

# Leiomioma gigante del espacio de Retzius

## Giant leiomyoma in the Retzius space

Presentamos el caso de una mujer de 34 años que consultó por una tumoración palpable, centroabdominal e infraumbilical, que se había descubierto de manera casual hacía aproximadamente un año. La masa había crecido lenta y discretamente durante este tiempo. La paciente tenía antecedente en su adolescencia de hernia inguinal izquierda intervenida con malla quirúrgica. En el hemograma y la bioquímica que se realizaron no se observaron alteraciones significativas.

Se estudió en primer lugar con TC con contraste intravenoso (fig. 1), en la que se observó una masa de densidad homogénea situada en la pared abdominal anterior infraumbilical, por detrás de los músculos rectos del abdomen, que rechazaba hacia atrás a las asas intestinales y se extendía hacia la pelvis por delante del útero y la vejiga. No había signos de infiltración de estructuras adyacentes. Para delimitar mejor la extensión y las características de la lesión se realizó una RM. En los cortes sagitales (fig. 2) se observaba cómo la masa estaba situada en el espacio de Retzius y producía compresión extrínseca sobre la pared anterior de la vejiga. La masa tenía intensidad de señal heterogénea, era predominantemente sólida y con pequeñas zonas quísticas en su interior. Medía 17 × 13 × 7 cm.

En la intervención quirúrgica se confirmó que la masa ocupaba el espacio de Retzius y que tenía una cápsula delgada y blanquecina, de consistencia elástica y aspecto mixoide. La anatomía patológica determinó que se trataba de un tumor formado por células de músculo liso que se confirmó en la inmunohistoquímica, con el diagnóstico definitivo de leiomioma.



**Figura 1 – Imagen axial de TC con contraste intravenoso en el que se observa una masa preperitoneal (flecha) que rechaza las asas intestinales adyacentes, se extiende posteriormente y llega prácticamente a contactar con los vasos aortoiliacos. La lesión presenta una tenue captación del contraste.**



**Figura 2 – Imagen sagital de RM en secuencia potenciada en T2. La lesión ocupa el espacio preperitoneal, se extiende inferiormente al espacio prevesical, o de Retzius, y comprime la pared anterior de la vejiga (flechas). L: lesión correspondiente a leiomioma; U: útero; V: vejiga.**

Tras 4 años de la escisión de la lesión, no se ha observado recidiva tumoral ni metástasis a distancia con las técnicas de imagen realizadas.

El espacio de Retzius, también denominado retropúbico o prevesical, es una localización infrecuente de neoplasias, tanto benignas como malignas. Las causas más frecuentes son la infiltración de lesiones agresivas adyacentes, como las metástasis y el linfoma; los tumores primarios son muy raros. Una de las consideraciones importantes para tener en cuenta en esta localización son las lesiones derivadas del uraco —un vestigio embrionario cuyo recorrido va desde la región umbilical hasta la pared anterosuperior de la vejiga—, que incluyen persistencia completa de éste, quiste uracal, seno uracumbilical y divertículo vesical así como los adenocarcinomas derivados de esta estirpe celular. Otras lesiones que se han descrito son el linfangioma quístico<sup>1</sup> y el angiomyxoma<sup>2</sup>.

El leiomioma es el tumor mesenquimal benigno más frecuente del útero, cuya aparición es excepcional en los tejidos blandos profundos de la pelvis y la pared abdominal. De hecho, tan sólo se han descrito 3 casos de leiomioma del espacio de Retzius<sup>3,4</sup>, todos de pequeño tamaño, menores de 5 cm. En 2 de los casos, la manifestación clínica más importante fue disfunción miccional y otro fue asintomático. En nuestro caso no había clínica miccional a pesar del gran tamaño de la tumoración.

### B I B L I O G R A F Í A

- Kosumi T, Kubota A, Yonekura T, Yamauchi K. Cystic lymphangioma of Retzius space manifested as acute abdomen. Eur J Pediatr Surg. 2006;16:120-2.

2. Payne S, Adair R, Alvarez J, Heller D, Caggiano A. Aggressive angiomyxoma of the space of Retzius: A case report. *J Low Genit Tract Dis.* 2003;7:304–6.
3. Stutterecker D, Umek W, Tunn R, Sulzbacher I, Kainz C. Leiomyoma in the space of Retzius: A report of 2 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:248–9.
4. Reisenauer C, Walz-Mattmueller R, Solomayer EF, Siegmann K, Wallwiener D, Wehrmann M. Leiomyoma in the Retzius space: A rare cause for voiding difficulties. *Int Urogynecol J.* 2007;18:1229–31.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.012

Juan Félix Molina Granados\*, José Escribano Fernández y Álvaro Alegre Castellanos

Servicio de Radiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: femogramanti@hotmail.com  
(J.F. Molina Granados).

## Hemotórax masivo asociado a trombocitemia esencial después de traumatismo torácico menor

### Massive haemothorax associated with essential thrombocytopenia after a minor thoracic trauma

Los hemotórax masivos postraumáticos son típicamente frecuentes después de traumatismos de gran energía, asociándose a lesiones abdominales o cerebrales. El traumatismo torácico más frecuente es la fractura costal, que puede asociarse a hemotórax, neumotórax o a ambos, según el número de fracturas o su intensidad<sup>1</sup>. Presentamos el caso de un hemotórax masivo que requirió tratamiento quirúrgico asociado a 2 fracturas costales simples en paciente con trombocitemia esencial (TE).

Paciente de 43 años, fumador habitual y diagnosticado de TE a los 30 años, sin tratamiento dada la ausencia de sintomatología y de factores de riesgo cardiovascular, con controles cada 6 meses, acude a urgencias por dolor costal, después de una caída sobre el hemitórax derecho durante un partido de fútbol. A su llegada al hospital el paciente presenta PA de 130/70 mmHg, FC de 65 lpm y saturación de oxígeno del 98% basal. En la exploración física destaca la presencia de crepitación ósea a la altura de la parrilla costal derecha baja, la radiografía de tórax es normal. A las 48 h el paciente consulta nuevamente a urgencias por aumento del dolor torácico asociado a dificultad respiratoria y empeoramiento del estado general. La PA fue de 90/60 mmHg, la FC de 105 lpm y la saturación basal del 89%. La radiografía de tórax demuestra derrame pleural importante (fig. 1) y el estudio analítico muestra los siguientes valores: Hto del 26% Hb de 7 g/l, plaquetas de 657.000/mm<sup>3</sup>. Estudio de coagulación: normal.

Inmediatamente se coloca drenaje torácico, se obtienen 1.500 cm<sup>3</sup> de sangre que presenta anemización progresiva a pesar de la transfusión de 4 concentrados de hematíes. La TC de tórax (fig. 2A) evidencia abundantes coágulos y sangre fresca sin hemorragia activa asociada a fracturas costales del 10.<sup>º</sup> y 11.<sup>º</sup> arco costal.

Después de varias toracocentesis sin obtener sangre y progresiva anemización (Hto 26%, Hb: 8 g/l, plaquetas 643.000/mm<sup>3</sup>), se realiza toracotomía posterior amiotómica y se evacuan abundantes coágulos observándose las fracturas

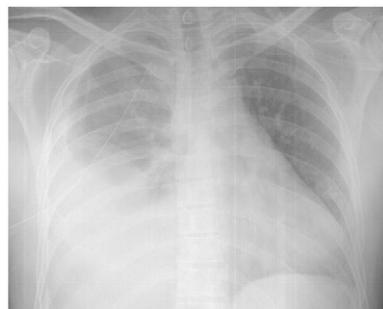


Figura 1 – Radiografía del tórax a las 48 h del traumatismo.

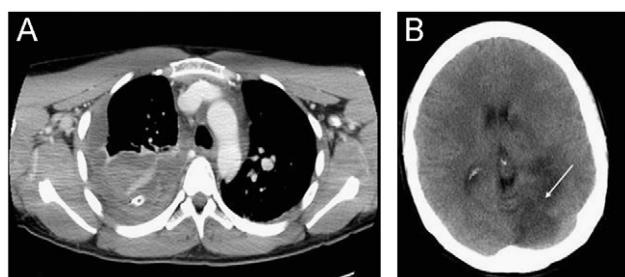


Figura 2 – Tomografía axial computarizada (TAC) que evidencia abundante derrame pleural con coágulos a pesar de drenaje torácico. La TAC demuestra lesión isquémica en el área correspondiente de la arteria cerebral posterior.

costales desplazadas con hemorragia difusa a esa altura, sin lesiones pulmonares, diafragmáticas ni mediastínicas asociadas. Se procede a la evacuación de coágulos, costotomía de los extremos costales fracturados y hemostasia, se consigue la reexpansión pulmonar tras la colocación de 2 drenajes torácicos. A los 2 días presenta hemianopsia derecha con