

96 **O. Rodríguez-Gómez^a**
M.D. Maldonado^a
J.C. Moreno^a
E. Carabias^b
A. Sánchez-Dehesa^a

^aServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Correspondencia:

Dra. O. Rodríguez-Gómez.
C/ Guadalupe, 4, 4.º D.
45007 Toledo. España.
Correo electrónico: bremda@wanadoo.es

Fecha de recepción: 6/6/03

Aceptado para su publicación: 6/1/04

Masa pélvica en posmenopáusica. Linfocele

Pelvic mass in a postmenopausal woman. Lymphocele

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 60 años, con trasplante renal, con una masa pélvica de aspecto quístico situada entre el canto uterino y el riñón trasplantado. Se describe cómo se llegó al diagnóstico, el tratamiento que se siguió y su evolución.

PALABRAS CLAVE

Linfocele. Masa pélvica. Posmenopáusica.

ABSTRACT

We present the case of a 60-year-old renal transplant recipient with a cystic pelvic mass between the uterine corpus and the transplanted kidney. We describe how the diagnosis was reached, as well as the patient's treatment and outcome.

KEY WORDS

Lymphocele. Pelvic mass. Postmenopausal.

INTRODUCCIÓN

El linfocele es una masa quística que contiene linfa. Puede proceder de una enfermedad de los vasos linfáticos o aparecer como consecuencia de un traumatismo quirúrgico.

Se trata de la colección líquida más frecuente entre las complicaciones del trasplante renal y resulta de un inadecuado control del lecho linfático que rodea los vasos ilíacos durante la intervención¹.

Dependiendo de su localización, pueden comprimir la vía urinaria o el pedículo renal, sin embargo, la mayoría son asintomáticos².

En este artículo presentamos un caso de diagnóstico diferencial de masa pélvica en mujer con trasplante renal, que originalmente se diagnosticó de quiste ovárico. Se describen las pruebas realizadas y la actitud para llegar al diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO

Paciente posmenopáusica de 60 años de edad, con antecedentes familiares de numerosos casos de poliquistosis renal. Como antecedentes personales cabe destacar laparoscopia diagnóstica por quiste de ovario izquierdo persistente en controles ecográficos seriados, se realizó citología del quiste (negativa pa-

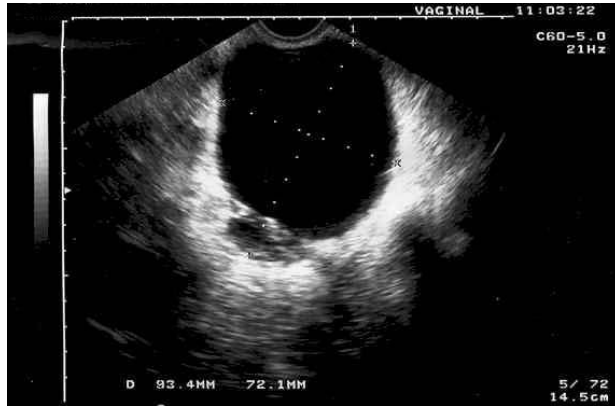


Figura 1. Imagen en fosa ilíaca derecha.

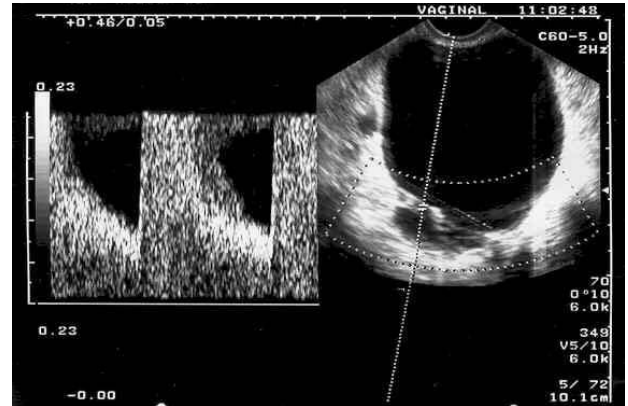


Figura 2. Estudio Doppler del tabique.

ra células malignas) y biopsia (quiste folicular luteinizado).

La paciente fue diagnosticada de poliquistosis renal autosómica dominante a los 35 años, y aproximadamente 20 años después (55 años) precisó trasplante renal. Se implantó el riñón izquierdo del donante en fosa ilíaca derecha del receptor, con anastomosis de una arteria y una vena terminolateral a ilíaca externa.

La paciente acudió a la consulta de ginecología en 2002, y refería estar diagnosticada de quiste de ovario derecho en otro hospital. A la exploración se identificó un cistocoele severo con prolapso uterino grado I y se palpaba una masa pélvica adyacente al riñón trasplantado. Por ecografía se identificó una masa en fosa ilíaca derecha de 93 x 72 mm, situada entre el útero y el riñón trasplantado, anecoica, en cuyo interior se identificó una imagen de ecogenidad mixta alargada, que daba la impresión de tabique, pero que por estudio Doppler se definió como vaso arterial con un índice de resistencia de 0,79, y que nutría el riñón trasplantado; no se apreciaban imágenes compatibles con papilas (fig. 1). No se llegó a visualizar tejido ovárico sano ni por vía transabdominal ni transvaginal. La determinación de los valores de marcadores tumorales resultó normal.

Entonces, se planteó el diagnóstico diferencial entre varias entidades, ginecológicas y no ginecológicas.

Se realizó punción ecoguiada (previa obtención del consentimiento informado de la paciente) del quiste por vía transvaginal con aguja tipo Chiba de 19,5 G, de 220 mm de longitud, y se extrajeron 250 cm³ de líquido amarillento, cuyo análisis anatomo-

patológico resultó como “lesión quística compatible con linfocele/linfangioma” (fig. 2). La muestra se remitió al laboratorio de genética para descartar la posibilidad de linfoma tipo B, y el resultado del estudio molecular realizado en el gen *IgH* mediante la técnica de PCR para la detección de una población linfoide clonal, fue negativo para el *IgH*.

DISCUSIÓN

Ante una formación quística pélvica en una mujer posmenopáusica con trasplante renal, se plantea el diagnóstico diferencial entre origen ovárico o complicación (colección líquida) del trasplante renal. Entre las entidades planteadas se incluyeron:

1. Complicaciones del trasplante renal:

– Linfocele: es la colección líquida más frecuente. Su incidencia varía entre el 1,3 y el 14%, probablemente, según criterios de inclusión³. Por ecografía se visualiza imagen sonoluscente con refuerzo posterior y puede tener septos en su interior¹.

Normalmente, aparecen dentro de los 2 primeros meses del trasplante, y si es pequeño, se reabsorbe en el transcurso de una semana. De no ser así, o en caso de compresión, se intenta en primer lugar drenaje percutáneo bajo control ecográfico, y se puede dejar el catéter de drenaje abocado a un sistema cerrado durante algunos días¹. Normalmente, recidiva. Está descrita la alcoholización con inyección de povidona yodada en la cavidad bajo control ecográfico.

– Urinoma: colección de orina que se da en un 5% de los casos, que aparece en el período posqui-

98 rúrgico inmediato de forma indistinguible de un linfocele o hematoma¹.

Desde el punto de vista ecográfico, la única diferencia es que es muy rara la formación de septos.

El diagnóstico diferencial de dichas entidades es eminentemente clínico.

– Hematoma: colección de sangre que aparece en el postoperatorio inmediato en forma de masa sonoluscente bien definida y asintomática, al igual que los linfocelos, pero en el transcurso de los días pueden aparecer ecogenicidades internas que representan coágulos. Habitualmente se reabsorbe en 2-3 semanas, y si se hace crónico adopta un patrón sonoluscente o quístico, pueden aparecer septos en su interior.

– Abscesos: la ecografía es muy sensible para detectar la presencia de colecciones, pero es poco capaz de establecer la naturaleza de dicho líquido. Se puede intentar establecer una disquisición basada en el tiempo transcurrido entre la fecha del trasplante y el momento de aparición de una colección. Sin embargo, las características sonográficas son inespecíficas y, en ciertas circunstancias, el diagnóstico definitivo se establece a través de una punción-aspiración percutánea bajo control ecográfico. Estas colecciones pueden ser linfáticas, hemáticas, urinarias o purulentas.

2. Quistes ováricos. Los quistes simples de ovario, menores de 6 cm permiten una actitud intervencionista para la toma de citología y cirugía si ésta no es

la esperada en una lesión funcional o si el quiste recidiva. El inconveniente es el riesgo de diseminación peritoneal en el caso raro de tumor maligno⁴.

3. Otros:

– Quistes de inclusión peritoneal: ocurren típicamente en mujeres en edad reproductiva. Pueden estar adheridos o libres en la cavidad peritoneal. Su origen es probablemente reactivo o inflamatorio. Se localizan preferentemente en mesocolon, mesenterio, intestino delgado y retroperitoneo⁵. Habitualmente aparecen ligados a órganos pélvicos y pueden simular un quiste de ovario. Una historia quirúrgica abdominal previa, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, o varias de éstas, están presentes en el 84% de las pacientes, lo que sugiere el papel de la inflamación en la patogénesis de estos quistes⁵.

A través de la clínica, la exploración y las pruebas complementarias (ecografía) no se pudo llegar a un diagnóstico definitivo, por lo que se explicó a la paciente la posibilidad de punción del quiste a pesar del riesgo de diseminación peritoneal en el caso improbable de tumor maligno (ya que en ningún momento se puede descartar el origen ovárico al no haberse visualizado el tejido ovárico sano) y la paciente aceptó.

Seis meses después, se volvió a hacer control ecográfico a la paciente, y de nuevo se vio la formación quística de iguales características que antes del diagnóstico definitivo. La paciente siguió asintomática, por lo que se decidió seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jecin FP, Rovegno AR, Marrugat REJ, Vinasoro R, Ariel G, Montenegro LC, et al. Valor de la ultrasonografía en escala de grises en el diagnóstico precoz de las complicaciones urológicas del trasplante renal. *Arch Esp Urol* 2002;55:395-404.
2. Walsh P, Retik A, Stamey T, Darracott E. *Cambell's urology*. 6th ed. Buenos Aires: Panamericana, 1994; p. 2467-85 y 2534-55.
3. Borrego J, Burgos FI, Galmes I, Orofino L, Rodríguez Luna JM, Marce R, et al. Surgical complications in 479 renal transplantations. *Actas Urol Esp* 1994;18:253-7.
4. Protocolo asistencial de Ginecología y Obstetricia de la SEGO. N.º 95. Tumores benignos de ovario. Madrid: SEGO, 1993.
5. Clement P, Young R, Scully R. *Diagnostic surgical pathology*. 2nd ed. New York: Raven press, Ltd, 1994; p. 2299-328.