

Casos Clínicos

## Diagnóstico diferencial de la tumoración abdomino-pélvica

### *Differential diagnosis of abdomino-pelvic mass*

Mateos S, Valenzuela P, Tello E, Álvarez E, Solano J.A.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

#### **Resumen**

*Presentamos el caso clínico de una mujer con un leiomioma gigante, cuya valoración diagnóstica previa de imagen (ultrasonografía y TAC) fue de una neoplasia de ovario.*

*El diagnóstico diferencial de las tumoraciones abdomino-pélvicas supone un reto clínico. Los síntomas son inespecíficos, la exploración clínica es un paso clave y las pruebas de imagen nos orientan pero a veces no permiten un diagnóstico definitivo, que en algunas ocasiones sólo es posible mediante la laparotomía exploradora y el estudio anatomopatológico.*

**Palabras clave:** tumoración abdomino- pélvica. Diagnóstico diferencial. Eritrocitosis. Anexial. Mioma.

#### **Summary**

*We present a clinical case of a woman with a giant leiomyoma, that simulated an ovarian cancer in the imaging techniques (computerized tomography and ultrasonically).*

*The differential diagnosis of an abdomino-pelvic mass is a clinical challenge. Symptoms are inespecific, clinical examination is essential and imaging techniques can help but sometimes the definitive diagnosis is only possible with explorer laparotomy and anatomopatology study.*

**Key Words:** Abdomino-pelvic mass. Differential diagnosis. Erythrocytosis.

---

**Correspondencia:** Dra. Silvia Mateos:  
C/ Hermanos Falcó, 37  
Hospital General de Albacete.  
Secretaría Ginecológica.  
02003 Albacete

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y tratamiento de una masa abdomino-pélvica supone un reto para cualquier clínico y concretamente para el ginecólogo. La etiología, la sintomatología y el diagnóstico diferencial son de una gran diversidad. En algunas ocasiones, la exploración clínica discrepa del resultado de las pruebas complementarias de imagen y el diagnóstico definitivo sólo nos lo ofrece la cirugía y el estudio anatomopatológico.

La tumoración abdomino-pélvica puede ser de origen ginecológico, urinario, intestinal, retroperitoneal y otros. Cuando se sospecha una masa ginecológica el diagnóstico diferencial sigue siendo muy amplio y va a depender en gran medida de la edad de la paciente(1) y de la imagen ecográfica. La sospecha de malignidad se ve aumentada en la mujer premenárquica y en la postmenopáusica.

Presentamos el caso de una paciente con una tumoración gigante en la que las pruebas de imagen nos hacían pensar en una neoplasia ovárica como primera posibilidad con un resultado completamente diferente.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años, sin antecedentes personales de interés, madre con un linfoma Hodgkin, G3A1P2, reglas regulares, que acudió a urgencias por un cuadro de dolor y distensión abdominal progresiva de dos meses de evolución.

A la exploración presentó una masa que ocupaba todo el abdomen hasta un través de dedo por debajo de reborde hepático y tres del reborde esplénico, de consistencia elástica. La exploración ginecológica reveló un cervix retraído hacia arriba con un útero difícil de delimitar, que impresionaba estar fuera de la pelvis, inmóvil y unos anejos no valorables. Los parametrios estaban libres.

La imagen ecográfica fue de una tumoración de densidad mixta, predominantemente sólida, que ocupaba todo el abdomen hasta cúpulas diafragmáticas. No se evidenció ascitis. La sospecha ecográfica fue de una tumoración anexial bilateral.

En la analítica tenía una Hb 19,3 gr/dl, Hto 58,5, VCM 94,1. Marcadores tumorales: CA125 96U/ml, CEA 1 ng/ml. El estudio de extensión fue negativo. El informe del TAC toraco-abdominal fue de gran masa abdominal, de carácter heterogéneo, que parecía depender de anejo, a descartar neoplasia ovárica como primera posibilidad.

Se realizó una laparotomía exploradora encontrándose una gran tumoración dependiente de útero y

ambos anejos de características normales (foto 1). Resto de la cavidad abdominal libre. Se practicó una histerec-tomía simple. El informe anatomopatológico describió una tumoración de músculo liso de 30 cm con escasa atipia citológica, sin mitosis y estroma marcadamente mixoide y/o edematoso, con un margen tumoral focalmente infiltrativo. Con estos hallazgos no se pudo excluir un leiomioma mixoide. El Comité de Tumores decidió una vigilancia estrecha de la paciente sin tratamiento complementario. En la última revisión la paciente se encontraba asintomática y libre de enfermedad con una cifra de Hb dentro de los límites normales.



Foto 1

## DISCUSIÓN

El reto que nos plantea la masa abdomino-pélvica a los ginecólogos empieza por el diagnóstico clínico. Los síntomas son muy inespecíficos: desde ligeras molestias abdominales, sensación de peso o distensión abdominal hasta síntomas de origen gastrointestinal, urinarios o incluso endocrinos.

La exploración clínica supone un paso fundamental en el abordaje diagnóstico; en el estudio presentado por Schutter et al. obtienen una sensibilidad del 93% con una especificidad del 63% (2).

La ecografía vaginal presenta ventajas sobre la vía abdominal en la valoración de masa anexiales, aunque son complementarias, sobre todo en aquellas masas de gran tamaño. Existen criterios ecográficos de malignidad como un gran tamaño, la heterogeneidad, el componente sólido, la presencia de tabiques gruesos y papilas y la existencia de ascitis. La ecografía también nos permite valorar el flujo de los vasos implicados.

Según el artículo de Schutter, la combinación de la exploración clínica, la ecografía transvaginal y el CA 125, permite discriminar entre el origen benigno y maligno, pudiendo descartar malignidad cuando los tres parámetros son negativos (2). Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el CA125 a pesar de ser un marcador específico de las masas de origen epitelial también puede verse alterado en otras circunstancias como: durante el periodo menstrual, en el embarazo, endometriosis, en la cirrosis hepática y el fallo cardiaco. El valor del CA125 en mujeres postmenopáusicas es significativamente menor que en mujeres premenopáusicas.(2)

La RM es la prueba de imagen más específica en el estudio de los miomas (3, 4). En comparación con el TAC, permite una caracterización del tejido; los miomas presentan una señal isoíntensa o hipointensa en T1 y T2; a veces pueden dar una señal hiperintensa por una hiper celularidad, hialinización o componente hemorrágico, llevando a confusión(3, 5-7). Las tumoraciones anexiales tienen un amplio espectro dependiendo de la celularidad y no se han reportado casos de malignidad en masas anexiales sólidas con una imagen de baja intensidad en T1 y T2 (3). Scott et al. presenta un estudio de 120 tumores pélvicos donde la RM obtiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 99% para el diagnóstico de los dermoides, una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100% para los miomas subserosos y una sensibilidad del 92% y una especificidad del 91% para los endometriomas (4).

En el caso clínico que presentamos, las pruebas de imagen nos hicieron pensar en una neoplasia ovárica aunque la exploración clínica iba más a favor de un crecimiento uterino extrapélvico y el CA125 era normal. El diagnóstico definitivo llegó con la laparotomía exploradora. Más propio de la presencia de un gran mioma fue la eritrocitosis que apareció en la analítica previa a la cirugía, que desapareció 48 horas después de ésta y se mantiene en niveles normales en el seguimiento posterior. Se ha aislado RNAm de la eritropoyetina en células de miomas y se ha comprobado que el tratamiento con análogos de GnRH dis-

minuye el tamaño de los miomas y los niveles de estradiol pero no modifican la eritrocitosis ya que la producción es independiente (8, 9).

En conclusión, la valoración de las masas pélvicas y su diagnóstico correcto requiere aunar todos los datos previos a la cirugía dando especial importancia a una buena exploración clínica. A pesar de todo, en muchas ocasiones es preciso llegar a la laparotomía exploradora para dar con el diagnóstico definitivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Killackey MA, Neuwirth RS.:** Evaluation and management of the pelvic mass: A review of 540 cases. *Obstet Gynecol* 1988; 71(3 pt 1):319.
2. **Schutter EMJ, Kenemans P, Sohn C, Kristen P, Crombach G, Westermann R, Mobus V, Kaufmann M, Caffier H, Schmidt-Rhode P, Kreienberg R, Verstraeten RA, Cornillie F.:** Diagnostic value of pelvic examination, ultrasound, and serum CA125 in postmenopausal women with a pelvic mass. *Cancer* 1994; 74(4):1398.
3. **Weinreb JC, Barkoff ND, Megibow A, Demopolus R.:** The value of MR Imaging in distinguishing leiomyomas from other solid pelvic masses when sonography is indeterminate. *Am J Roentgenol* 1990; 154(2):295.
4. **Scoutt LM, McCarthy SM, Lange R, Bourque A, Schwartz PE. MR.:** Evaluation of clinically suspected adnexal masses. *J Comput Assist Tomogr*, 18 (4): 609; 1994. Kohn A, Yoshikawa W, Yunoki M, Yanagida T, Fukunaga S. MR findings in degenerated ovarian leiomyoma. *The British Journal of Radiology* 1999, 72:1213.
5. **Shapiro I, Lanir A, Sharf M, Clouse E, Lee RG.:** Magnetic resonance imaging of gynecologic masses. *Gynecol Oncol* 1987; 28:186.
6. **Kojima T, Ishiko O, Ichimura T, Nishimura S, Sumi T, Ueda J, Tsujimura T, Shimura K.:** The usefulness and limits of magnetic resonance imaging in the differential diagnosis of pelvic tumors. *Oncol Rep* 2001; 8(4):867.
7. **Murase E, Siegelman ES, Outwater EK, Perez-Jaffe LA, Tureck RW.:** Uterine leiomyomas: histopathologic features, MR imaging findings, differential diagnosis, and treatment. *Radiographics* 1999; 19(5):1179.
8. **LevGur M, Levie MD.:** The myomatous erythrocytosis syndrome: a review. *Obstet and Gynecol* 1995; 86:1026.
9. **Kohama T, Shinohara K, Takahara M, Inoue M.:** Large uterine myoma with erythropoietin messenger RNA and erythrocytosis. *Obstet and Gynecol* 2000; 96: 826.
10. **Maenpaa J, Nurmi M, Taina E, Aho A.:** A giant un-homogenous leiomyoma simulating ovarian cancer. *Ann Chir Gynaecol Suppl* 1987; 202:100.