

## Calcificaciones pélvicas en mujer joven

Vallejo Desviat P.<sup>1</sup>, Pérez Atienza ML.<sup>2</sup>, Cuevas Ibañez A.<sup>1</sup>; Molina López-Nava P.<sup>1</sup>

*Sanid. mil.* 2016; 72 (3): 233-234; ISSN: 1887-8571

### PRESENTACIÓN

Mujer de 34 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. No tiene antecedentes clínicos ni quirúrgicos de interés. La exploración física no muestra hallazgos de interés. Se le realiza un análisis de sangre que es normal

y una radiografía simple de abdomen AP, en bipedestación y decúbito supino (figs. 1 y 2 respectivamente), que se informan como “Imágenes redondeadas agrupadas de mayor atenuación en pelvis mayor, por su aspecto sugieren cuerpos extraños, por lo que se recomienda correlación clínica y exploración física.”

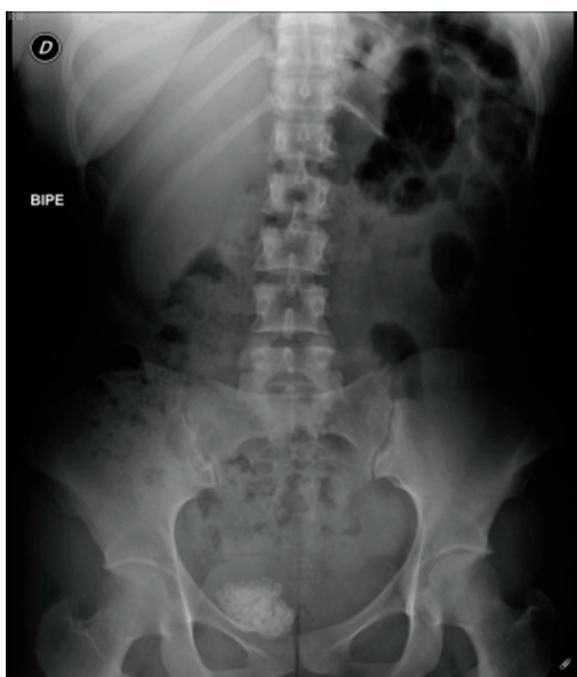


Figura 1. Rx de abdomen en bipedestación.

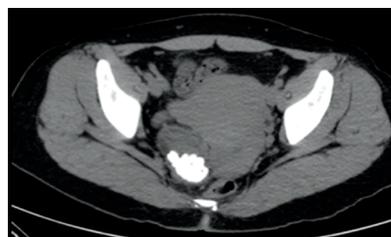
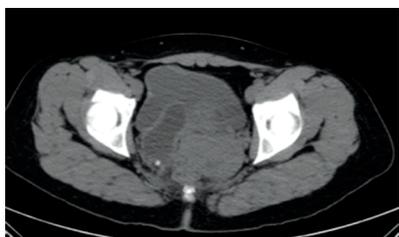


Figura 2. Rx abdomen en decúbito supino.

Es dada de alta, tras la realización de tacto rectal, exploración ginecológica y citología que fueron normales.

A los 10 días se repite la radiografía simple de abdomen en bipedestación sin observarse cambios en la morfología y

localización de las imágenes. Se decide realizar un TC pélvico sin contraste, que tras los hallazgos, se amplía al abdomen.



1. Tcol. Médico.  
2. Médico adjunto.

Hospital Central de la Defensa, Gómez-Ulla. Servicio de Radiodiagnóstico. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: pvaldes@oc.mde.es

Recibido: 17 de febrero de 2016  
Aceptado: 15 de marzo de 2016

## Diagnóstico: Ureterocele intravesical y megaureter derecho

Tras los hallazgos de la Rx de abdomen podemos hacer un diagnóstico diferencial de procesos que se presentan en la mujer con estas imágenes:

**Cuerpos extraños en ampolla rectal:** La presencia de cuerpos extraños en la ampolla rectal introducidos por vía rectal es poco frecuente, pudiéndose encontrar, entre otros, drogas dentro de preservativos<sup>1</sup>. El hecho de que a los 10 días no se hayan modificado hace este diagnóstico poco probable

**Mioma uterino calcificado:** La calcificación de los miomas uterinos se observa en un 4-10% de los casos, es más frecuente en la edad postmenopáusica y en miomas subserosos pediculados. Aunque en la Rx en bipedestación pueda parecer un mioma calcificado con la Rx en decúbito se puede descartar esta patológica por la morfología y la movilidad de las imágenes.

**Teratoma ovárico derecho:** En los teratomas en un alto porcentaje de casos (60-70 %) se encuentran calcificaciones o zonas de osificación por la presencia de dientes<sup>2</sup>.

**Tumor epitelial del ovario calcificado:** El 70% de los tumores del ovario son epiteliales y entre ellos el más frecuente es el seroso que presenta unas papilas proyectadas a la cavidad frecuentemente calcificadas. Afecta principalmente a mujeres mayores de 60 años, aunque puede surgir a cualquier edad<sup>3</sup>. En este caso también puede parecerlo en la Rx en bipedestación pero en la Rx en decúbito la morfología es distinta.

**Divertículo vesical con litiasis:** De acuerdo con su origen se clasifican en congénitos y adquiridos. Los divertículos adquiridos normalmente están relacionados con una obstrucción de la vejiga, como resultado de hiperplasia prostática benigna. Se han descrito complicaciones como reflujo, litiasis vesical, infecciones recurrentes, perforación y fístulas. La incidencia de divertículos de vejiga gigantes es muy baja<sup>4</sup>.

Cuando se realizó el TC se informó como "Dilatación quística del uréter distal derecho que penetra en la vejiga en relación con ureterocele intravesical. Se asocia a megaureter derecho observándose múltiples imágenes litiasicas en su porción más declive".

El ureterocele es una dilatación sacular de la porción distal del uréter con desembocadura intravesical o ectópica. La mayoría son congénitos pero algunos pueden ser adquiridos debido a un estrechamiento fibrótico del orificio ureteral, tras inflamación o traumatismo. La incidencia es muy baja, uno de cada 4000 niños presentan esta malformación. Es una patología exclusiva de la raza blanca con predominio femenino 4:1, son más frecuentes

los del lado izquierdo<sup>5</sup>. Los ureteroceles pueden clasificarse dependiendo si se asocian con un sistema sencillo o doble y por su inserción en la vejiga. El 80% de los ureteroceles proceden del uréter superior de un sistema duplicado, en el 10-15 % de los casos son bilaterales. El ureterocele ectópico tiene una inserción diferente en el cuello vesical o fuera de la vejiga. La gran mayoría, de los que tiene un sistema doble, son ectópicos y congénitos y asocian u mayor número de complicaciones<sup>5</sup>. Los ureteroceles de implantación trigonal normal son intravesicales, asocian a un sistema colector único, presentan menos complicaciones y son más frecuentes en adultos.

El diagnóstico se realiza por ecografía prenatal o tras el nacimiento en el niño que presenta infecciones urinarias recurrentes, nauseas, cefalea, cistitis, cólico renal, fiebre o sepsis renal.

El tratamiento del ureterocele dependerá de la magnitud de la obstrucción y de la clínica. Si el ureterocele es muy grande y condiciona reflujo urinario, el tratamiento es quirúrgico. Si el ureterocele es pequeño y no afecta a la función del riñón puede estar indicado hacer seguimiento médico sin intervención invasiva.

Consideramos el caso de interés por el hallazgo en la edad adulta de esta patología, infrecuente y habitualmente diagnosticada en el periodo prenatal o la infancia. Las imágenes de la radiografía simple nos hacen barajar varios diagnósticos diferenciales pero es muy complicado pensar en el diagnóstico correcto.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Algarra Navarro R., Barba Abad J., Tolosa Eizaguirre E. Duplicidad ureteral con ureterocele ectópico: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Rev Arg de Urol* 2012; 77(2):148-50.
2. Galant J. Lesiones malignas de la pelvis femenina. En: SERAM. Radiología esencial. Vol. II. Capítulo 77. 2010.
3. Rodríguez Hermosa JJ., Codina Cazador A., Alayrach Vilella J., García Oria MJ. Cuerpos extraños en el rectosigma. *Cir Esp* 2001; 69:404-407.
4. Siurana Rodríguez JM., Maestre Martínez L., Correas Sánchez A., Terrasa Nebot M. La radiografía simple de abdomen como método diagnóstico ante un dolor abdominal. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(6):615-6.
5. Iglesias Díaz, G. et al. Divertículo de vejiga gigante. Reporte de un caso. Hospital Provincial de Bengo. República Popular de Angola. *Rev Ciencias Médicas[online]*. 2012, vol.16, n° 2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000200021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200021) . Consultado 15-02-16.