



MASA PÉLVICA DE ORIGEN...¿ANEXIAL?

Montoya Martínez, C.; Gómez Melero, R.; Delgado González, J.L.; Pérez Rocamora, F.; Pina Montoya, MA.; Paredes Martínez, R.; Albarraín Navarro, J.L. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca.



INTRODUCCIÓN

- La pelvis es una región anatómica donde se integran órganos de diferentes sistemas (ginecológico, urinario, intestinal...).
- Cuando se sospecha una masa en dicha zona, el diagnóstico diferencial puede ser muy amplio y va a depender sobre todo de la edad de la paciente y de las técnicas de imagen.
- El diagnóstico y tratamiento de una masa abdomino-pélvica supone un reto para cualquier médico y concretamente para el ginecólogo.
- En algunos casos, la exploración física difiere del resultado de las pruebas de imagen y el diagnóstico definitivo sólo nos lo ofrece el estudio anatomopatológico mediante la toma de muestras en el quirófano.

CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años que ingresa por síndrome constitucional y astenia.

En analítica, elevación de marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9).

Tacto bimanual: fondo de saco vaginal derecho ocupado por masa de consistencia aumentada.

Ecografía transvaginal: formación quística multilocular, alargada, retrouterina, de paredes gruesas que mide 12x5 cm y parece depender de ovario derecho. Se aprecian tractos fibrosos finos en su interior. Score Doppler 1. No se visualizan implantes en peritoneo. Anejo izquierdo y útero sin hallazgos patológicos. No líquido libre en Douglas.

Se realiza TC toraco-abdomino-pélvico (imagen 1) donde describen masa hipodensa en pelvis de morfología alargada, con calcificaciones parietales y tractos internos, que contacta con pared posterior de útero sin depender del mismo. Podría originarse en ovario derecho (a descartar posible teratoma), sin poder descartar otras etiologías.

Ante la sospecha de masa ovárica, pero sin poder determinar claramente su origen a pesar de técnicas de imagen, se realiza laparotomía exploradora.

En la cirugía, se visualiza útero y anejos macroscópicamente normales.

Además, se encuentra masa pélvica en Douglas nacarada, alargada, de consistencia aumentada, de aproximadamente 10 cm. No parece depender de útero, ovarios ni tampoco de intestino.

Al realizar biopsia, se produce drenaje espontáneo de material mucoide de su interior.

Se consigue disecar y reseca dicha masa.

Diagnóstico AP: mucocèle apendicular.



Imagen 1: TAC.

CONDUCTA Y PRONÓSTICO

- Puede asociarse a otros tumores (hasta el 20% en CCR, 4-24% ovario, mama e hígado).
- Las complicaciones son muy raras: obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o pseudomixoma peritoneal.
- El tratamiento de elección es la exéresis del tumor mediante cirugía, de elección la vía laparotómica. Es muy importante valorar exhaustivamente el resto de la cavidad abdominal. Si tras una apendicectomía se confirma el diagnóstico anatomopatológico de malignidad, se debe realizar hemicolectomía derecha.

CONCLUSIONES

- El mucocèle apendicular, es una patología poco frecuente. Su prevalencia es entre 0,2-0,4%.
- Suele tener una presentación clínica muy inespecífica, desde formas asintomáticas a dolor abdominal, masa palpable, hemorragia digestiva o clínica urológica. En el 25-50% de los casos, se presenta como hallazgo incidental en una cirugía.
- Es importante distinguir entre las diferentes entidades clínicas: *mucocèle simple*; *hiperplasia*; *cistoadenoma mucinoso* o *cistoadenocarcinoma mucinoso*.

Bibliografía:

- Mateos S, Valenzuela P, Tello E, Álvarez E, Solano J.A. Diagnóstico diferencial de la tumoración abdomino-pélvica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. 2003.
- A. C. Utrillas Martínez, J. A. Muniesa Soriano¹, J. M. del Val Gil, A. Cruces Conde, P. López Peris, M. González Penabad, M. Sanz Gómez, C. Moreno Muzas. Mucocèle apendicular. Rev. esp. enferm. dig. vol.100 no.11 Madrid nov. 2008