

**Más allá del pseudoquiste pancreático:  
lesiones quísticas retroperitoneales y revisión anatómica.**

María Ruiz Martín<sup>1</sup>, José Antonio Alonso López<sup>1</sup>, Jesús Garzón Ruiz<sup>1</sup>, Teresa Fuente Yárnoz<sup>1</sup>, Manuel Fajardo Puentes<sup>2</sup>,  
Blanca Esther Viñuela Rueda<sup>1</sup>

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España  
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

**OBJETIVOS:**

Realizar un repaso anatómico del espacio retroperitoneal y sus estructuras. Describir las características radiológicas de las lesiones quísticas retroperitoneales más frecuentes.

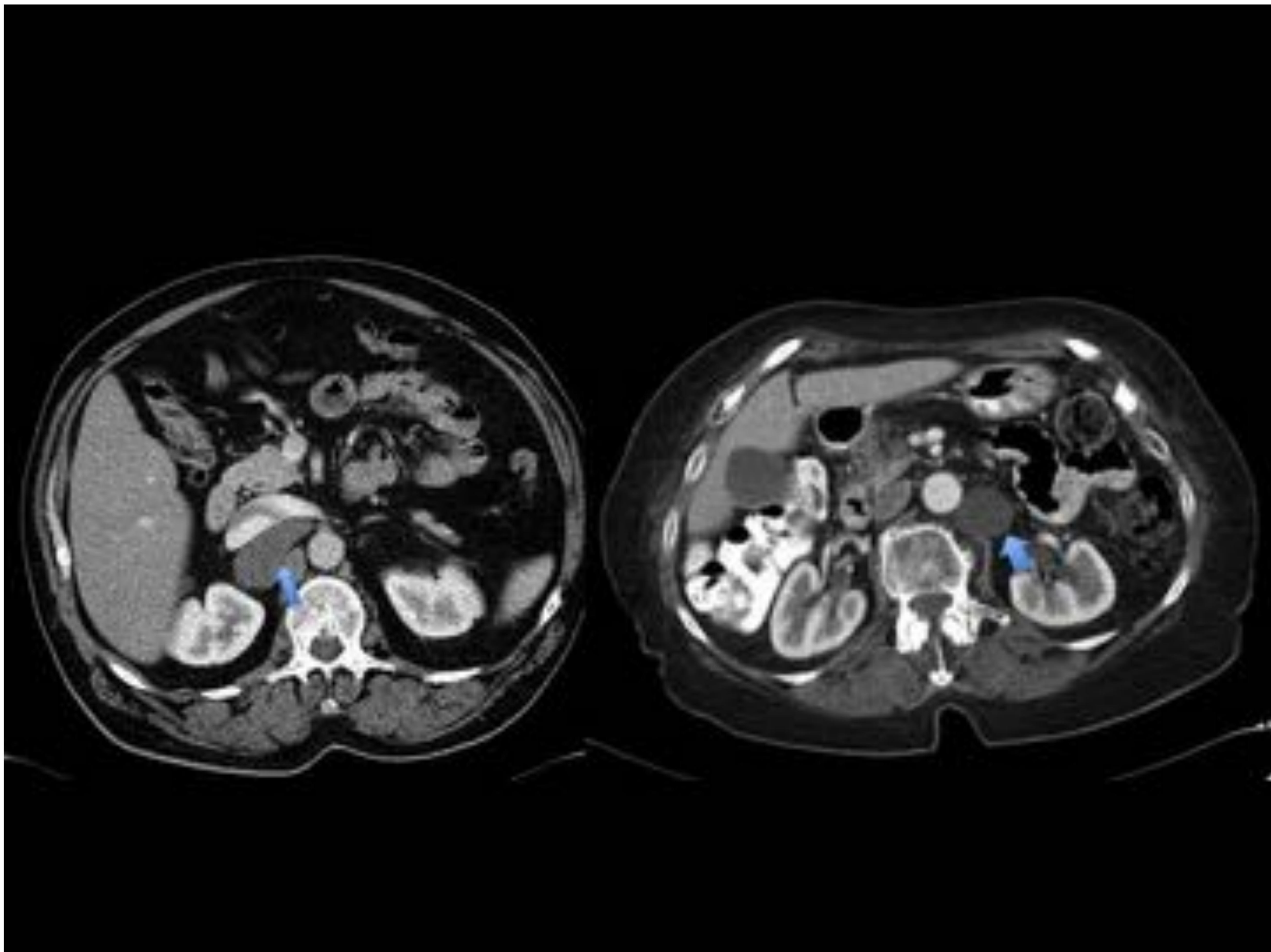
- **REVISIÓN DEL TEMA**

- **Revisión anatómica:**

- El retroperitoneo se extiende desde el diafragma superiormente a la pelvis inferiormente y se sitúa entre el peritoneo parietal anteriormente y la fascia transversalis posteriormente. Es un espacio dividido a su vez en varios subespacios, principalmente a nivel de los riñones donde nos encontramos los espacios pararenal anterior y posterior, perirrenal y el espacio de los grandes vasos.
- El espacio pararenal anterior se compartimenta a su vez en el espacio pancreaticoduodenal, que contiene el páncreas y duodeno, y el espacio pericólico, que alberga al colon ascendente y descendente.
- Inferiormente al nivel renal, los espacios pararenal anterior y posterior se unen para formar el espacio retroperitoneal infrarenal que se comunica inferiormente con el espacio prevesical y los compartimentos extraperitoneales de la pelvis.



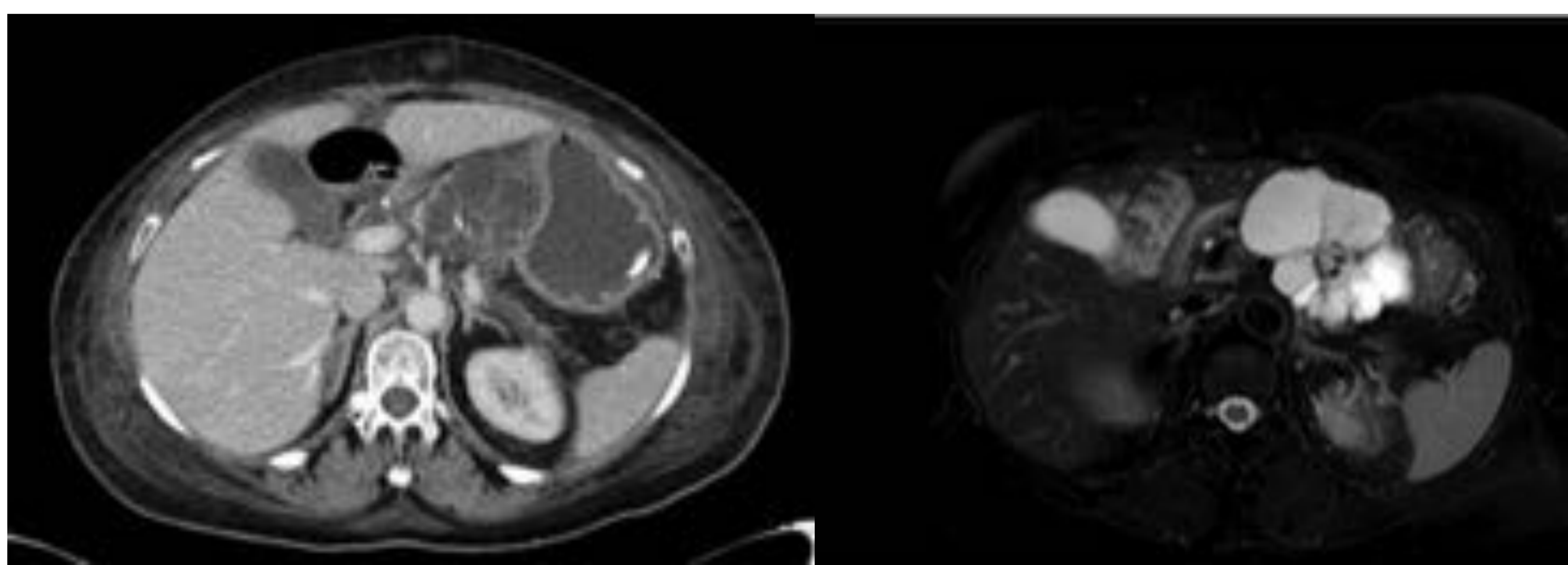
- **Lesiones quísticas neoplásicas.**
- Linfangioma quístico
- Son lesiones poco frecuentes con origen congénito que ocurren debido a un fallo del desarrollo del tejido linfático cuando debe establecer comunicación con el resto del sistema linfático. Son lesiones más frecuentes en hombres y pueden ocurrir a cualquier edad. Son lesiones quísticas uni o multiculares que contienen líquido claro o lechoso, rodeadas de una única capa de endotelio. Pueden cruzar más de un compartimento del retroperitoneo. Raramente, pueden presentar calcificación en su pared. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica.



En la primera imagen se evidencia una lesión homogénea de morfología ovalada de aproximadamente 5,5 por 2,8 cm situada posterior a la vena renal izquierda-vena cava inferior. En la segunda imagen se observa una lesión hipodensa paraaórtica izquierda la altura del hilio renal de aproximadamente en 2,5 x 3 cm e hipocaptante tanto en la fase venosa como en la excretora que sugiere la existencia de linfangioma.

- Neoplasia quística serosa pancreática

Lesión casi exclusiva en mujeres >60 años. La forma de manifestación más frecuente es una lesión microquística con cicatriz central que puede calcificarse. No establece comunicación con el conducto pancreático. Se trata de una entidad benigna habiéndose reportado solo 12 casos de degeneración maligna.



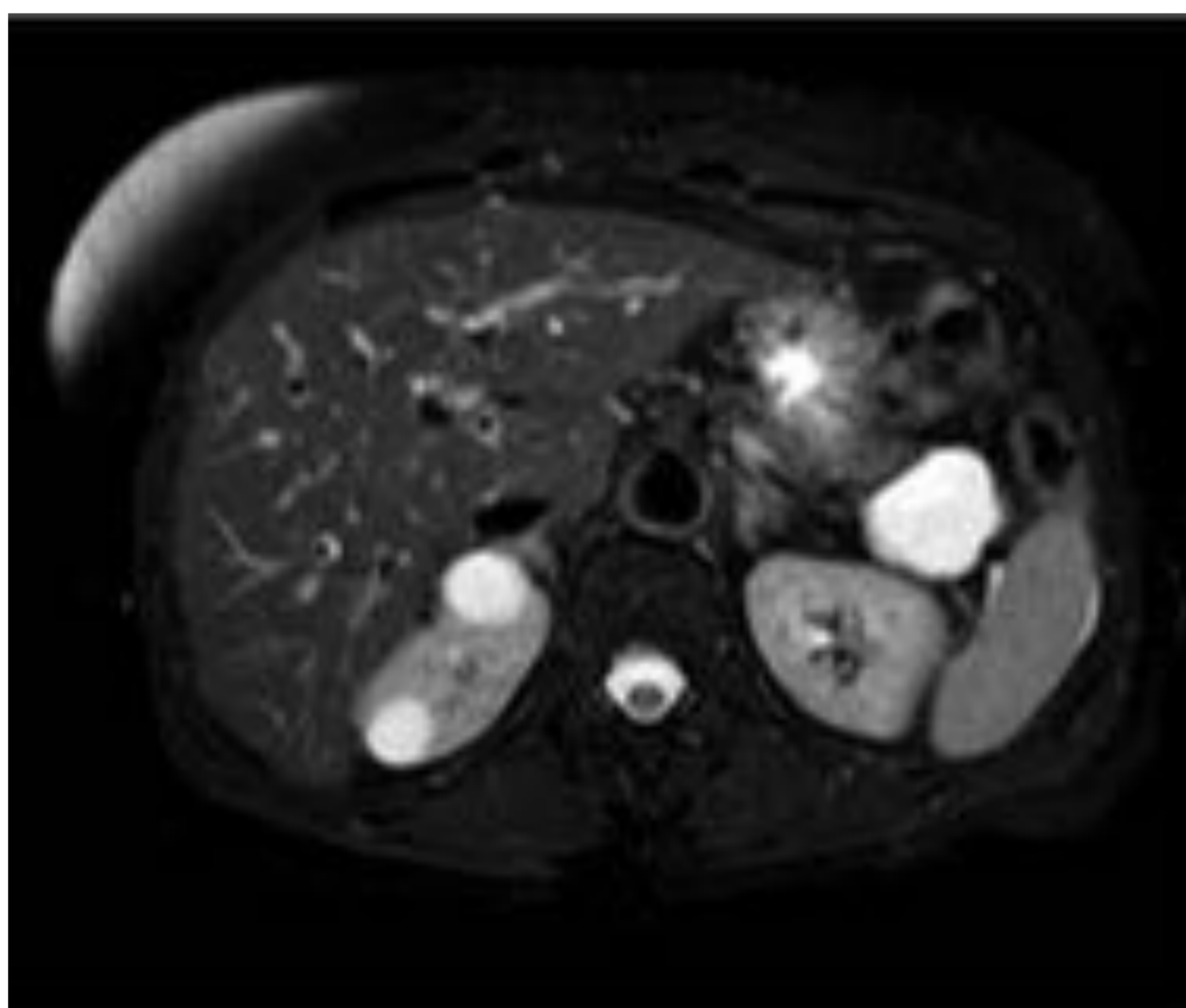
- Neoplasia quística serosa pancreática. Tumorción en cuello y cuerpo del páncreas poliquística y multiseptada de 77 x 85 x 60 mm., con tractos fibrosos interquísticos, algunos de ellos parcialmente calcificados, con quistes de diversos tamaños (entre 5 mm y >3 cm), con contenido líquido y proteináceo/hemorrágico en su interior.

- Neoplasia quística mucinosa pancreática.

Es una entidad premaligna que habitualmente se presenta como una lesión macroquística unilocular de tabiques gruesos relleno de mucina (también puede ser multilocular). Asocia un aumento marcado del CEA y CA 19.9.

Predomina en mujeres de mediana edad.

Contiene estroma ovárico debido a la directa relación de la posición anatómica del páncreas y ovario durante la embriogénesis. Las células ováricas, que tienen receptores positivos para la progesterona y los estrógenos, infiltran el páncreas, de ahí que sean casi exclusivos de mujeres de mediana edad.



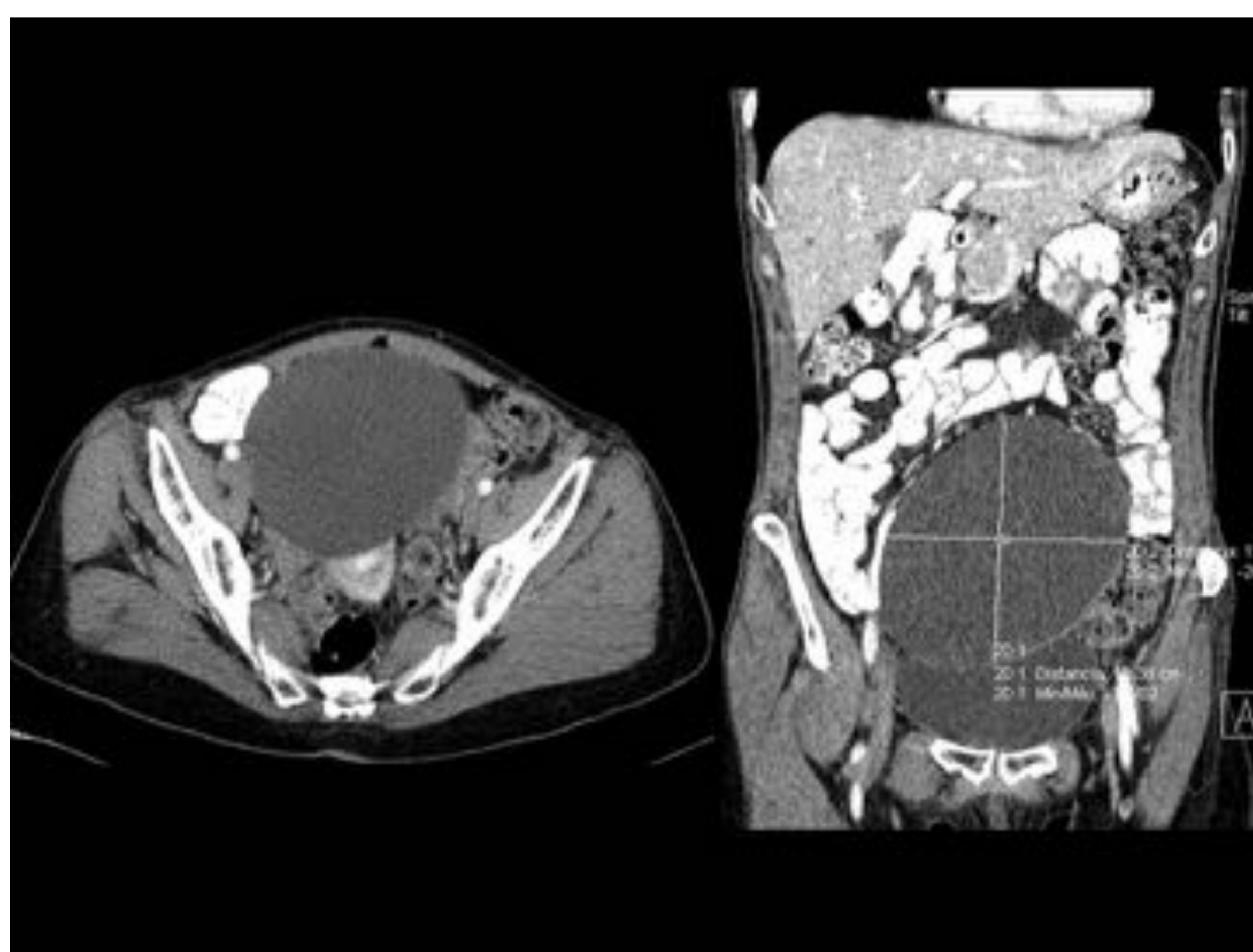
En la cola del páncreas observa una lesión quística aparentemente unilocular, redondeada, de 37 x 36 x 31 mm sin septos, sin comunicación con Wirsung y sin signos infiltrativos locales. Muestra realce mural homogéneo y por su tamaño, localización y epidemiología sugiere como primera posibilidad diagnóstica neoplasia quística mucinosa. El diagnóstico fue confirmado histológicamente

- Cistoadenoma mucinoso

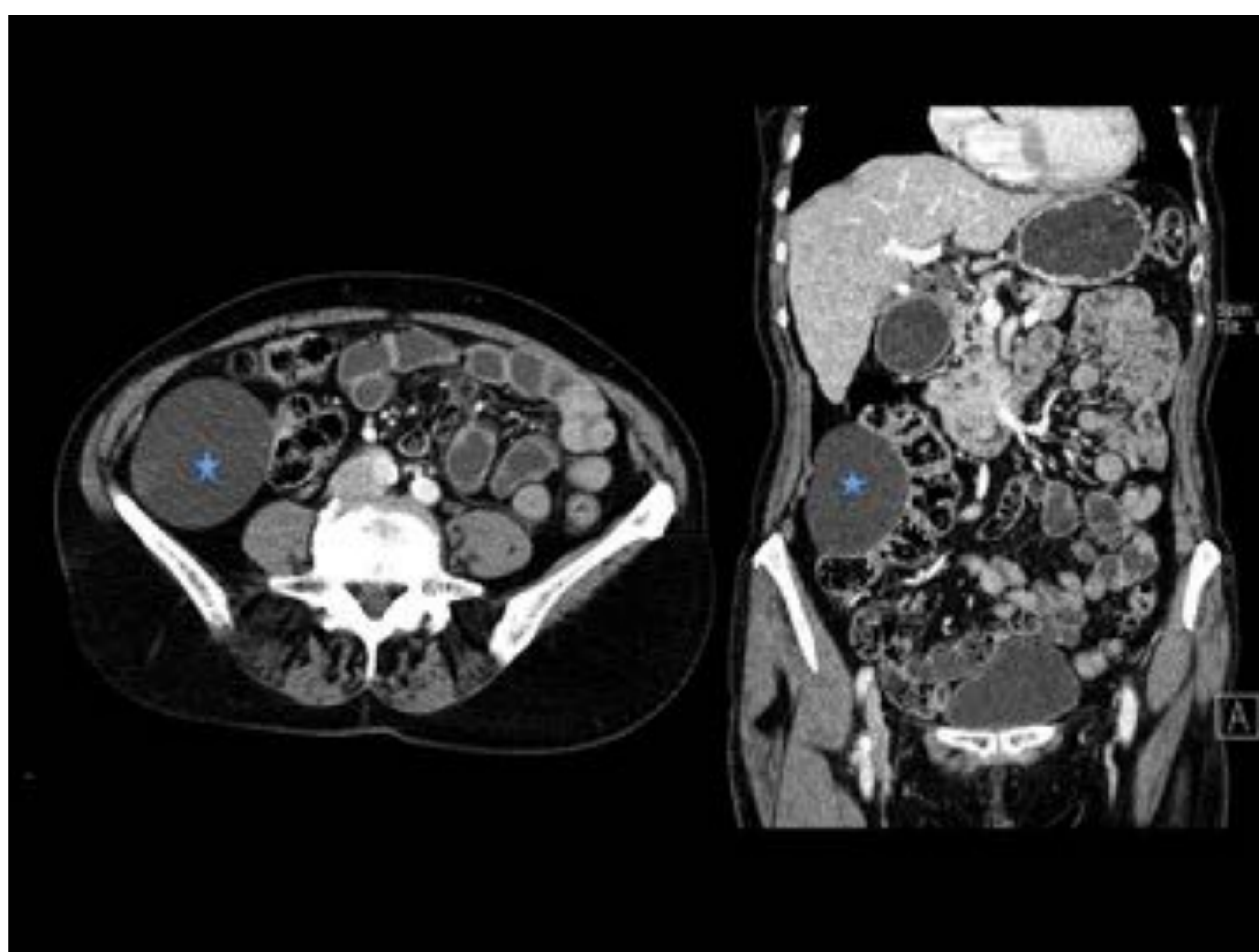
Los cistoadenomas mucinosos primarios son entidades quísticas raras que ocurren en mujeres con ovarios normales. Como hipótesis acerca de su origen, se plantea que el tumor de origine a partir de tejido ovárico ectópico o bien que el agente causal sea la metaplasia celómica.

Un diagnóstico precoz es necesario dado su potencial maligno.

Se muestran como masas uniloculares quísticas homogéneas.



Gran lesión quística en línea media pelvica en localización supravesical que se extiende hasta el nivel umbilical, de morfología unilocular, que presenta baja densitometría (aprox 20 UH) homogénea, pared fina sin septos, proyecciones papilares ni polos sólidos ni polos sólidos. Tampoco calcificaciones o contenido graso. Presenta un contacto extenso con el ligamento ancho uterino y ovario izquierdo y menor contacto con el ovario derecho. Hallazgos compatibles con cistoadenoma.



Masa hipodensa ( densidad líquido, sin áreas de grasa macroscópica, ni calcificaciones) y bien definida, en vacio derecho, retroperitoneal ( lateral al colon ascendente, sin plano de separación con el mismo, desplazándolo medialmente, sin disminución de su calibre. Compatible con metaplasia celómica ( cistoadenoma).

## Teratoma quístico

Los teratomas quísticos retroperitoneales son tumores quísticos compuestos por tejido derivado de al menos dos de las tres capas germinales ( endodermo, mesodermo y ectodermo). Esta entidad se diagnostica comúnmente en los recién nacidos, quienes son habitualmente asintomáticos.

El teratoma quístico suele ser benigno mientras que el sólido suele ser maligno.

En TC, se manifiesta como una masa compleja que contiene componente líquido bien delimitado, así como tejido graso y calcificaciones. Si existe presencia de calcio en las paredes quísticas , el diagnóstico de teratoma quístico es bastante probable.

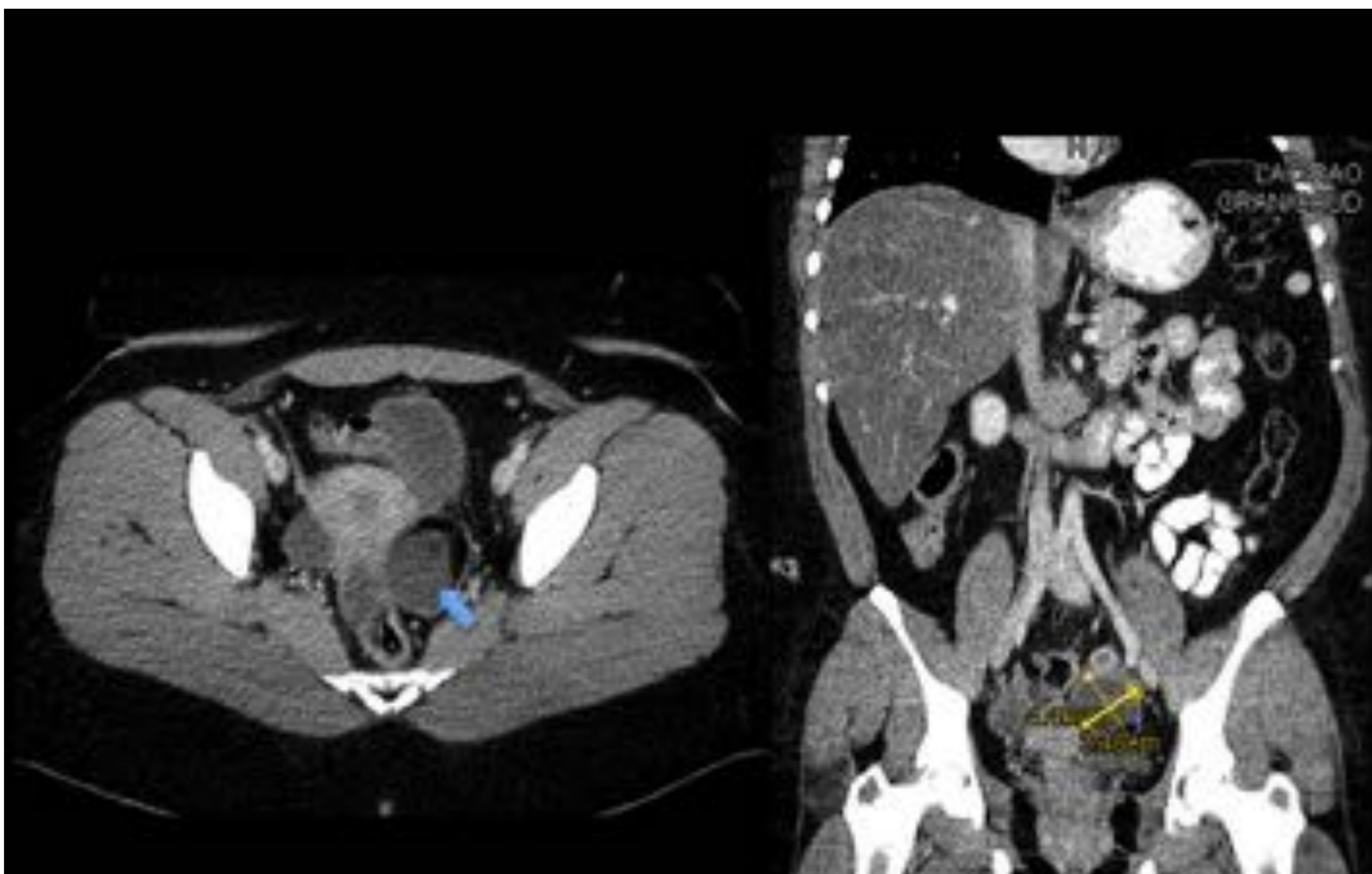


Imagen ovalada de 4,5 x 2,5 cm de predominio quístico con un polo graso en su interior, compatible con teratoma quístico ovárico.

- Mesotelioma quístico

Neoplasia rara de carácter benigno que se origina en el revestimiento seroso de espacio pleural, pericárdico y peritoneal.

Ocurre habitualmente en la superficie de la pleural visceral pero puede ocurrir en el retroperitoneo.

El mesotelioma quístico no está relacionado con exposición previa de asbesto y no metastatiza. El dolor abdominal es el síntoma más común. Se trata de una lesión quística de paredes finas y que contiene secreción acuosa., con apariencia multiloculada más frecuentemente.

- Quiste mulleriano

Es una entidad muy rara que se piensa que podría ser un subtipo del quiste urogenital. Ocurre en mujeres de aproximadamente 19 a 47 años de edad. Con respecto a la patogenia, se plantea que el tejido retroperitoneal pueda contener un remanente mulleriano que podría tener capacidad de crecimiento en el caso de estímulo hormonal anormal.

La historia clínica puede ser útil para el diagnóstico ya que a menudo se presentan en pacientes obesas con irregularidades menstruales.

En el TC, se manifiesta como una imagen quística de paredes finas uni o multilocular que contiene líquido claro.



Presencia de lesión quística que se extiende desde la región superior y medial de lecho prostático al suelo vesical de aproximadamente 3,3 x 2,7 cm, en relación con quiste del utrículo



- Quiste epidermoide

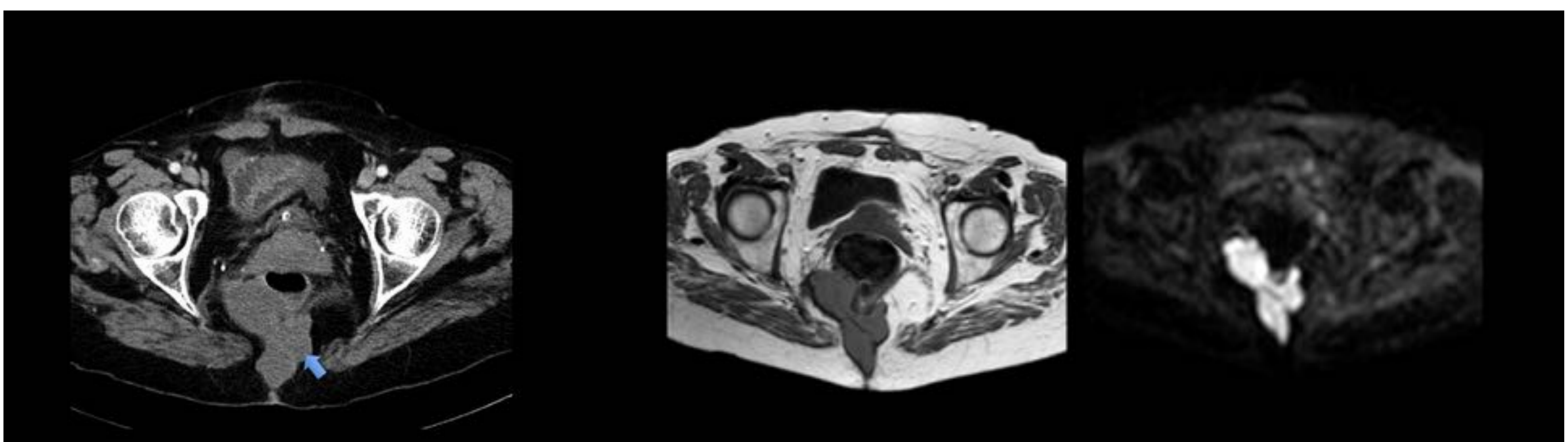
Raras lesiones congénitas derivadas del ectodermo que se desarrollan en el espacio presacro , usualmente en mujeres de edad media.

Se presentan como masas quísticas uniloculares de paredes finas.

- Quiste de Tailgut

Los hamartomas quísticos retrorrectales (tailgut cysts) son tumores congénitos poco frecuentes derivados de remanentes del intestino caudal embrionario, que normalmente involuciona a la octava semana. Son más frecuentes en mujeres (3-4:1 en relación a hombres) comprendidas entre 40 -60 años de edad. Normalmente se detectan como una masa asintomática.

En TC y RM , los tailgut cysts se visualizan como masas quísticas retrorrectales que pueden extenderse a la fosa isquioanal, aunque también se han reportado algunos casos en áreas perirrenales y subcutáneas. Son mayoritariamente multiloculares, a menudo con un gran quiste central y pequeños quistes periféricos. Una característica de gran relevancia es la presencia bastante habitual de pequeños quistes que se extienden causalmente hacia el canal anal, distantes de la principal masa quística retrorrectal .



Lesión quística que muestra una morfología multilocular y poliseptada en localización presacra con extensión hacia la fosa isquiorrectal derecha. Hallazgos compatibles con quiste de Tailgut.

- Quiste broncogénico

Son anomalías benignas de carácter congénito que resultan de una yemación anómala de la vía aérea durante el desarrollo del árbol traqueobronquial. Aunque ocurren frecuentemente en el mediastino, también pueden ocurrir en el retroperitoneo. Son lesiones habitualmente asintomáticas, a menos que se sobreinfecten.

En TC, se manifiestan como quistes sin realce de morfología redondeada y bien circumscritos. Si aparecen como masas retroperitoneales, se localizan habitualment en el espacio subdiafragmático. Puede ser incorrectamente diagnosticados como masas sólidas porque pueden aparecer hiperdensas porque posean contenido proteináceo. Pueden poseer calcio.

- Cambios quísticos en neoplasias sólidas

\_Las neoplasia sólidas retroperitoneales pueden raramente presentarse como lesiones quísticas, tales como el paraganglioma o el tumor neurogénico. Los neurilemomas

- Pseudomixoma retroperitoneal

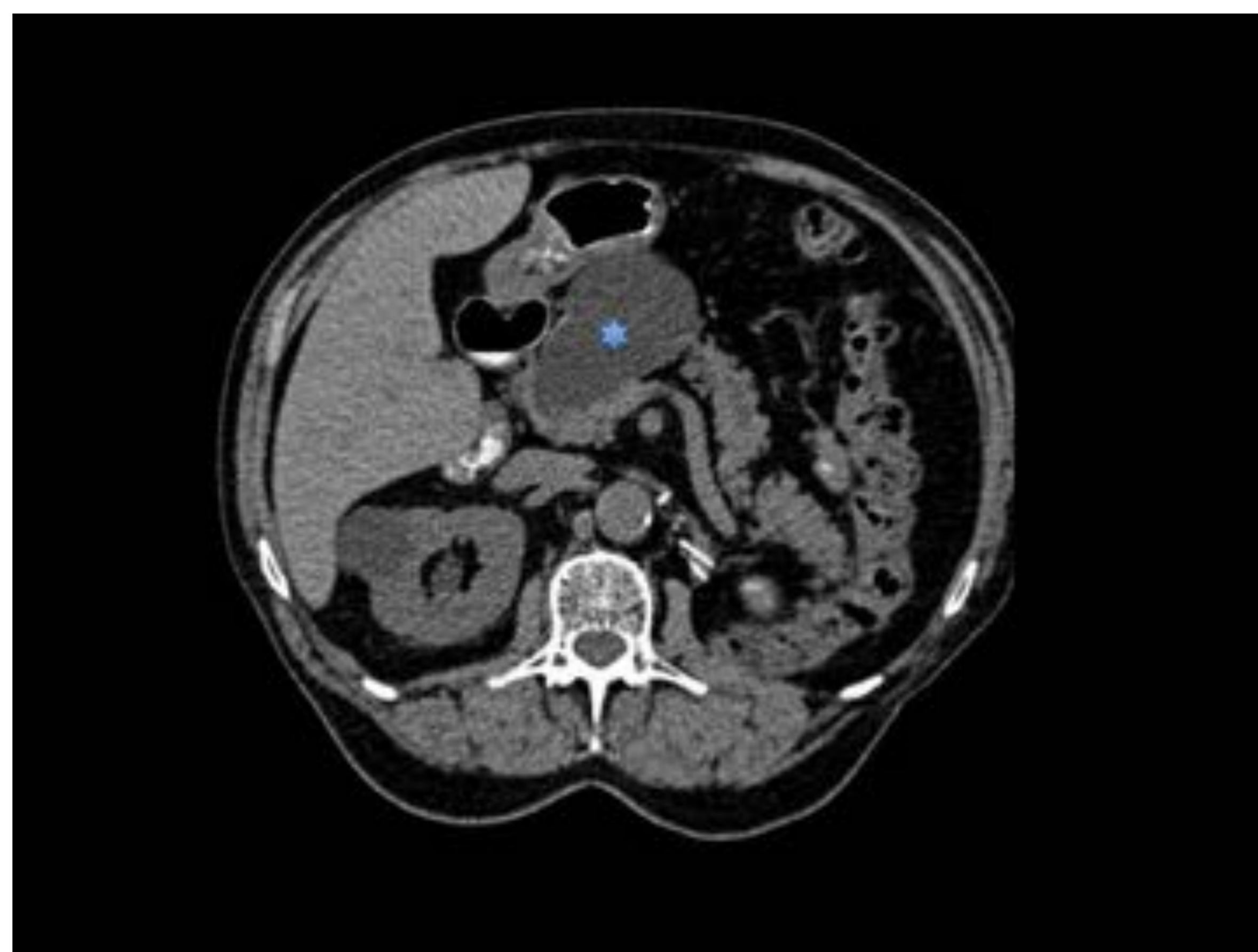
Pseudomixoma es una condición rara caracterizada por acumulación intraperitoneal de material gelatinoso secundario a la rotura de una lesión mucinosa del ovario o del apéndice. Los hallazgos en imagen son similares a aquellos del pseudomixoma peritoneal. Se presenta como masa multiquística con paredes finas o septos que desplaza y distorsiona estructuras adyacentes.

- Carcinoma mucinoso perianal

Entidad infrecuente que se puede originar a partir de una fístula anal. Esta neoplasia aparece en el TC como una masa perirrectal calcificada con desplazamiento del recto.

- **Lesiones quísticas no neoplásicas**
- Pseudoquiste pancreático

Son colecciones redondeadas u ovaladas de fluido pancreático que a menudo se sitúan en localización peripancreática pero que también pueden localizarse en el abdomen, mediastino y pelvis. La clínica es similar a aquella propia de la enfermedad inflamatoria pancreática.



Lesión uniloculada en cabeza pancreática en paciente con pancreatitis reciente, en relación con pseudoquiste pancreático •

- Pseudoquiste no pancreático

Son lesiones raras que usualmente se originan en el mesenterio y omento. No se asocian con valores altos de amilasa y lipasa. Su presentación en TC es similar al pseudoquiste pancreático, manifestándose como una colección unilocular o multilocular.

- Linfocele

Los linfoceles son quistes de contenido líquido sin recubrimiento epitelial que ocurren tras linfadenectomía pélvica o retroperitoneal o bien cirugía de trasplante renal.

En TC se expresan como masas con bajo valores de atenuación . Los valores de atenuación de la grasa son raros pero son altamente sugestivos de linfocele.

- Hematoma

El hematoma retroperitoneal puede asociarse a traumatismo, rotura de aneurisma aórtico o a terapia de anticoagulación.

- Urinoma

Colección encapsulada de orina extravasada. Se localiza típicamente en el espacio perirrenal , aunque puede ser visto en otras localizaciones, como resultado de una disrupción de una región del uréter inferior al espacio perirrenal. Se suele acompañar de una moderada-severa hidronefrosis. En TC se manifiesta como una colección líquida con valores de atenuación similares al agua.

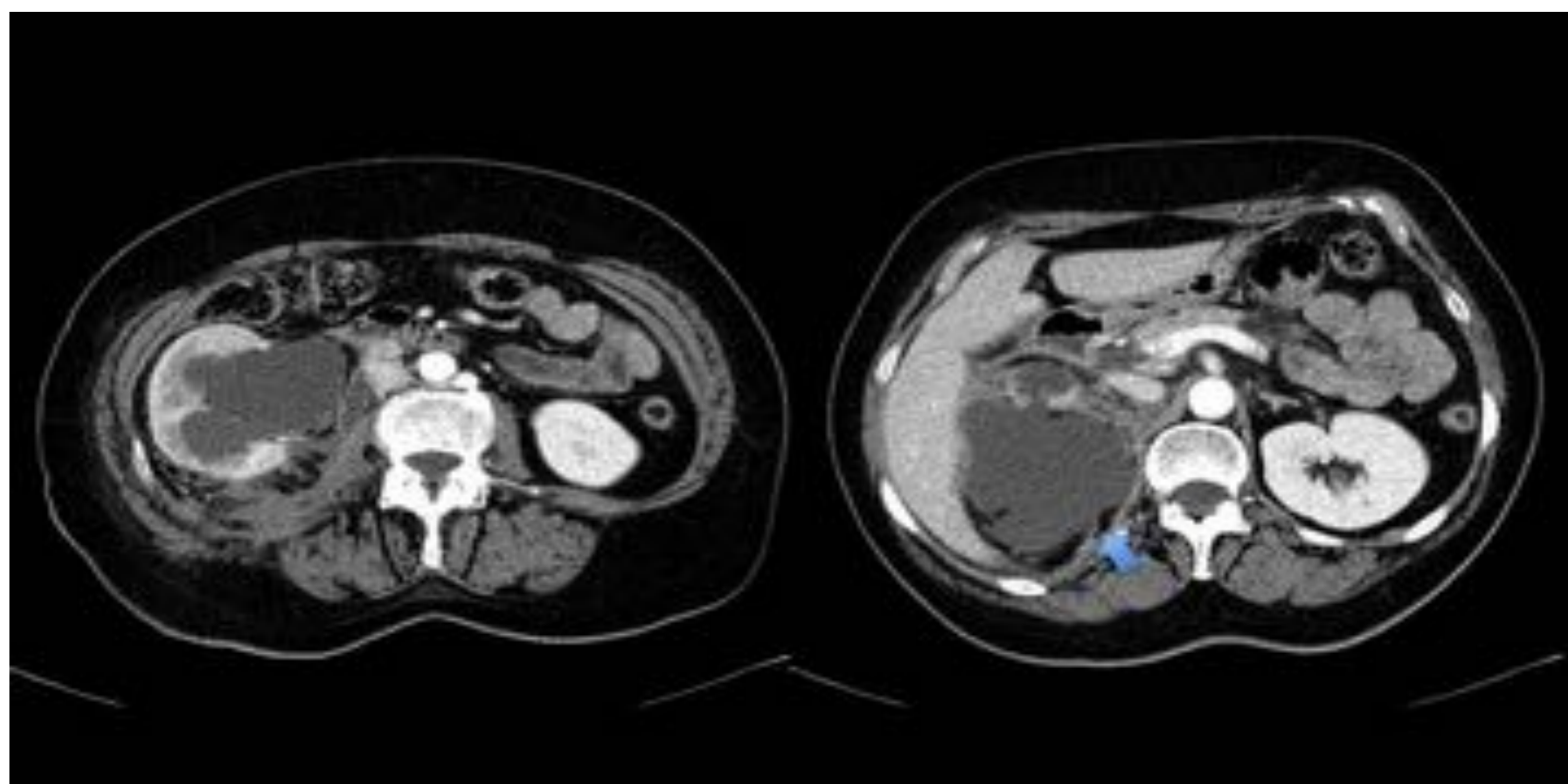


Imagen de colección quística adyacente al polo superior de riñón derecho asociada a importante dilatación urétero pielocalicial renal derecha, compatible con urinoma.

- **CONCLUSIÓN**
- Las neoplasias quísticas retroperitoneales pueden crecer de cualquier tejido presente en el retroperitoneo y representar una patología muy amplia. TC y RM pueden demostrar características importantes de estas entidades . Conocer las claves diagnósticas en imagen es esencial para acotar el diagnóstico diferencial , poder efectuar diagnóstico adecuado y realizar un correcto manejo terapéutico.

- **BIBLIOGRAFÍA**

- Dal Mo Yang, et al, Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review Radiographics September 2004 24:5 1353-1365; doi:10.1148/rg.245045017.
- Kloppel G, Kosmahl M. Cystic lesions and neoplasms of the pancreas. The features are becoming clearer. Pancreatology. 2001;1: 648-55.
- Abdominal cystic lymphangiomas: US and CT findings. Eur J Radiol 1995;19:183-7.