

Quiste celómico abdominal. *Un diagnóstico diferencial del quiste de uraco*

Abdominal celomic cyst. *A differential diagnostic of urachus cyst*

Dres. Rabin, G.*;
Rodrigo, J.**;
Lautersztein G.***,
Rovegno A.****,
Fernández H.*****.

* Residente de la Sección Urología. Departamento de Cirugía. CEMIC.
** Residente de la Sección Cirugía General. Departamento de Cirugía. CEMIC.
*** Médico Adscripto de la Sección Urología. Departamento de Cirugía. CEMIC.
**** Médico de Planta de la Sección Urología. Departamento de Cirugía. CEMIC.
***** Jefe de la Sección Urología. Departamento de Cirugía. CEMIC.

Autor responsable: Gabriel E. Rabin. Sección Urología, Departamento de Cirugía. C.E.M.I.C., Buenos Aires, Argentina.
Dirección: 3 de febrero 4696, Capital Federal.
Teléfono: (011) 4701-2520.
E-mail: gabriel_rabin@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Los quistes peritoneales o quistes celómicos se localizan con mayor frecuencia a nivel pelviano, por dentro o por fuera del peritoneo. Fue *Plaut* en 1928 quien describió el primer caso bajo el nombre de epiteloma quístico benigno de peritoneo. Más del 80% se encuentran en mujeres, principalmente durante la edad reproductiva. Pueden ser uni o multiloculados. Suelen presentarse adheridos a los órganos pélvicos o al peritoneo parietal, simulando un quiste de ovario, un mioma uterino o formando parte del contenido de una hernia inguinal.¹⁻²

La presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal (75%), siguiendo en frecuencia la presencia de masa palpable (46%). También pueden presentarse con metrorragia, polaquiuria y tenesmo vesical o constipación. Es posible que sean asintomáticos y resulten un hallazgo en cirugías por otras causas.³ El 80% de los pacientes en quienes se halla un quiste peritoneal, tienen historia de cirugía abdominal previa, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis o combinación de éstas; sugiriendo una etiología inflamatoria como causa de la entidad.⁴⁻⁵

Los quistes celómicos son estructuras únicas o múltiples, translúcidas, rosadas y de paredes finas, que miden entre 4 y 20 cm de diámetro. Presentan contenido seroso, amarillento, líquido o gelatinoso y a veces purulento o hemorrágico. Sus paredes se encuentran tapizadas por un epitelio cúbico simple de células mesoteliales.⁶ Los multiloculados tienen loculaciones que varían en tamaño y forma, separadas entre sí por una cantidad variable de tejido conectivo. La mayoría muestran un infiltrado estromal inflamatorio crónico linfocitario, en general con signos de hemorragia reciente o antigua. Suelen estar adheridos a las estructuras vecinas por un pequeño pedículo de tejido conectivo, aunque a veces están libres dentro del abdomen.⁷⁻⁹

El tratamiento consiste en su remoción quirúrgica. El índice de recurrencia llega al 40% y se debe a la resección incompleta. La recurrencia se ubica en la misma localización de la lesión primaria o en sitios previamente no afectados.¹⁰⁻¹¹⁻¹²

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes médicos de importancia. Consultó por dolor difuso en hipogastrio, leve, que se incrementaba con la actividad física, de 10 días de evolución. El examen físico y el laboratorio incluyendo el sedimento urinario resultaron normales. Estudiado mediante ecografía abdominal, se visualizó una formación quística por encima de la vejiga, que la desplazaba en sentido caudal, alcanzando un volumen de 220 ml (Figura 1).

Por tomografía axial computada, se trataba de un quiste con contenido hemorrági-

co, entre la vejiga y el recto anterior del abdomen, de 6,5 cm de diámetro. La resonancia magnética lo visualizó como una masa quística por encima de la vejiga, aunque separada de ella (Figura 2).

Se consideraron como diagnósticos posibles el quiste de uraco y el quiste hidatídico. Este último fue descartado por la negatividad del "arco 5" por lo que se decidió una laparotomía exploradora con la presunción de quiste de uraco no complicado. Se procedió con una incisión mediana infraumbilical, separando en forma roma las masas de los músculos rectos anteriores. Una vez incidido el peritoneo a 3 cm de la línea media y ya adentro de la cavidad peritoneal se comprobó que la masa quística no estaba en el trayecto del uraco, sino adherida al peritoneo que cubre la cúpula vesical. Su diámetro mayor era de 10 cm y presentaba superficie

abollonada. Se logró la exéresis sin perforar su pared, resultando fácil la separación de la serosa peritoneal con maniobras romas. Al abrirla en la mesa de Anatomía Patológica, se derramó un líquido rosado y transparente que sugirió líquido citrino con tinción hemática (Figuras 3 y 4).

El estudio histológico (*Dr. Roberto Iotti*) estableció que se trataba de un quiste celómico benigno tapizado por epitelio cúbico, y con la pared revestida por tejido fibroso. Presentaba sectores de hemorragia reciente intraquística vinculable con compresión mecánica.

DISCUSIÓN

La observación de una formación quística vinculada con el peritoneo anterior infraumbilical y vecina a la

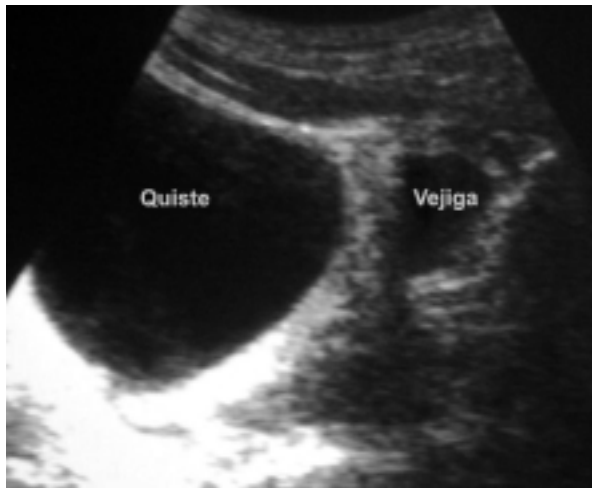


Figura 1. Ecografía transabdominal

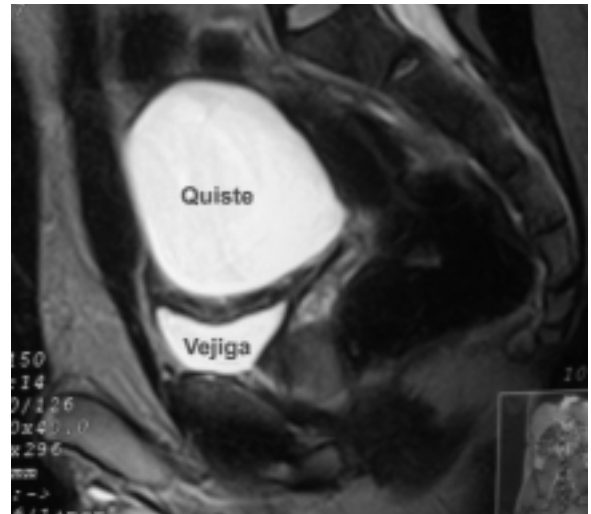


Figura 2. RMI. Quiste supravesical.

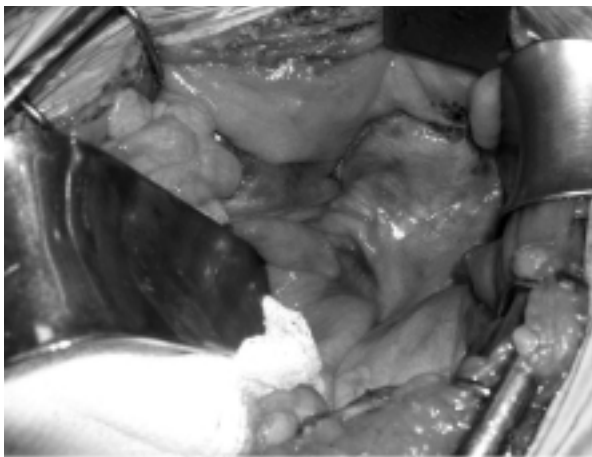


Figura 3. Cavidad pélvica que contenía el quiste.

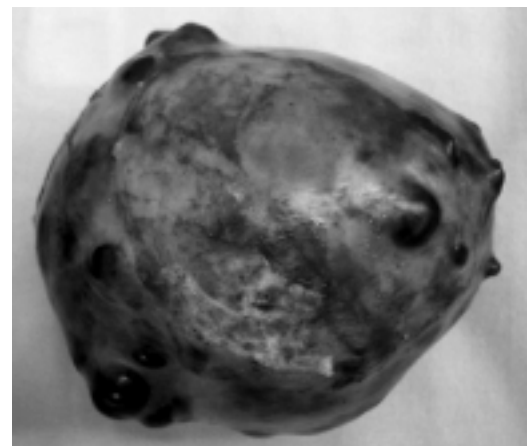


Figura 4. Quiste celómico. Pieza operatoria.

cúpula de la vejiga, en un sujeto con molestias periumbilicales o hipogástricas imprecisas, sugiere el diagnóstico de quiste de uraco no complicado.¹³ Los estudios por imágenes no brindaron en el caso que presentamos indicios que orientaran hacia otra etiología, de tal manera que resultó sorprendente el hallazgo de un quiste celómico. Tan firme era la presunción diagnóstica de quiste de uraco que el diagnóstico final de quiste celómico nos movió a considerar esta entidad como un diagnóstico diferencial en los quistes de uraco no complicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mónaco M; Mulé V. Mondillo B. Surgical treatment of celomic cysts. *G Chir.* 1-may-2005; 25(5): 171-174.
2. Lascano E.; Villamayor , M. Loose Cysts of the peritoneal cavity. *Annals of Surg.* Nov 1960. 152 (5): 836-844.
3. Syckes P. Peritoneal inclusion cysts. Female reproductive system and peritoneum.1990. P: 2680-2704.
4. Caropreso, P.; Harrisburg, P. Mesenteric cysts, a review. *Arch Surg.* Feb 1974. Vol 108. 242-246.
5. Moore, J; Christopher, P. Benign cystic mesothelioma. *Cancer.* May 1980: 2395-2399.
6. Ross, M.; Welch, W. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer* 64, 1989: 1336-1346.
7. Adolph A.; Smith T. Benign multicystic mesothelioma: a case report. *J Obstet Gynaecol Can.* 1-mar-2002; 24 (3): 246-247.
8. Ford, J. Mesenterio cysts. Review of the literature with report of an unusual case. *Am J of Surg.* Vol 99. Jun 1960: 878-884.
9. Sienkowski, I.; Russell, A. Peritoneal cystic mesothelioma: an electron microscopic and immunohistochemical study of two male patients. *J Clin Pathol* 1986; 39: 440-445.
10. Kurtz, R; Heimann, T. Mesenterio and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* Jan 1986. Vol 203 (1): 109-112.
11. Hinshaw, J.; Phil, D. Unattached cysts in the peritoneal cavity. *Ann of Surg.* Jan 1957. Vol 145 (1): 138-143.
12. Katsube, Y.; Kiyoshi, M. Cystic mesothelioma of the peritoneum. A report of five cases and review of the literature. *Cancer.* Oct 1982: 50 (8): 1615-1620.
13. Keun P; Medel P; Iriarte P. Quiste de uraco infectado: presentación de caso clínico y revisión del tema. *Rev. Arg. de Urol.* 2003. 68 (4): 235-237.