vaginal se encontró una masa en fondo de saco del lado derecho, móvil y de consistencia blanda que provocó ligero dolor a la movilización. En los estudios paraclínicos se encontró citología exfoliativa negativa a malignidad. Glucosa 94 mg/dL, urea 26 mg/dL, creatinina 0.8 mg/dL, ácido úrico 6.6 mg/dL, colesterol 176 mg/dL, hemoglobina 14.4, plaquetas de 236 millones/mm³, leucopenia 3,800 mm³. Urocultivo sin crecimiento bacteriano, examen general de orina sin alteraciones, pruebas de coagulación dentro de límites normales. La urografía excretora no reportó datos de lesión estructural. El ultrasonido pélvico, con imagen de "masa" lobulada de localización abdominopélvica de predominio derecho con patrón mixto, mostró apariencia septada con zonas densas en su interior, quizás dependiente del anexo derecho (figura 1).

Se solicitaron marcadores tumorales Ca-125 (98), antígeno carcinoembrionario (3 ng/dL) y α-fetoproteína

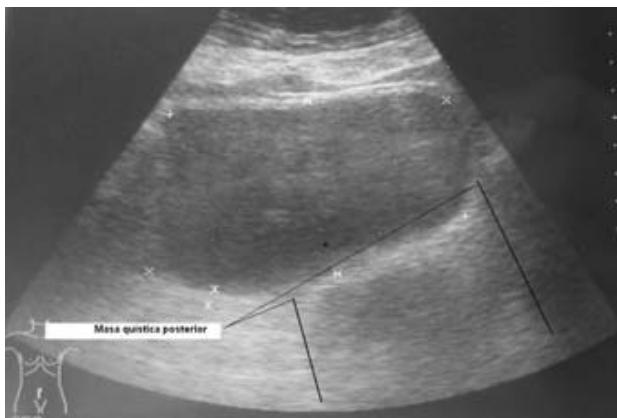


Figura 1. La ultrasonografía muestra la tumoración retrovesical, correspondiente al mesotelioma quístico benigno.

(6 ng/dL). Se programó una laparotomía exploradora protocolizada para descartar la tumoración maligna dependiente del ovario; durante ésta se identificó una tumoración nodular de aproximadamente 10 x 8 cm, de superficie lisa, blanco nacarada y consistencia semisólida dependiente del peritoneo parietal y vesical; el útero, los ovarios y los anexos estuvieron en los límites normales (figura 2). Se escindió la tumoración y se envió al laboratorio de patología para el estudio transoperatorio, cuyo reporte demostró quiste de características benignas (figura 3).

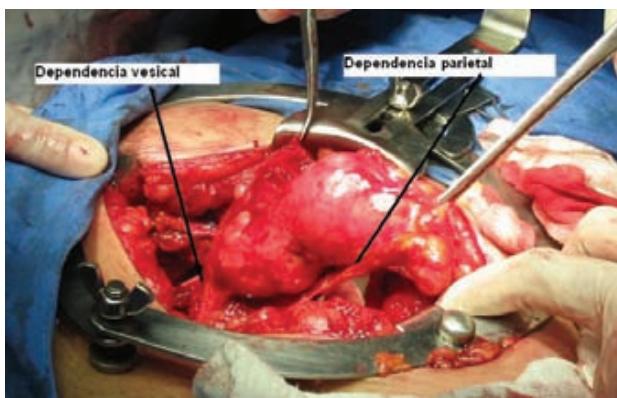


Figura 2. Se muestran dependencias peritoneales parietales y vesicales del mesotelioma.

El reporte histopatológico final señaló un espécimen nodular con peso de 125 mg, de 10 x 6 x 3 cm, superficie lisa, blanco grisácea, de consistencia media; al corte se observó salida de material mucinoso de color blanco



Figura 3. Mesotelioma quístico benigno escindido.

nacarado, uniloculado de paredes delgadas, septos de tejido conectivo con placas blanco amarillentas y consistencia dura. Con la tinción de hematoxilina y eosina se detectó la pared quística constituida por células de epitelio cúbico simple y otras áreas con epitelio estratificado, focos de calcificación distrófica e infiltrado inflamatorio crónico. El diagnóstico final fue de mesotelioma quístico peritoneal.

DISCUSIÓN

El mesotelioma peritoneal o quiste mesentérico es un tumor intraabdominal. Su incidencia es de 1:100,000 casos y sólo 140 casos reportados en la bibliografía. La mayor parte de los casos diagnosticados durante el periodo transoperatorio (por hallazgo histopatológicos) son asintomáticos.⁵

Con frecuencia existen antecedentes de alguna cirugía abdominal previa, traumatismo, infección, leiomiomatosis peritoneal diseminada o endometriosis; sin embargo, la paciente referida en este caso no tenía ninguno de éstos. El aumento del antígeno Ca-125, aunado al antecedente de dismenorrea incapacitante, orienta hacia endometriosis. No obstante, durante la laparotomía no coexistían focos aparentes de esta afección, aunque debe recordarse que el diagnóstico se hace por laparoscopia y se corrobora por histología.⁶

El diagnóstico diferencial implica varias enfermedades de naturaleza benigna y maligna. Las de

origen benigno se relacionan con linfagioma quístico, formas quísticas de endosalpingitis, endometriosis, quistes müllerianos, tumores quísticos adenomatosos y remanentes quísticos del conducto mesonéfrico. Las lesiones malignas que pueden semejar un mesotelioma quístico benigno son: variantes malignas de este mismo tipo, tumores serosos que afectan el peritoneo y neoplasias dependientes del ovario.^{1,7}

Los mesoteliomas quísticos benignos se reportaron inicialmente con base en su análisis estructural, pero la patogénesis de este padecimiento es controversial. Algunos autores señalan que son lesiones neoplásicas; otros argumentan que solamente se trata de un proceso reactivo. Se tienen reportes que demuestran la transformación maligna de un mesotelioma quístico benigno, lo cual parece sustentar la teoría neoplásica.^{1,8}

Este padecimiento tiene alta recurrencia y a pesar de que el tratamiento definitivo es la exéresis del quiste, en la actualidad la prescripción de agentes esclerosantes, como tetraciclina, cisplatino y peritoneonectomía más quimioterapia, es controvertida, pero eficaz.⁹

La detección de receptores de estrógeno y de progesterona, en la superficie del tumor, parece ser la clave; por lo tanto, el futuro tratamiento de esta enfermedad se sustenta en determinar si el tumor tiene expresión hormonal y administrar el medicamento bloqueador adecuado para cada caso.¹

El pronóstico de los pacientes con mesotelioma quístico benigno, a pesar de sus recidivas, es superior al del tipo maligno, cuya supervivencia se estima de siete a doce meses posteriores al diagnóstico final. El

ginecoobstetra debe estar familiarizado con este tipo de padecimientos (a pesar de su baja incidencia se puede manifestar como hallazgo transquirúrgico), tenerlo en consideración como diagnóstico diferencial y conocer su tratamiento. La cirugía citorreductiva y la determinación por inmunohistoquímica de receptores hormonales en el tumor ofrecen a la paciente un mejor tratamiento.

REFERENCIAS

1. Sawh R, Malpica A, Deavers M, Liu J, Silva E. Benign cystic mesothelioma of the peritoneum: a clinicopathologic study of 17 cases and immunohistochemical analyses of estrogen and progesterone receptor status. *Hum Pathol* 2003;34:369-74.
2. Ross MJ, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so called cystic mesotheliomas). *Cancer* 1989;64:1336-46.
3. Katsume Y, Kiyoshi M, Silverberg SG. Cystic mesothelioma of the peritoneum: a report of five cases and review of the literature. *Cancer* 1982;50:1615-22.
4. Moore JH, Crum CP, Chandler JG, Feldman PS. Benign cystic mesothelioma. *Cancer* 1980;45:2395-9.
5. Varma R, Wallace R. Multicystic benign mesothelioma of the peritoneum presenting as postmenopausal bleeding and a solitary pelvic cyst - a case report. *Gynecol Oncol* 2004;92:334-6.
6. Zotalis G, Nayar R, Hicks DG. Leiomyomatosis peritoneal disseminate, endometriosis, and multicystic mesothelioma: a unusual association. *Int J Gynecol Pathol* 1998;17:178-82.
7. Kerrigan S, Cagle P, Churo A. Malignant mesothelioma of the peritoneum presenting as an inflammatory lesion. *Am J Surg Pathol* 2003;27:248-53.
8. González-Moreno S, Yan H, Alcorn KW, Sugarbaker PH. Malignant transformation of "benign" cystic mesothelioma of the peritoneum. *J Surg Oncol* 2002;79:243-51.
9. Sugarbaker PH, Caprino P, Sebbag G, et al. Successful treatment of peritoneal cystic mesothelioma using peritonectomy procedures and intraperitoneal chemotherapy. *Surg Rounds* 2000; 23:61-65.

**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

2º DIPLOMADO EN NUTRICIÓN
(aprobado por el H. Consejo Técnico)

Del 20 de marzo del 2007 al 6 de mayo del 2008
Duración: 240 horas (valor curricular)
Martes de 9:00 a 14:00 horas

Informes e inscripciones:
Unidad de Seminarios Iztacala. Tel.: 5623-1208, 5623-1339, 5623-1182
Cupo limitado

Responsable académica: ND Nancy C Díaz Torres.