

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen **47**
Volume

Número **3**
Number

Mayo-Junio **2004**
May-June

Artículo:

Mesotelioma multiquístico benigno peritoneal: Informe de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Caso anatomoclínico

Mesotelioma multiquístico benigno peritoneal: Informe de un caso

Álvaro Lezid Padilla Rodríguez,¹ Mercedes Hernández González,² Avissai Alcántara Vázquez²

¹ Departamento de Patología Quirúrgica del Centro Médico ABC.

² Departamento de Patología del Hospital General de México y Facultad de Medicina de la UNAM.

Resumen

El mesotelioma multiquístico benigno (MMB) es una entidad poco frecuente que se origina de células mesoteliales principalmente del peritoneo pélvico, y que puede abarcar toda la cavidad abdominal.

Se presenta el caso de una mujer de 40 años quien presentó dolor y aumento de volumen pélvico. Por estudios de imagen se detectaron lesiones quísticas intraabdominales. Fue sometida a laparotomía exploradora y se resecó parcialmente una lesión multiquística que abarcaba la cavidad pélvica y abdominal, de 23 x 20 x 8 cm, formada por quistes de diverso tamaño, de superficie lisa, entremezclados con tejido adiposo, algunos multiloculares, de contenido seroso y mucoso. Los hallazgos microscópicos mostraron múltiples espacios quísticos de tamaño variable, revestidos por una capa simple de células mesoteliales planas o cúbicas, algunas en "estoperol" a manera de pequeñas proyecciones al interior del quiste, separados por finos tabiques de tejido conectivo laxo. Por inmunohistoquímica las células mesoteliales fueron positivas para HBME-1 y negativas para marcadores vasculares, importante para el diagnóstico diferencial con linfangiomas quísticos.

La forma de presentación clínica de esta lesión, su grado de extensión y la alta capacidad de recurrencia que tiene, avalan fuertemente el carácter neoplásico del MMB, aunque todavía hay controversia sobre si es una verdadera neoplasia o una forma de hiperplasia mesotelial. Nosotros consideramos que se trata de un verdadero tumor mesotelial de grado intermedio entre proliferaciones no recurrentes como el tumor adenomatoideo, y el mesotelioma maligno.

Palabras clave: *Mesotelioma, multiquístico, peritoneo.*

Summary

Benign Multicystic Mesothelioma (BMM) is a very rare lesion that arises mainly from mesothelial cells of the pelvic peritoneum and may involve the whole abdominal cavity.

The case of a 40-year old woman with pelvic pain and abdominal distension is presented. Abdomino-pelvic ultrasound and computerized tomography showed multiple cystic lesions. A laparotomy a multicystic lesion was found that involved the abdomino-pelvic cavity. The tumor was partially removed, sized 23 x 20 x 8 cm, and showed a smooth-surface cysts with serous to mucinous intracystic fluid, intermingled with adipose tissue. Histologically the cysts were lined by a single layer of flat to cuboidal mesothelial cells, some of them with a hobnail appearance, and separated by thin fibrous septa. Immunohistochemically the mesothelial cells were positive to HBME-1 and negative to vascular markers. This is important to differentiate it from cystic lymphangiomas.

Clinical presentation, degree of extension and the high ability of recurrence support the neoplastic character of this tumor. Although controversy about the neoplastic vs hyperplastic nature of this lesion still exist, we consider that BMM is a true neoplasm of intermediate malignancy between adenomatoid tumor and malignant mesothelioma.

Key words: *Mesothelioma, multicystic, peritoneum.*

Introducción

Las lesiones quísticas primarias del peritoneo son poco frecuentes,¹ son más comunes los procesos secundarios, y cuando se trata de lesiones quísticas, son más comunes los implantes de tumores primarios de ovario. Sin embargo, la capacidad de desarrollar neoplasias a partir de las células mesoteliales ha sido ampliamente demostrada por estudios de microscopía electrónica.^{2,3}

El mesotelioma multiquístico benigno (MMB) es una lesión poco frecuente que se origina de las células mesoteliales, principalmente del peritoneo pélvico. Son tumores de curso benigno aunque pueden recurrir.⁴ La naturaleza de su origen todavía no está bien definida, ya que algunos lo catalogan como un proceso neoplásico, mientras otros los consideran como un proceso reactivo. A pesar de ser poco común, es importante conocer esta entidad, ya que frecuentemente se confunde con

otros procesos como linfangiomas quísticos o con mesotelio-mas malignos quísticos, en cuyo caso el curso clínico, tratamiento y pronóstico es completamente diferente.

Presentación del caso

Se trató de una mujer de 40 años de edad con antecedente de salpingoclasia 8 años antes, quien acudió a consulta por presentar dolor abdomino-pélvico claudicante y sensación de cuerpo extraño, incontinencia urinaria de esfuerzo y disuria, de 5 meses de evolución. A la exploración física el abdomen era globoso a expensas de una masa intraperitoneal mal definida, el resto del examen sin alteraciones. Se realizaron estudios de imagen (ultrasonido pélvico y tomografía abdomino-pélvica) con reporte de múltiples tumoraciones bien delimitadas, lobuladas, de aproximadamente 12 x 11 x 9 cm, localizadas entre las asas intestinales y alrededor del útero, sin involucrar anexos. Fue sometida a laparotomía exploradora en donde encontraron múltiples lesiones multilobuladas de diversos tamaños implantadas en el hueco pélvico rodeando al ovario derecho, en ambas correderas parietocólicas, subhepáticas, subesplénicas y entre las asas intestinales, sin infiltrar a órganos intraabdominales. Se realizó resección subóptima del tumor y ooforectomía derecha. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y fue dada de alta 4 días después del procedimiento quirúrgico en buenas condiciones generales.

Hallazgos macroscópicos

Se recibieron múltiples fragmentos de tejido que en conjunto medían 23 x 20 x 8 cm, multilobulados, de diversos tamaños (el mayor de 6 cm de eje mayor y el menor de 0.8 cm), eran de aspecto quístico, superficie brillante translúcida, entremezclados con tejido adiposo (figura 1). Al corte muchos de ellos eran multiloculares, con contenido mucoso y de líquido seroso, la superficie interna era lisa y brillante. El ovario derecho no tenía alteraciones macroscópicas.

Hallazgos microscópicos

La lesión estaba constituida por múltiples espacios quísticos de tamaño variable, todos ellos revestidos por una capa simple de células mesoteliales que variaban de planas a cúbicas altas, algunas de luz irregular y con proyecciones del citoplasma supranuclear hacia la luz, a manera de "estoperol", sin atipias ni pleomorfismo celular. Los quistes estaban separados por finos tabiques de tejido conectivo laxo con pequeños vasos de paredes delgadas (figura 2).

Se realizaron reacciones de inmunohistoquímica y se encontró que las células neoplásicas de revestimiento de los quistes fueron fuertemente positivas para el marcador HBME-1 (marcador de células mesoteliales) (figura 3), y

negativas para el CD34, Factor VIII y anti Ulex Europeus (marcadores vasculares). El ovario derecho no presentaba alteraciones histológicas.

Discusión

El MMB es una entidad poco frecuente que se origina principalmente del mesotelio del peritoneo pélvico y se puede extender a toda la cavidad abdominal.⁴ Fue descrito por primera vez en 1979 por los doctores Mennemeyer y Smith, quienes determinaron su origen mesotelial por microscopía electrónica,⁵ ya que hasta entonces estas lesiones eran etiquetadas como linfangiomas quísticos. Ha sido denominado también como quistes de inclusión multiloculares peritoneales,⁶ mesotelioma quístico del peritoneo,⁷ mesotelioma quístico benigno.⁸ Se origina del mesotelio peritoneal aunque se ha descrito también en pleura.⁹ Predominan en mujeres adultas jóvenes con un promedio a los 37 años.^{4,6,10} Clínicamente son poco específicos, ya que pueden presentar dolor pélvico crónico o sensación de masa abdominal que puede ser localizado al peritoneo pélvico o abarcar casi todo el abdomen,^{4,6,7,10-12} suele ser detectado como lesiones quísticas por estudios de imagen,¹³ tal como ocurrió en nuestro caso con dolor pélvico y sensación de masa abdominal, y con presencia de lesiones quísticas lobuladas por ultrasonido y tomografía axial computada.

El aspecto macro y microscópico concuerda con lo reportado en la literatura, al tratarse de múltiples lesiones quísticas de diversos tamaños y revestidas por células mesoteliales, separadas por finos septos de tejido conectivo laxo con vasos pequeños de paredes finas. La naturaleza mesotelial se demostró por la inmunorreactividad de las células tumorales para el HBME-1, que es frecuentemente positivo en tumores mesoteliales, y la negatividad para marcadores vasculares, lo cual es importante para establecer el diagnóstico diferencial con tumores vasculares como el linfangioma quístico.

El MMB es una lesión de curso benigno, aunque alrededor de la mitad de los casos reportados tiene historia de múltiples recurrencias.^{4,6,10,14} En nuestro caso la lesión fue reseca-da parcialmente ya que estaba diseminada desde el peritoneo pélvico hasta el peritoneo abdominal alto, sin embargo la evolución posoperatoria fue satisfactoria.

El MMB debe diferenciarse de verdaderos procesos mesoteliales reactivos como la hiperplasia mesotelial descrita en sacos herniarios;¹⁵ de tumores benignos como el tumor adenomatoideo que, sin embargo, suele estar circunscrito al epidídimo en varones y a la pared de la trompa uterina o del útero en mujeres y muy rara vez son quísticos;^{16,17} y de tumores malignos como el mesotelioma maligno que muy rara vez es enteramente quístico, histológicamente tiene estratificación, pleomorfismo y atipia nuclear, y es de curso agresivo;^{4,6} así mismo debe distinguirse del linfangioma multiquístico abdominal que suele presentarse durante la infan-



Figura 1. Aspecto macroscópico del mesotelioma multiquístico benigno.

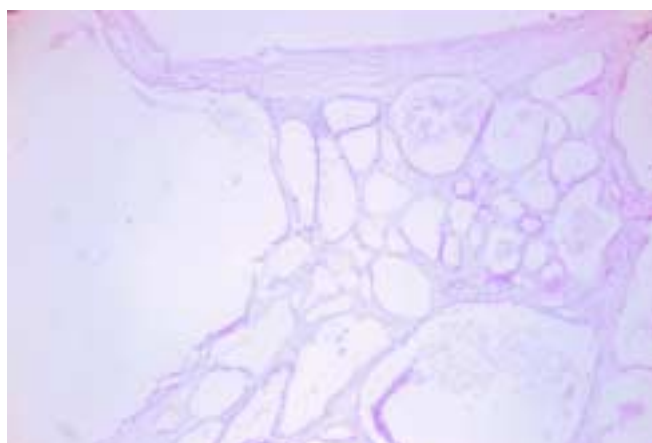


Figura 2. Quistes de diverso tamaño separados por finos septos conectivos.

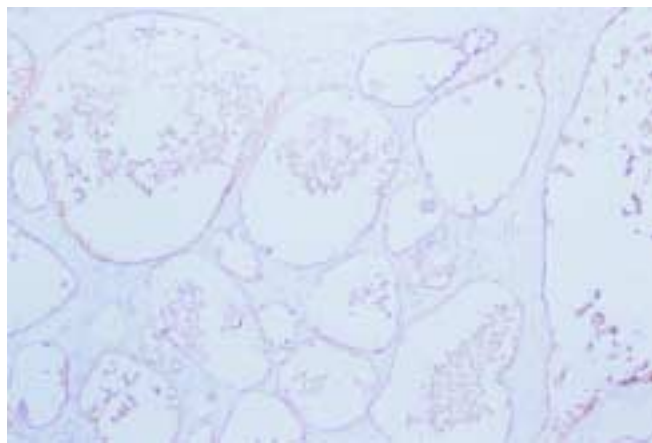


Figura 3. Células mesoteliales de revestimiento positivas por inmunohistoquímica para el HBME-1.

cia y aunque puede alcanzar gran tamaño, no se extiende a otras partes del abdomen y es poco frecuente en la pelvis, histológicamente es usual encontrar haces de músculo liso en el estroma, agregados linfoides, y las células de revestimiento son planas y por inmunohistoquímica son positivas para marcadores vasculares.^{6,18}

Hasta la fecha todavía existe controversia en relación a la patogénesis del MMB, ya que para algunos autores el antecedente de cirugías abdominales o pélvicas previas, endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica, presentes en varios de los casos reportados, hacen sugerir que ésta sea una proliferación mesotelial reactiva; mientras que para otros autores son verdaderas neoplasias mesoteliales por la forma de presentación que tienen.^{4,6,10} A pesar de que en el caso presente exista el antecedente de salpingoclasia 8 años antes, se considera que debido a la forma de presentación clínica de esta lesión, su grado de extensión en la cavidad abdominal, y la capacidad de recurrencia que tiene, se trata de una verdadera neoplasia mesotelial de grado intermedio entre el tumor adenomatoideo y el mesotelioma maligno, tal como se ha sugerido por algunos autores.¹⁰

Referencias

1. Caropreso PR. Mesenteric cysts: a review. *Arch Surg* 1974; 108: 242-246.
2. Suzuki Y, Kannerstein M. Ultrastructure of human malignant diffuse mesothelioma. *Am J Pathol* 1976; 85: 241-262.
3. Bolen JW, Thorning D. Mesotheliomas: a light and electron microscopical study concerning histogenetic relationships between the epithelial and the mesenchymal variants. *Am J Surg Pathol* 1980; 4: 451-464.
4. Battiforra H, McCaughey WTE. Atlas of tumor pathology: Tumors of the serosal membranes. Third series. Washington, D.C. Armed Forces Institute of Pathology; 1995.
5. Mennemeyer R, Smith M. Multicystic peritoneal mesothelioma: a report with electron microscopy of a case mimicking intra-abdominal cystic hygroma (lymphangioma). *Cancer* 1979; 44: 692-698.
6. Ross MI, Welch WR, Scully RE. Multilocular peritoneal inclusion cysts (so-called cystic mesotheliomas). *Cancer* 1989; 64: 1336-1346.
7. Katsube Y, Mukai K, Silverberg SG. Cystic mesothelioma of the peritoneum: a report of five cases and review of the literature. *Cancer* 1982; 50: 1615-1622.
8. Moore J, Crum CP, Chandler J, Feldman PS. Benign cystic mesothelioma. *Cancer* 1980; 45: 2395-2399.
9. Ball NJ, Urbanski SI, Green FHY, Kierser T. Pleural multicystic mesothelial proliferation: the so-called multicystic mesothelioma. *Am J Surg Pathol* 1990; 14: 375-378.
10. Weiss SW, Tavassoli FA. Multicystic mesothelioma: an analysis of pathologic findings and biologic behavior in 37 cases. *Am J Surg Pathol* 1988; 12: 737-746.
11. Nideri NS, Lowry DS, Wallace RJ. Cystic mesothelioma of the pelvic peritoneum: two cases report. *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 91: 201-204.
12. Schneider V, Partridge JR, Gutierrez F, Hurt WG, Mazels MS, Demay RM. Benign cystic mesothelioma involving the female genital tract: report of four cases. *Am J Obstet Gynaecol* 1983; 145: 355-359.
13. Schneider JA, Zelnick EJ. Benign cystic peritoneal mesothelioma. *J Clin Ultrasound* 1985; 12: 190-192.

14. Miles JM, Hart WR, McMahan JT. Cystic mesothelioma of the peritoneum: report of a case with multiple recurrences and review of the literature. *Cleve Clin Q* 1986; 53: 109-114.
15. Rosai J, Dehner LP. Nodular mesothelial hyperplasia in hernia sacs: a benign reactive condition simulating a neoplastic process. *Cancer* 1975; 35: 165-175.
16. Quigley JC, Hart WR. Adenomatoid tumors of the uterus. *Am J Clin Pathol* 1981; 76: 627-6635.
17. Taxy JB, Battigora H, Oyasu R. Adenomatoid tumors: a light microscopic, histochemical, and ultrastructural study. *Cancer* 1974; 34: 306-316.
18. Galifer RB, Pous JG, Juskiewenski S, Pasquie M, Gaubert J. Intraabdominal cystic lymphangiomas in childhood. *Prog Pediatr Surg* 1972; 11: 173-238.