

# Un paseo por las lesiones quísticas retroperitoneales

Carmen Díaz Del Río Martínez, Rubén Bernardo Palomar,  
Carlos Hernández Rodríguez, Blanca Gener Laquidain, Elena  
Rodríguez Palacín

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada

# Objetivo docente:

Revisar los principales hallazgos radiológicos que permitan hacer un correcto diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas retroperitoneales, lo que será clave en el manejo del paciente.

# Revisión del tema:

## INTRODUCCIÓN:

Las lesiones quísticas del retroperitoneo, son poco comunes y en muchas ocasiones suponen un hallazgo incidental debido al extendido uso de la tomografía computarizada (TC) para la evaluación de enfermedades abdominales y retroperitoneales.

Estas masas se pueden clasificar en neoplásicas (linfangioma quístico, cistadenoma mucinoso, teratoma quístico, mesotelioma quístico, quiste de Müller, quiste epidermoide, quiste de tailgut, quiste broncogénico, cambios quísticos en neoplasias sólidas, pseudomixoma retroperitonei, carcinoma perianal mucinoso) y no neoplásicas (pseudoquiste pancreático y no pancreático, linfocele, urinoma, hematoma).

Acercarnos a un diagnóstico más específico y diferenciar de manera no invasiva entre las masas quísticas retroperitoneales es importante, debido a que las estrategias terapéuticas varían según la causa, para ello nos ayudamos de las imágenes radiológicas en combinación con la información clínica.

A pesar de que existen muchas características superpuestas entre las diversas masas quísticas retroperitoneales, la TC puede proporcionar información importante sobre la ubicación, el tamaño y la forma de la lesión, la presencia y el grosor de una pared, la presencia de septos, calcificaciones o grasa así como la implicación de estructuras adyacentes. Los parámetros clínicos más importantes incluyen sexo, edad, síntomas e historia clínica del paciente.

A continuación presentamos algunos ejemplos.

# Revisión del tema:

## *LINFANGIOMA QUÍSTICO:*

Los linfangiomas son lesiones congénitas benignas y poco frecuentes que se producen debido a un fallo en el desarrollo del tejido linfático en el establecimiento de la comunicación con el resto del sistema linfático. Son más frecuentes en varones y pueden ocurrir a cualquier edad.

Su ubicación anatómica más común es la región cervical (75%) y la axilar (20%); el 5% restante se encuentra en el mesenterio, retroperitoneo, vísceras abdominales, pulmón y mediastino.

Los pacientes con linfangioma quístico a menudo son asintomáticos, pero el crecimiento de la lesión puede mostrar diferentes síntomas dependiendo de la ubicación y el tamaño de la misma, como tos, disnea, disfagia, compresión vascular, dolor abdominal, obstrucción intestinal o vólvulo.



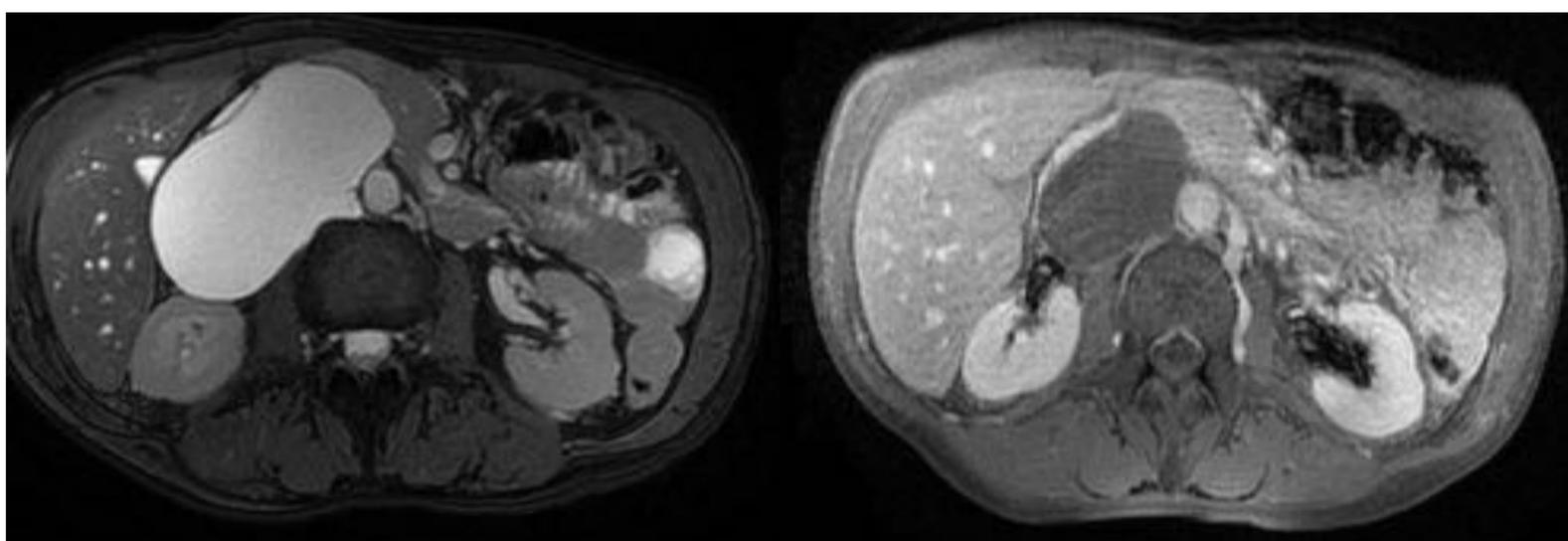
# Revisión del tema:

## *LINFANGIOMA QUÍSTICO:*

- El patrón de señal de los linfangiomas en la **RM** muestra masas de baja intensidad de señal en T1 y alta intensidad de señal en T2, con márgenes regulares, paredes delgadas y tabiques internos, con realce de paredes y tabiques internos tras la administración de gadolinio.

La presencia de hemorragia o infección en la lesión puede alterar la atenuación de TC y el patrón de señal de RM para dar una apariencia más sólida.

La escisión quirúrgica es el tratamiento de elección.



Figuras 2 y 3. Imágenes de RMN en secuencias potenciadas en T2 con saturación grasa (izquierda) y T1 (derecha); observamos una masa bilobulada hiperintensa en T2 e hipointensa en T1 con finos septos en su interior.

# Revisión del tema:

## *QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL:*

Los quistes de duplicación son anomalías congénitas raras que pueden ocurrir en cualquier lugar del tracto gastrointestinal.

Se localizan con mayor frecuencia en el íleon distal, seguidos por el esófago, el colon y el yeyuno, mientras que los duodenales son los más raros, constituyendo menos del 5-7% de todas las duplicaciones intestinales.

Los quistes de duplicación duodenal se localizan principalmente en la segunda y tercera porción del duodeno y pueden comunicarse con el conducto pancreático o biliar, o menos frecuentemente con la luz nativa del duodeno.

Al igual que otras duplicaciones intestinales, la mayoría de las duplicaciones duodenales se diagnostican en la infancia, sin embargo, pueden permanecer asintomáticos hasta la edad adulta (raro); en estos casos habitualmente debuta con síntomas relacionados con complicaciones como pancreatitis, ictericia o invaginación intestinal.

Sus síntomas de presentación son inespecíficos y están estrechamente relacionados con el tamaño y la ubicación de la lesión y la comunicación con el conducto. Las más comunes son dolor abdominal, náuseas y vómitos, así como obstrucción gastrointestinal, invaginación intestinal, infección, pancreatitis y hemorragia gastrointestinal.

Otro hallazgo característico es que del 25 al 35% de los quistes de duplicación contienen mucosa ectópica, que puede causar sangrado y úlcera péptica.

Aunque las pruebas de imagen puedan sugerir el diagnóstico, la confirmación siempre es histopatológica; los criterios diagnósticos son la presencia de revestimiento de la mucosa alimentaria, una capa de músculo liso y una unión íntima al tracto gastrointestinal nativo.





# Revisión del tema:

## *QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL:*

El tratamiento óptimo para un quiste de duplicación duodenal es la resección completa, evitando así cualquier riesgo secundario a las complicaciones o a su transformación maligna.

El manejo quirúrgico se decide por el tamaño, la ubicación y la proximidad a la pared duodenal o al conducto pancreaticobiliar.

Cuando los quistes duodenales son pequeños y no están asociados con los conductos pancreáticos y biliares ni con la cabeza del páncreas, el procedimiento de elección es la escisión total.

Cuando los quistes duodenales se encuentran cerca de la ampolla, a veces es necesaria la pancreaticoduodenectomía.

# Revisión del tema:

- Cambios quísticos en neoplasias sólidas: ganglioneuroma y feocromocitoma quísticos.

## *GANGLIONEUROMA QUÍSTICO:*

El ganglioneuroma es un tumor raro, benigno, de lento crecimiento y bien diferenciado que surge del sistema nervioso simpático y que se compone de gangliocitos y estroma maduro.

Se produce principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, con ligera predilección por el género femenino.

Su distribución ocurre a lo largo del sistema nervioso simpático. Los sitios más comunes de presentación son el retroperitoneo (32% a 52%), mediastino posterior (39% a 43%), cabeza y cuello (8% a 9%), y rara vez la glándula suprarrenal.

La mayoría de los pacientes con ganglioneuroma suprarrenal son clínicamente asintomáticos y aparece como un incidentaloma suprarrenal mediante ecografía, TC o RM.

En ocasiones, el ganglioneuroma causa un efecto de masa local y los pacientes presentan tos, dolor abdominal, disnea, alteraciones de la marcha, precisamente por mecanismo de compresión. En algunos pacientes el tumor puede secretar cantidades suficientes de catecolaminas o de péptido intestinal vasoactivo para producir hipertensión y diarrea.

# Revisión del tema:

## *GANGLIONEUROMA QUÍSTICO:*

- **Ecográficamente** los ganglioneuromas aparecen como una masa homogénea, hipoecoica con bordes bien definidos.
- En la **TC**, son masas ovales, hipodensas y homogéneas, que muestran un realce leve a moderado, que puede ser heterogéneo u homogéneo y pueden observarse calcificaciones en aproximadamente en el 20% de los casos, típicamente puntiformes.
- En las imágenes de **RM**, presenta una intensidad de señal baja en T1 y alta en T2 habitualmente heterogénea, lo que se podría explicar por la combinación de material mixoide, cantidades relativamente bajas de células ganglionares y componente fibroso. La intensidad de señal aumenta de forma proporcional a la cantidad de estroma mixoide.

Como siempre, el diagnóstico definitivo lo realiza la histopatología.

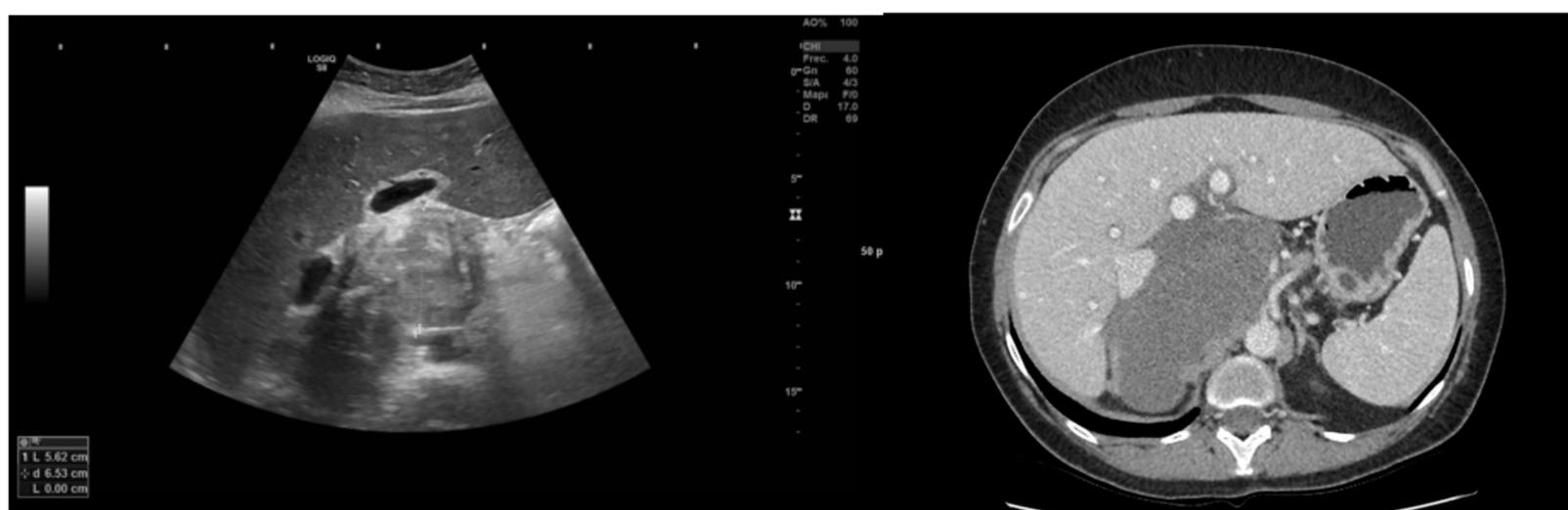


Figura 7 y 8. Ecografía de abdomen (izquierda): masa heterogénea en hilio hepático. Corte axial de TC abdominal con contraste endovenoso (derecha) en el que se observa una masa hipodensa de 12 cm que comprime y rechaza la vena cava inferior, los vasos del hilio hepático y tronco celíaco y la suprarrenal derecha, con la que tiene contacto amplio en su borde medial. Se trataba de un ganglioneuroma quístico.

# Revisión del tema:

## *GANGLIONEUROMA QUÍSTICO:*

El ganglioneuroma, aunque de forma excepcional, puede sufrir una degeneración quística que generalmente se produce por la reabsorción de sangre de una hemorragia severa dentro de un tumor o por necrosis isquémica seguida de licuefacción en un contexto de progresión del ganglioneuroma suprarrenal.

Sin embargo, estos tipos de degeneración quística a menudo ocurren en tumores de crecimiento más rápido, mientras que los ganglioneuromas de crecimiento lento generalmente se presentan con masas sólidas. Estos componentes quísticos tienen una atenuación baja sin realce en las imágenes de **TC**, y los componentes sólidos muestran un realce de leve a moderado. En la **RM**, la degeneración quística tiene una señal hiperintensa en las imágenes en T2, y los componentes sólidos muestran un realce tardío y gradual en la RM dinámica.

Los ganglioneuromas suprarrenales quísticos son comúnmente asintomáticos y hormonalmente inactivos.

El tratamiento consiste en una extirpación quirúrgica completa, vía laparoscópica o abierta cuando sea posible. Aunque el pronóstico es excelente, se recomienda vigilancia radiológica periódica tras la resección por riesgo de recurrencia local, que suele ser tardía.

# Revisión del tema:

- Cambios quísticos en neoplasias sólidas: ganglioneuroma y feocromocitoma quísticos.

## *FEOCROMOCITOMA QUÍSTICO:*

Los feocromocitomas son tumores raros secretores de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina, dopamina) que se originan en las células cromafines, con una incidencia estimada de menos del 0.1% en la población mundial.

A pesar de que la manifestación más habitual es unilateral y benigna, los feocromocitomas pueden ser bilaterales y malignos en el 10% de los pacientes, siendo la diseminación metastásica el único criterio fiable para su diagnóstico.

Se presentan de forma esporádica en un 90% de los casos, frente a sólo un 10 % con presentación familiar. En este último caso se sabe que puede heredarse de forma aislada con herencia autosómica dominante o dentro de síndromes hereditarios: neoplasia endocrina múltiple (MEN II y III) enfermedad de Von Hippel Lindau, enfermedad de Von Recklinghausen, la enfermedad de Sturge Weber y la esclerosis tuberosa.





# Revisión del tema:

## *QUISTE MESOTELIAL*

Los quistes retroperitoneales primarios, definidos como estructuras quísticas retroperitoneales que no derivan de ningún órgano retroperitoneal, son raros.

Aunque el tipo más frecuente es el cistoadenoma mucinoso de origen mülleriano, se han descrito algunos ejemplos de quistes con diferenciación mesonéfrica o linfangioma, así como varios tipos de quistes de origen mesotelial.

Dentro de estos últimos, el más frecuente es el mesotelioma multiquístico, que generalmente aparece como una masa multiquística que ocupa el peritoneo en una mujer joven. También existe una variante unilocular de posible origen mesotelial en el bazo y anexos uterinos.

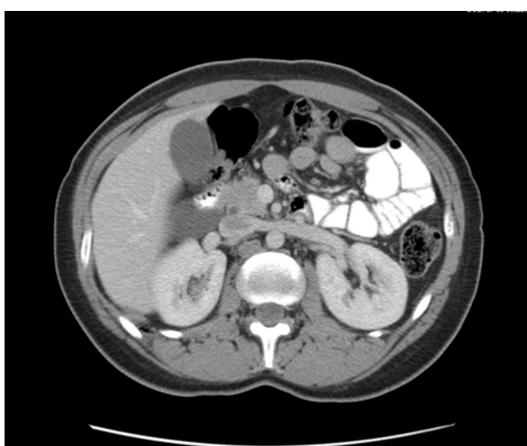
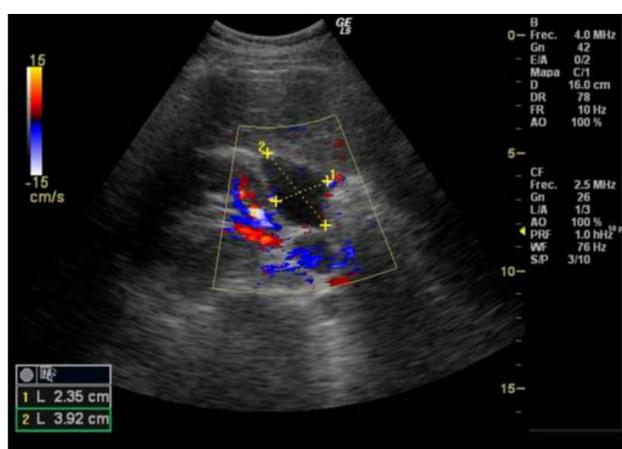


Figura 12. Quiste mesotelial en imágenes de ecografía, TC abdominal con contraste y RM.



# Revisión del tema:

## *PSEUDOQUISTE PANCREATICO*

Son colecciones encapsuladas redondas u ovaladas que contienen líquido pancreático; su localización más frecuente es en el lecho pancreático aunque también pueden verse en el abdomen, mediastino y pelvis, incluso en el cuello, al ascender en el retroperitoneo a través de los hiatos diafragmáticos.

Se desarrollan con mayor frecuencia como complicación de una pancreatitis aguda o crónica o bien como consecuencia de un traumatismo pancreático o cirugía (por ejemplo una gastrectomía parcial).

En las imágenes de **TC** se muestran como colecciones de atenuación homogéneamente baja, en ocasiones múltiples, redondeadas u ovaladas con una pared de grosor variable (habitualmente gruesa), que realza tras la administración de contraste.

# Conclusiones:

Esta revisión nos permite realizar un diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas retroperitoneales ,que pese a no ser frecuentes, el radiólogo debe conocer por su implicación en el manejo y pronóstico.

# Referencias bibliográficas.

1. Arab N, Alharbi A. Retroperitoneal Ganglioneuroma (GN): Case report in 14 years old boy. *Int J Surg Case Rep.* 2019;60:130-132.
2. Changwen Zhang, Fengliang Sun, Hua Jiang, Li Wang, Zhihong Zhang, Yong Xu, Baomin Qiao. Cystic adrenal ganglioneuroma: a case report and review of the literature. *Int J Clin Exp Med* 2018;11(9):10083-10087
3. Gael J. Lonergan, Cornelia M. Schwab, Eric S. Suarez, Christian L. Carlson. From the Archives of the AFIP. Neuroblastoma, Ganglioneuroblastoma, and Ganglioneuroma: Radiologic-Pathologic Correlation *RadioGraphics* 2002 22:4, 911-934
4. Sung Eun Rha, Jae Young Byun, Seung Eun Jung, Ho Jong Chun, Hae Giu Lee, and Jae Mun Lee. Neurogenic Tumors in the Abdomen: Tumor Types and Imaging Characteristics. *RadioGraphics* 2003 23:1, 29-43
5. Dal Mo Yang, Dong Hae Jung, Hana Kim, Jee Hee Kang, Sun Ho Kim, Ji Hye Kim, and Hee Young Hwang. Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review. *RadioGraphics* 2004 24:5, 1353-1365