

Cartas al Director

Quiste mulleriano parametrial derecho

Palabras clave: Quiste mulleriano. Anomalías mulerianas. Remanentes mulerianos.

Key words: Mullerian cyst. Mullerian anomalies. Mullerian duc remnants.

Sr. Director:

El quiste de Muller es un quiste mesentérico que proviene de la cresta urogenital y sus derivados (aparato urinario y tracto genital femenino y masculino). La cresta urogenital deriva del mesodermo y da lugar a tres estructuras sucesivas en el tiempo que adquirirán la función de sistema excretor urinario: pronefros, mesonefros y metanefros.

El mesonefros a partir de la sexta semana del desarrollo embrionario, se diferencia en el conducto de Wolf y conducto de Muller. A partir de la séptima semana, en el sexo femenino el C. Muller, dará lugar a los genitales internos, siendo frecuentes los remanentes del mismo en la cara lateral de la vagina y en cérvix uterino (los llamados quistes de Naboth). En el sexo masculino, se producirá la involución del C. Muller, quedando dos vestigios: a nivel del apéndice testicular y del utrículo prostático.

Presentamos el caso de un quiste mulleriano parametrial derecho en una mujer de 30 años, con antecedentes de cólicos nefríticos, que acude a Urgencias por dolor abdominal en FID de 8 horas de evolución, acompañando de vómitos; la fecha de la última regla tubo lugar 12 días antes.

A la exploración presenta buen estado general, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en FID, con sensación de tumoración no bien definida a ese nivel. No signos de peritonismo ni visceromegalias.

En la analítica solicitada destaca leucocitosis (15.000 mm^3) y neutrofilia (86%), siendo la Rx de tórax y abdomen normales. Se realiza eco abdominal, existiendo una lesión quística anecogénica de $10 \times 6 \text{ cm}$ localizada en hipogastrio, de paredes lisas, sin septos ni relación con estructuras adyacentes, compatible



Fig. 1. RMN informada como masa quística pelviana de $11 \times 9 \times 7 \text{ cm}$ que se extiende desde la pared superior de la vejiga urinaria hasta el nivel del platillo vertebral superior de L5.

con quiste mesentérico. Se realiza RMN (Fig. 1), informada como masa quística pelviana de 11 x 9 x 7 cm que se extiende desde la pared superior de la vejiga urinaria hasta el nivel del platillo vertebral superior de L5, posibles diagnósticos: cistoadenoma de ovario, quiste dependiente de parametrio, peritoneo o remanente quístico en relación con uraco o estructuras mullerianas.

Se interviene a la paciente, constatándose la existencia de una tumoración quística parametrial derecha de 12 x 15 cm, con pedículo independiente del ovario, procediéndose a su exéresis. La pieza es informada como quiste epitelial de parametrio, de epitelio ciliado compatible con quiste mulleriano. La evolución de la paciente es favorable. Siendo dada de alta a los 3 días de la intervención, sin incidencias.

Los quistes de Muller son masas quísticas formadas por la dilatación de los remanentes mullerianos (1). Es una patología infrecuente, prevalencia del 1% en adultos, más frecuente en mujeres peri- postmenopáusicas.

El tamaño de los quistes es variable, alcanzando hasta 25 cm, describiéndose localizaciones diversas (1-3): retroperitoneo, mesenterio,utrículo, apéndice testicular, cara lateral de vagina, cervix. En nuestro caso se localizaba en el parametrio derecho, no habiéndose descrito esta localización anteriormente en la literatura. Suelen ser redondeados, encapsulados y con contenido seroso y con mayor frecuencia únicos (4). Se describen asociaciones de estos quistes (3,5) con: síndrome de ovario poliquístico, anomalías del conducto de Muller, infertilidad masculina, hipospadias y testículo no descendido.

Suelen ser asintomáticos; la clínica es debida al gran tamaño alcanzado por los mismos, presentándose como masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción o irritación del aparato urinario inferior y del recto (1). El diagnóstico suele ser casual al realizar una ECO, TAC o RMN, siendo muy frecuente el diagnóstico erróneo como tumor de ovario (2). El tratamiento de elección (1) es la exéresis vía abierta o laparoscópica, indicada en casos de compresión de órganos adyacentes, cuando producen dolor, o si existen dudas de la benignidad de la lesión. Pero se han intentado otras alternativas a la cirugía, con las que el índice de recidivas es ma-

yor (escleroterapia con tetraciclinas o drenaje del quiste). Las complicaciones más frecuentes son la infección o torsión del quiste, la formación de calcificaciones en su interior, epididimitis o prostatitis crónica.

Desde el punto de vista histológico (2) son de extirpe epitelial apreciándose a microscopia óptica líneas celulares ciliadas de forma cuboidal. Considerados como lesiones benignas (seguimientos sin recidiva a los 44-56 meses), se han descrito casos de bajo potencial maligno y algunos de malignización hacia tumor mixto maligno mulleriano o hacia adenosarcoma (1,2,6). Por ello, en todos los pacientes hay que buscar siempre datos de malignidad.

M. Socas Macías, F. Ibáñez Delgado, J. Hernández Enríquez,
F. Alcántara Gijón, I. Durán Farreras y J. M. Hernández de la Torre

Servicio de Cirugía General. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Hospital General. Sevilla

Bibliografía

1. Ramos A, Martínez Prieto M, Angoso Clavijo M, Ramón y Cajal Agueras S, Martín Álvarez M, Barbadillo García de Velasco R. Quiste Mulleriano gigante. *Cir Esp* 1999; 66: 261-4.
2. De Peralta MN, Delahoussaye PH, Tornos CS, Silva EG. Benign retroperitoneal cysts of mullerian type: a clinicopathologic study of three cases and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol* 1994; 13 (3): 273-8.
3. Johnson DB, Sarda R, Uching DT. Mullerian type epithelial tumor arising within a torsed appendix testis. *Urology* 1999; 54 (3): 561.
4. Lee J, Song SY, Park CS, Kim B. Mullerian cyst of the mesentery and retroperitoneum: a case report and literature review. *Pathol Int* 1998; 48 (11): 902-6.
5. Appelman Z, Hazan Y, Hagay Z. High prevalence of mullerian anomalies diagnosed by ultrasound in women with polycyst ovaries. *J Reprod Med* 2003; 48 (5): 362-4.
6. Verschraegen CF, Vasuratna A, Edwards C, Freedman R, Kudelka AP, Tornos C, et al. Clinicopathologic analysis of mullerian adenosarcoma: the M.D. Anderson cancer center experience. *Oncol Rep* 1998; 5 (4): 939-44.