

Leiomioma del canal inguinal

Inguinal canal leiomyoma

Los tumores de partes blandas son proliferaciones mesenquimales que nacen en tejidos extraesqueléticos no epiteliales del cuerpo, excepto vísceras, cubiertas encefálicas y sistema linforreticular. Estos tumores mesenquimales son un conjunto heterogéneo de neoplasias benignas y malignas, entre los que se encuentra el leiomioma, cuya presentación clínica característica referimos a continuación.

Mujer de 37 años que consulta por dolor agudo suprapúbico. Entre sus antecedentes destacan: obesidad, apendicectomizada, dos cesáreas y cirugía de quiste ovárico.

La paciente acude a urgencias por dolor agudo y tumoración en la zona suprapúbica derecha de 24 h de evolución, progresivamente en aumento. No refiere otros síntomas. En la exploración, observamos una tumoración en el margen suprapúbico derecho de unos 5-6 cm de diámetro, sin signos de celulitis, doloroso a la palpación, no adherido a estructuras superficiales, pero sí a planos profundos.

Ante estos datos se realizó una serie de pruebas complementarias; en la analítica se objetivó: 14.100 leucocitos/ μ l, con desviación izquierda. Una ecografía se informó como bultoma correspondiente con asas intestinales en relación con la hernia inguinal directa. Con esta sospecha se indica cirugía urgente; se realiza un abordaje inguinal derecho donde se encontró un saco herniario (fig. 1) que se prolongaba con un pedículo fibroso vascular de menos de 5 mm de diámetro que se introducía por el orificio inguinal superficial. El saco seroso contenía una masa de unos 8 cm de diámetro sólida (fig. 2), rosácea, de aspecto carnososo, de bordes bien de limitados y sin solución de continuidad. Se realizó su exéresis, con ligadura del pedículo vascular al cual estaba unida.

En el postoperatorio, la paciente evolucionó favorablemente, y se le dio de alta a los 3 días. Ante la procedencia del pedículo fibroso vascular del orificio inguinal superficial, se procedió a realizar una ecografía pelviana con el fin de determinar su origen; no se encontró afección ni posible relación con ninguna de las estructuras contenidas en la cavidad abdominal, con vejiga y útero normales.

El informe anatomopatológico de la pieza fue informado como leiomioma.

Los tumores del canal inguinal son relativamente raros y simulan una hernia inguinal encarcelada, de ahí que la gran mayoría de las veces su descubrimiento sea de forma casual en la intervención quirúrgica.

Habiendo realizado una exhaustiva revisión bibliográfica de la literatura al respecto, hemos encontrado gran cantidad de tumores, la mayoría malignos, que simulan la clínica descrita en nuestro caso, no sólo tumores procedentes del tejido conectivo, sino también tumores germinales, o embriológicos (mesoteliomas^{1,2}, teratomas³, leiomiosarcomas⁴, schwannomas⁵, liposarcomas⁶, quistes dermoides^{7,8}), que han sido hallazgos operatorios. Sin embargo, sólo encontramos un caso donde el tumor fuera un leiomioma⁹, procedente del



Figura 1 – Imagen macroscópica de la tumoración inguinal de bordes bien definidos, 8 cm de diámetro, multilobulada, de coloración blanco-grisácea y con pedículo vascular en el margen inferior. Se aprecia una envoltura serosa que la cubre en su totalidad.



Figura 2 – Varios cortes sagitales que muestran una tumoración sólida, compacta, compuesta por fascículos entrelazados.

ligamento redondo (como en nuestro caso) y en su porción extraperitoneal.

La masa inguinal encontrada nos lleva a plantearnos varias cuestiones, como el tiempo de evolución de su desarrollo, dado que se trata de un tumor benigno y que, al observar directamente en quirófano la disparidad entre el tamaño tumoral y el diámetro del anillo inguinal superficial, suponemos un origen congénito, con exacerbación clínica aguda por torsión de su pedículo vascular, que produce su isquemia, con

liberación de factores mediadores de la inflamación causales de la clínica descrita. Debido a esto, la génesis de este leiomioma, encontrado en el canal inguinal, nos indica proceder de la porción extraperitoneal del ligamento redondo (banda fibromuscular que se extiende desde la región anterior del útero, y atravesar el conducto inguinal, hasta los labios mayores), cuyo tejido conectivo sufrió una diferenciación congénita hacia células musculares lisas, creció y originó el leiomioma.

Con respecto a este caso, consideramos interesante destacar varios hechos:

- Que es un tumor del canal inguinal, dado que es infrecuente.
- Su dificultad de diagnóstico diferencial con las hernias inguinales incarceradas, tanto clínico como radiológico.
- Su presentación clínica atípica, por ser la paciente obesa, lo que alteró su disposición anatómica habitual, y añadió mayor dificultad al diagnóstico.

Dado que la ecografía, como método de diagnóstico, utilizada en este caso, no permitió realizar un correcto diagnóstico diferencial de la masa inguinal, realizamos una búsqueda de la literatura con el fin de proponer un método diagnóstico alternativo, y encontramos varios casos clínicos donde se usaba la tomografía computarizada y la resonancia magnética^{9,10}.

Puesto que el resultado de nuestra intervención consistió en la exéresis del leiomioma debido a la torsión de su pedículo vascular, concluimos que, ante el diagnóstico operatorio de dicha masa, la actuación más apropiada, determinada por la clínica de la paciente, consistía en su exéresis. Por el contrario, un hallazgo casual en paciente asintomático nos llevaría a plantear un estudio diagnóstico más exhaustivo, con el fin de descartar otros tumores de naturaleza maligna; es entonces cuando sí podría estar justificado el uso del escáner, así como otras pruebas como biopsia, ecografía y pruebas de extensión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walshe JM, Gal A, Murray DR, Premkumar A, Berman D, Hassan R. Malignant mesothelioma of the inguinal canal with an unusually long survival. *Am J Clin Oncol*. 2008;31:306-7.

2. Harper Jr GB, Awbrey BJ, Thomas Jr CG, Askin FB. Mesothelial cysts of the round ligament simulating inguinal hernia. Report of four cases and a review of the literature. *Am J Surg*. 1986;151:515-7.
3. Ostrovskii VK, Rodionov PN, Ashanin BS. Teratoma of the inguinal canal simulating oblique inguinal hernia. *Vestn Khir Im I I Grek*. 2003;162:86.
4. Kronen CJ, Junge K, Conze J, Peiper C, Schumpelick V. Leiomyosarcoma of the hernial sac in inguinal hernia. *Chirurg*. 2002;73:283-6.
5. Ninos A, Douridas G, Liapi G, Ajazi E, Iordanou C, Pierrakakis S, et al. Schwannoma in the inguinal canal masquerading an inguinal hernia. *Hernia*. 2004;8:73-5.
7. Leeming R, Olsen M, Ponsky JL. Inguinal dermoid cyst presenting as an incarcerated inguinal hernia. *J Pediatr Surg*. 1992;27:117-8.
8. Genetzakis M, Lagoudianakis EE, Papadima A, Tsekouras DK, Markogiannakis H, Filis K, et al. Inguinal dermoid cyst of the round ligament. A case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006;33:249-51.
6. Yoshida K, Nakamura E, Kawahara T, Inoue T, Sawazaki H, Kamba T, et al. A case of myxoid liposarcoma in the right inguinal region: a case report. *Hinyokika Kiyo*. 2006;52:727-31.
9. Warshauer DM, Mandel SR. Leiomyoma of the extraperitoneal round ligament: CT demonstration. *Clin Imaging*. 1999;23:375-6.
10. Michel P, Viola D. Abdomino-pelvic leiomyoma of the round ligament: contribution of computed tomography and magnetic resonance imaging. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2003;32:571-4.

M. Pilar Guillén Paredes*, Diego Martínez Gómez, Mónica Mengual Ballester, M. Jose Cases Baldó y Jose Luis Aguayo Albasini

Servicio de Cirugía, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mapimed@hotmail.com (M.P. Guillén Paredes).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.10.015

Apendicitis epiploica

Epiploic appendagitis

La apendicitis epiploica representa una entidad clínica relativamente infrecuente dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo. El cirujano general con actividad en el

servicio de urgencias debe conocer esta enfermedad, probablemente infradiagnosticada, a fin de evitar errores diagnósticos y terapéuticos que incrementarían de forma innecesaria