

Alberto López García<sup>a</sup>  
Antonio López Portela<sup>b</sup>

## Hallazgos ecográficos extragenitales en la urgencia ginecológica

697

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. España.

<sup>b</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

### Correspondencia:

Dr. A. López García.  
Aquilino Iglesia, 8 6.º A. 27004 Lugo. España.  
Correo electrónico: alberto.lopez.garcia@sergas.es

Recibido el 25/8/2006.

Aceptado para su publicación: 24/7/2008.

### *Extragenital ultrasonographic findings in gynecological emergencies*

---

### RESUMEN

Presentamos varios resúmenes de casos clínicos, con la iconografía correspondiente, de pacientes vistas en la urgencia de ginecología del hospital. El nexo de unión de las pacientes es que, aunque su motivo de consulta o de interconsulta era ginecológico, los hallazgos de la ecografía de urgencia orientaron los casos a procesos extragenitales, más o menos graves, dentro del área abdominal. Se pretende remarcar la necesidad que tiene el ginecólogo de conocer los principales procesos abdominales con reflejo ecográfico para encauzar clínicamente de modo correcto a sus pacientes y realizar adecuadamente los diagnósticos diferenciales.

### PALABRAS CLAVE

Ecografía urgente ginecológica. Masa hepática. Carcinomatosis peritoneal. Hidronefrosis.

### ABSTRACT

We summarize several cases of patients attended by a hospital emergency gynecology service and present the corresponding images. Although the reason for consultation or interconsultation was gynecological, the common factor among these patients was that the results of emergency ultrasonography indicated extragenital processes, of greater or lesser severity, within the abdomen. We highlight the need for gynecologists to be familiar with the main abdominal processes captured by ultrasonography to allow correct patient management and differential diagnoses.

### KEY WORDS

Emergency gynecological ultrasonography. Liver mass. Peritoneal carcinomatosis. Hydronephrosis.



Figura 1. Caso 1. Masa hepática.



Figura 2. Caso 1. Masa hepática.

## INTRODUCCIÓN

La ecografía se ha convertido en uno de los procedimientos diagnósticos más utilizado por el obstetra-ginecólogo para estudiar los genitales internos de manera directa. Dado el volumen de pacientes que son evaluadas mediante ultrasonografía todos los días en los dispensarios y urgencias ginecológicas, no resulta infrecuente que podamos hallar patologías abdominales, fundamentalmente masas, próximas o alejadas de los genitales internos que debemos saber orientar. Así podremos encontrar procesos patológicos del área digestiva o urológica relacionados íntimamente con enfermedades ginecológicas (p. ej., la hidronefrosis debida a compresión de un uréter por proceso ginecológico tumoral, por endometriosis o por prolapso uterino); otros simplemente constituirán el diagnóstico diferencial (p. ej., apendicitis frente a anexitis; carcinomatosis peritoneal de origen digestivo frente a origen ginecológico...) y finalmente algunos procesos serán diagnósticos fortuitos (p. ej., un gran hemangioma hepático o un aneurisma vascular).

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Mujer de 38 años, que acude a urgencias por prurito vaginal y molestias inespecíficas en el abdo-

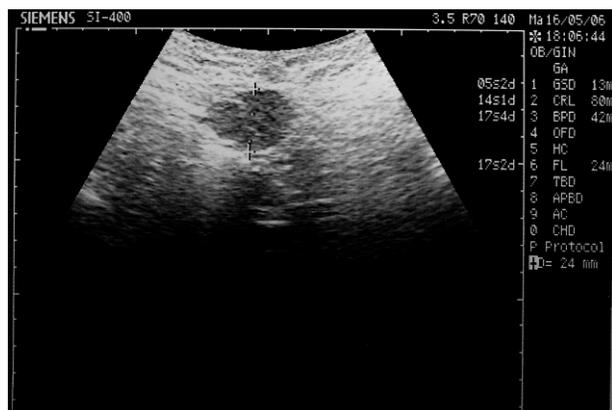
men, de pocas horas de evolución. Presentaba como antecedentes obstétricos un aborto de primer trimestre, un parto normal y una cesárea (por placenta previa) en el año anterior, acompañada de ligadura tubárica. La fecha de la última regla era 15 días antes de la consulta. Otros antecedentes eran un quiste renal izquierdo diagnosticado durante su última gestación y una cirugía por fístula sacra.

La exploración ginecológica revelaba un ligero eritema vulvar. El abdomen estaba blando, sin defensa. En la ecografía con sonda vaginal se apreciaban unos genitales internos compatibles con la normalidad. Tras un rápido barrido con la sonda abdominal, enseguida llama la atención una gran masa en el hígado. Se trataba de una masa de unos 9 cm de diámetro mayor, de predominio sólido, bien delimitada, con una ecogenicidad ligeramente más alta que la del parénquima hepático vecino (figs. 1 y 2).

Solicitada una consulta a radiología, nos confirman la existencia de la masa con sospecha de hemangioma hepático, quiste complicado o tumor primario, indicando el estudio con tomografía computarizada (TC) helicoidal. El caso se traspasó al servicio de digestivo.

### Caso 2

Mujer de 70 años, vista como interconsulta en urgencias de ginecología por síndrome constitucional,



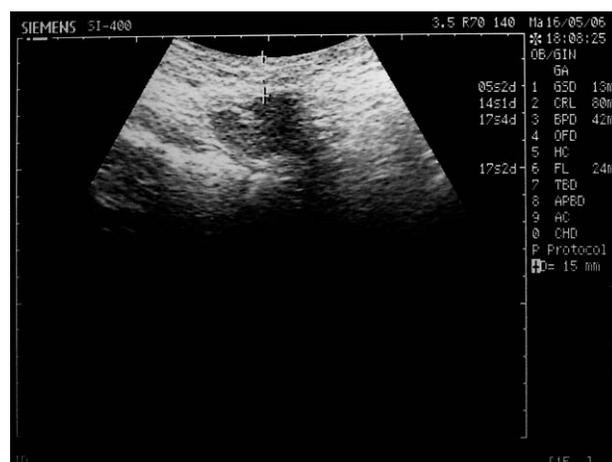
**Figura 3.** Caso 2. Carcinomatosis peritoneal. Nódulo subumbilical.



**Figura 4.** Caso 2. Carcinomatosis peritoneal. Nódulos subumbilicales.

para descartar una patología ginecológica. Paciente nulípara, sin antecedentes de interés. Clínicamente sólo reseñaba pérdida de peso importante en el último mes. Como dato principal en la exploración ginecológica destacaba un introito vaginal que imposibilitaba la exploración con espéculo o el tacto vaginal. En el estudio ecográfico con sonda abdominal llamaba la atención la existencia de múltiples nódulos de entre 20 y 30 mm subumbilicales y en todo el hemiabdomen inferior. Estos nódulos estaban bien delimitados, eran redondeados, fundamentalmente hipoecogénicos y estaban localizados a unos 2 cm de la piel, en profundidad, dentro del abdomen (figs. 3, 4 y 5). Había una ligera cantidad de líquido libre anecogénico en la cavidad peritoneal. A nivel anexial no se evidenciaba patología y tampoco se observaron los ovarios. El útero se visualizaba con dificultad a pesar de la ventana acústica vesical. La paciente fue explorada por radiología; los hallazgos se interpretaron como carcinomatosis peritoneal. El diagnóstico patológico se realizó mediante colonoscopia; se halló una masa estenosante a 65 cm del margen anal, que resultaría ser un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon (fig. 6).

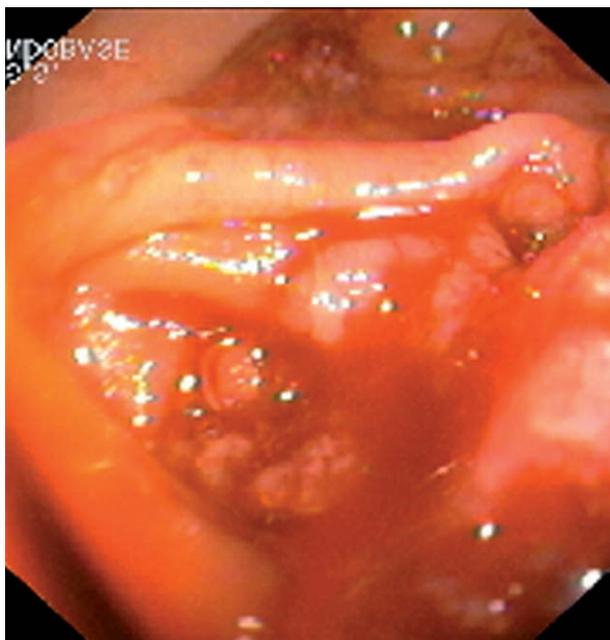
Durante la cirugía y en la anatomía patológica se confirmó la existencia de un tumor de hemicolon derecho, con implantes neoplásicos en 18 ganglios, asas de delgado, mesenterio e hígado. El omento era tumoral, con múltiples nódulos cancerosos de 2,5 a 3,5 cm que corresponderían a las estructuras redondeadas e hipoecogénicas identificadas por la ecografía.



**Figura 5.** Caso 2. Carcinomatosis peritoneal. Nódulo, distancia a la piel del abdomen.

### Caso 3

Paciente de 83 años, que ingresó en el servicio de medicina interna por una celulitis en el miembro inferior izquierdo. Se solicitó interconsulta por gran prolapso genital y fue vista en urgencias de ginecología. Como antecedentes generales destacaban: antecedente de cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio) y alergia a la penicilina; seguía tratamiento con anticoagulantes orales y digital. Tenía 3 hijos, con partos en domicilio.



**Figura 6.** Caso 2. Carcinomatosis peritoneal. Imagen colonoscópica.



**Figura 7.** Caso 3. Ectasia urinaria. Riñón y pelvis renal derechos.

Ingresada en medicina por una celulitis, siguió tratamiento antibiótico por vía intravenosa. También se le pautaron diuréticos por una diuresis disminu-



**Figura 8.** Caso 3. Ectasia urinaria. Pelvis renal izquierda, extrarenal.

da y una insuficiencia renal leve (creatinina 1,57 mg/dl; urea 64 mg/dl con hematocrito de 32% y hemoglobina de 10,4 g/dl).

En la exploración ginecológica destacaba la presencia de un prolapso uterino total. La ecografía vaginal, tras reducir el prolapso, reveló un útero atrófico con línea endometrial fina. No demostraba patología a nivel anexial. Con sonda de abdomen se identificó una gran vejiga urinaria, ambos uréteres muy dilatados, así como una hidronefrosis severa bilateral (figs. 7, 8, 9 y 10), hallazgos posiblemente relacionados con el prolapso uterino y con la modificación de la estática del suelo pélvico que comprime y desplaza las vías urinarias.

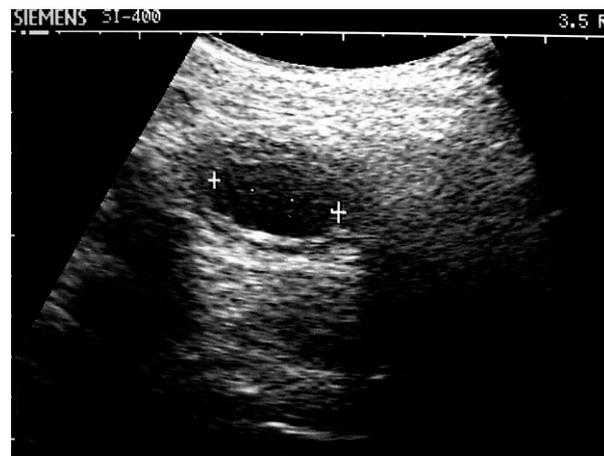
A la paciente se le colocó una sonda vesical durante 24 h y un pesario vaginal. La mejoría de la hidronefrosis por ecografía, tras implantar el pesario, fue sólo ligera. En la actualidad la paciente espera cirugía vaginal correctora.

## DISCUSIÓN

Se pretende demostrar que el ginecólogo que realice ecografías ha de estar preparado para poder enfocar clínicamente una gran variedad de patolo-



**Figura 9.** Caso 3. Ectasia urinaria. Útero, endometrio y parte de la vejiga.



**Figura 10.** Caso 3. Ectasia urinaria. Sección transversa del uréter dilatado.

gías con traducción ecográfica, a veces, pertenecientes a campos alejados de la tocoginecología. En otras ocasiones, estas patologías se relacionarán con procesos de nuestra especialidad, bien sea por compresión, efecto masa, invasión... Así, en el caso 3, un prolapso uterino causó una patología obstructiva de la vía urinaria, con repercusión renal, que debiéramos ser capaces de diagnosticar. En el caso 2 se identificó una carcinomatosis peritoneal de origen colónico, pero con hallazgos ecográficos indistinguibles en muchas ocasiones de una carcinomatosis por neoplasia de ovario. El caso 1 correspondió con una masa hepática gigante, cuyo diagnóstico es fruto de la casualidad, pero debemos estar preparados para identificar esta patología, al menos de modo grosero.

La urgencia de ginecología del hospital recibe a un gran número de mujeres diariamente que consultan por motivos muy variados, con frecuencia incluso acuden al ginecólogo directamente, sin pasar por otros escalones asistenciales del sistema sanitario. Esto se une a que, no en pocas ocasiones, pacientes de otros servicios tengan que ser exploradas como interconsulta en la urgencia ginecológica. Todo lo dicho hace comprender que el obstetra puede enfrentarse a gran cantidad y diversidad de patologías, muchas con traducción ecográfica.

También es cierto que la urgencia de ginecología suele contar con terminales ecográficos de tipo básico, como en nuestro caso (Siemens SI-400®), pero

con capacidad suficiente para orientar bien a las pacientes.

En el tema de las masas hepáticas por ecografía (caso 1), se señalan como causas frecuentes de tumoraciones hepáticas en nuestro medio las metástasis, el hepatoma y el hemangioma<sup>1</sup>. Se considera que la ecografía presenta una buena sensibilidad para diagnosticar enfermedad intrahepática, pero no tan buena para establecer el diagnóstico diferencial entre los diferentes tipos de masas. Se asume que los ultrasonidos presentan un 50% de falsos negativos en el diagnóstico de metástasis hepáticas<sup>1</sup>. La ecografía presenta como ventajas la seguridad como prueba diagnóstica, su bajo coste económico, la posibilidad de guiar una biopsia y la capacidad de diagnosticar certeramente lesiones benignas comunes, como quistes y hemangiomas. Como desventajas se le atribuyen la imposibilidad de obtener imágenes de todo el hígado en muchos pacientes, su inferioridad con respecto a la tomografía computarizada para detectar malignidad extrahepática y la menor sensibilidad que la resonancia magnética o la tomografía computarizada en la detección de lesiones focales<sup>2</sup>.

En el estudio ecográfico de la masa hepática habría que investigar sobre su naturaleza, número de lesiones, relaciones anatómicas, posibilidad de resección quirúrgica... Se considera que, hoy por hoy, la detección y correcta caracterización de las lesiones focales hepáticas por técnicas de imagen son

uno de los desafíos de la radiología actual. Así, las técnicas de imagen no invasivas tienen una sensibilidad diagnóstica inferior a lo que generalmente se cree y la caracterización de las masas suele ser imperfecta<sup>2</sup>. Para aumentar el rendimiento diagnóstico de la ecografía en tumores hepáticos se están estudiando técnicas basadas en el uso de contrastes ultrasonográficos<sup>3,4</sup>.

En cuanto a la ecografía de la carcinomatosis peritoneal (caso 2), Savelli et al<sup>5</sup> publicaron en *Ultrasound Obstet Gynecol* un artículo muy interesante sobre hallazgos con ecografía transvaginal en las carcinomatosis peritoneales. Citan como criterios sugerentes de carcinomatosis peritoneal, en las 60 pacientes de su estudio, los siguientes: nódulos metastásicos hipoecogénicos en las superficies peritoneales (88% de casos); bridas de tejido hipoecoico neoforativo rodeando asas intestinales (25% de casos); líquido libre peritoneal representando ascitis tumoral (83% de los casos); visualización de omentos engrosados y rígidos *omental cake* (43%). Usando la aproximación transvaginal, el lugar más frecuente donde se aprecian los nódulos metastásicos es en el fondo del saco de Douglas. Los autores refieren que el *power* Doppler mostraba la presencia de vascularización en el 91% de las metástasis. Otro hallazgo interesante fue que en únicamente el 68% de su casuística de

carcinomatosis se halló una masa anexial sugestiva de tumor primario ovárico. Los autores coinciden en que el diagnóstico ecográfico de carcinomatosis peritoneal es difícil, sobre todo en ausencia de masa anexial, como lo demuestra el hecho de que en programas de cribado de cáncer de ovario basados en ecografía vaginal no se han diagnosticado algunos casos de carcinomatosis peritoneal.

Respecto al caso 3, en la literatura científica hay algunos casos publicados de uropatía obstructiva debido a prolapso uterino<sup>6-10</sup>. Así se refiere que la prevalencia de uropatía obstructiva debido al prolapso genital oscila en un amplio margen del 4 al 80%, dependiendo de lo que se considere como obstrucción urinaria y prolapso genital. Los mecanismos fisiopatológicos responsables de la obstrucción al flujo urinario podrían ser los siguientes: compresión ureteral por los vasos uterinos (arteria y vena uterina) al descender el útero, angulación severa de la uretra, la compresión ureteral por los músculos elevadores del ano y la elongación con estrechamiento del uréter distal. Se debe resolver la obstrucción urinaria, pues, como es sabido, la cronificación del proceso podría abocar a un menoscabo irrecuperable de la función renal. Las técnicas de tratamiento se basan en reducir el prolapso bien con pesarios o cirugía, y ésta es la opción preferida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ferrucci JT. Liver tumor imaging. *Cancer*. 1991;67:1189-95.
- Tchelepi H, Ralls PW. Ultrasound of focal liver masses. *Ultrasound Q*. 2004;20:155-69.
- Cosgrove D, Blomley M. Liver tumors: evaluation with contrast-enhanced ultrasound. *Abdom Imaging*. 2004;29:446-54.
- Wilson SR, Burns PN. An algorithm for the diagnosis of focal liver masses using microbubble contrast-enhanced pulse-inversion sonography. *AJR AM J Roentgenol*. 2006;186:1401-12.
- Savelli L, De Iaco P, Ceccaroni M, Ghi T, Ceccarini M, Seracchioli R, et al. Transvaginal sonographic features of peritoneal carcinomatosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;26:552-7.
- Rodríguez Alonso A, González Blanco A, Cachay Ayala ME, Bonelli Martin C, Porta Vila A, et al. Obstructive anuria secondary to uterine prolapse. *Actas Urol Esp*. 2002;26:703-7.
- Peces R, Canora J, Venegas JL. Chronic renal failure secondary to uterine prolapse. *Nefrología*. 2005;25:191-4.
- Sanai T, Yamashiro Y, Nakayama M, Uesugi N, Kubo N, Iguchi A. End-stage renal failure due to total uterine prolapse. *Urology*. 2006;67:622-e5-7.
- Chuang FR, Lee CH, Chen CS, Weng HH, Wang IK. Bilateral moderate hydronephrosis due to uterine prolapse: two case reports and review of the literature. *Ren Fail*. 2003;25:879-84.
- Begliomini H, Begliomini BD. Bilateral hydronephrosis caused by vaginal prolapse. *Int Braz J Urol*. 2003;29:243-4.