

## Tumores de pared abdominal como diagnóstico diferencial con masas anexiales. A propósito de dos casos

R. Omar Hanoun, J.M. Marqueta, F. Pérez<sup>a</sup> y M. Llobet<sup>a</sup>

Servicios de Obstetricia y Ginecología y <sup>a</sup>Anatomía Patológica. Hospital de Palamós. Girona. España.

### SUMMARY

We report two cases which, under suspicion of pelvic masses of gynaecological origin, were found to be tumours of the abdominal wall. We underline the difficulty which exists in looking at these other possible diagnosis, because of their infrequency.

### INTRODUCCIÓN

Ante la sospecha de una masa pélvica de origen ginecológico, aunque su frecuencia sea poco representativa, se debe pensar en la posibilidad de un tumor cuyo origen se sitúe en la pared del hemiabdomen inferior. Presentamos dos casos al respecto.

### CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1

Paciente de 59 años de edad, P: 0.0.0.0, sin relaciones sexuales previas. Acude a nuestro servicio para revisión ginecológica. No se le habían realizado revisiones previas. No presenta sintomatología clínica alguna.

*Examen físico.* Tumoración abdominal quística que ocupa todo el hemiabdomen inferior.

*Tacto vaginal (TV).* No se realiza por ausencia de relaciones sexuales.

*Tacto rectal (TR).* Útero al parecer de tamaño normal, áreas anexiales no valorables.

*Ecografía ginecológica.* Útero de morfología y tamaño normal. Ovario izquierdo de aspecto y tamaño normal. Formación unilobulada sin ecos en su interior

de contenido homogéneo, líquido, de tamaño aproximado de 20 × 20 cm que se deforma al presionar con el transductor y que parece depender del anejo derecho.

*Ecografía abdominal.* Gran tumoración quística en abdomen compatible con patología ginecológica.

*TC.* Gran tumoración de aspecto quístico que parece corresponder a un cistoadenoma de ovario (posiblemente el derecho). No se puede descartar la presencia de un cistoadenocarcinoma.

*Marcadores tumorales.* Ca 12.5 < 15,00 U/ml; Ca 19.9 < 15,00 U/ml.

Con el diagnóstico preoperatorio de cistoadenoma de ovario se programa para intervención con los siguientes hallazgos: quiste de contenido marrón que parece depender del peritoneo parietal; biopsia peroperatoria, informada como quiste simple de uraco.

*Anatomía patológica.* Estructura quística tapizada por un epitelio transicional, propio de la vejiga urinaria, rodeado por una pared fibrosa con abundante tejido adiposo: quiste del uraco.

#### Caso 2

Paciente de 39 años de edad, remitida por el servicio de cirugía para estudio de masa pélvica.

*TV.* Masa paravesical y lateral izquierda que parece depender de la pared, pero no se puede descartar su origen anexial. Se palpa un útero y, sorprendentemente, ambos ovarios, de características normales.

*Ecografía transvaginal.* Útero en RVF, regular con endometrio secretor de 12 mm. Ovario derecho de 31 × 14 mm e izquierdo de 28 × 15 mm. Por vía abdominal se observa una masa prevesical y lateral izquierda de 93 × 57 mm de densidad media homogénea y encapsulada. Por vía vaginal, tras vaciar la vejiga, persiste la imagen. Orientación diagnóstica (OD): lipoma de pared.

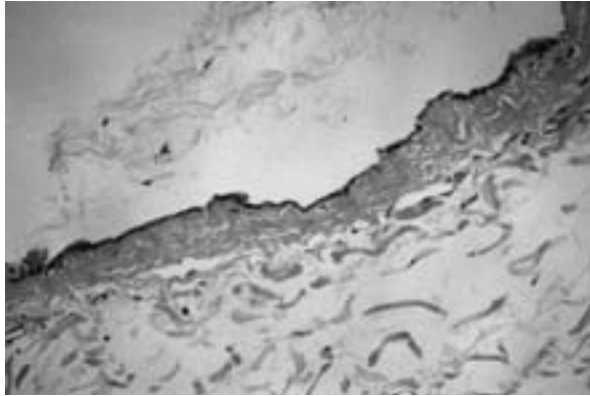


Fig. 1.

TC. Masa pélvica de unos 11 cm bien delimitada, heterogénea, con imágenes hipodensas en su interior que desplaza la vejiga urinaria y que parece corresponder a un origen ovárico (cistoadenoma, quiste dermoide).

Marcadores tumorales. Ca 12.5: 24,2 U/ml; Ca 15.3: 7,5 U/ml.

PAAF. Celularidad benigna fusocelular compatible con tumor mesenquimatoso benigno (fibroma hialinizado, tumor benigno de la estroma gastrointestinal, neurofibroma).

Se realiza una laparotomía, objetivándose una masa extraperitoneal, sólida, de pared anterior, entre el peritoneo y los músculos rectos, de 12 cm que se disea con facilidad. Útero y anejos normales.

Anatomía patológica. Leiomioma celular.

## DISCUSIÓN

Ante la presencia de una masa pélvica, es difícil convencer a los facultativos de otras especialidades de su posible origen no ginecológico.

En el primero de los casos presentados se sospechaba su origen anexial, pero en el segundo, tras una ecografía y una exploración ginecológica, se intentó orientar hacia una patología de pared abdominal. Dadas las reticencias de los cirujanos se decidió una intervención conjunta.

Después de la patología anexial, otra posible causa son los tumores de pared abdominal y los de tubo digestivo o retroperitoneo. Entre la patología tumoral que afecta a la pared, podemos encontrar tanto tumores benignos como malignos, sólidos y quísticos.

Dentro de la patología benigna, encontramos masas sólidas, como lipomas, fibromas, tumores epiteliales,

neuromas, etc. Entre las quísticas, la más frecuente es el quiste del uraco. En relación a los tumores malignos, los de mayor frecuencia son el tumor desmoide, los sarcomas de partes blandas y los dermatofibrosarcomas.

Para que estos tumores puedan llevar a un diagnóstico diferencial en patología ginecológica, deberán protruir dentro de la cavidad pélvica.

El uraco es una estructura embrionaria que une la vejiga urinaria y la vesícula alantoidea, y que después del nacimiento es atresia y fibrosa, quedando como un cordón fibroso, desde la vejiga al ombligo, denominado «ligamento umbilical medio». El alantoides es una estructura embrionaria sacular que se sitúa en la zona caudal de la pared ventral de los embriones vertebrados, con una rica red capilar en comunicación con el sistema circulatorio embrionario, dando lugar a las arterias y venas umbilicales. Su función es nutricional –forma sangre entre las 3 y 5 semanas de gestación– y excretora de líquido amniótico a la circulación materna al pasar la barrera fetoplacentaria después de ser drenado a los vasos umbilicales. Su porción extraembrionaria se incorpora al cordón umbilical.

Las anomalías del uraco, ya sea en forma de quistes o fistulas umbilicales, son más frecuentes en la infancia. La forma más común de presentación es como una secreción umbilical (42%), quiste o masa en el hemiabdomen inferior (15%) o dolor periumbilical (10%).

Los leiomiomas de pared son una rara forma de presentación de estos tumores. Su evolución y pronóstico vendrán marcados por el tamaño tumoral, el grado de atipia celular y el número de mitosis que definirán su grado de malignidad. Es conocida su tendencia a la recidiva, por lo que se deben hacer seguimientos minuciosos y durante un amplio periodo de tiempo, incluso aquellos con un muy bajo índice de mitosis, sobre todo los de gran tamaño y que presenten áreas de necrosis.

Para su diagnóstico es necesaria una correcta exploración de la pared abdominal, una exploración ginecológica minuciosa en caso de presentarse como masa en el hemiabdomen inferior, así como una ecografía abdominal y, si se considerara necesario, una TC o una RM.

## RESUMEN

Relatamos dos casos en que, bajo la sospecha de masa pélvica de origen ginecológico, se identifican dos tumoraciones de pared abdominal. Resaltamos la dificultad que existe para orientar estas otras posibilidades diagnósticas, a causa de su baja frecuencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Buisson P, Verly R, Bon Marty M, Tomikowaski J, Santarelli J. Persistencia de la permeabilidad del conducto del uraco diagnóstico ecográfico. *Rev Fr Ginecol Obstet* 1995; 90: 40-43.
2. Cilento BGJ, Bauer SB, Retik AB, Peter CA, Atala A. Anomalías del uraco mejor diagnóstico. *Urology* 1998; 52: 120-122.
3. Tolaymat LL, Maher JE, Kleiman GE, Stalnaker R, Kea K, Walker A. Persistencia del uraco con quiste del alantoide. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 10: 366-368.
4. Blanchi A, Toia G, Rovelini P, Bottanelli A, Baroni G, Sciaraffia G et al. *Arch Ital Urol Androl* 1997; 69: 127-131.
5. Scheye T, Vanneville G, Amara B, Francannet P, Dechelette P, Campagne D. Bases anatomopatológicas del uraco. *Surg Radiol Anat* 1994; 16: 135-166.
6. Moore K, Persaud TVU. *Embriología clínica* (6.<sup>a</sup> ed.). McGraw Hill Interamericana, Toronto, 1999; 335-339.
7. Stojadinovic A, Hoos A, Karpaff H, Leung D, Antonescu C, Brennan H et al. Soft tissue tumors of the abdominal wall. *Arch Surg* 2001; 136: