

42. Gelberman, RH, Aronson, D & Weisman, MH. Carpal tunnel syndrome. Results of a prospective trial of steroid injection and splinting. *J Bone Joint Surg*, 1980, 62: 1181-1184.

43. Gelberman, RH, Rydevik, BL, Pess, GM, Szabo, RM & Lundborg, G. Carpal tunnel syndrome. A scientific basis for clinical care. *Orthop Clin North Am*, 1988, 19: 115-124.

44. Linskey, ME & Segal, R. Median nerve injury from local steroid injection in carpal tunnel syndrome. *Neurosurgery*, 1990, 26: 512-515.

45. Gelberman, RH, Hergenroeder, PT, Hirgens, AR, Lundborg, GN &

Akoston, WT. The carpal tunnel syndrome. A study of carpal canal pressures. *J Bone Joint Surg*, 1981, 63A: 380-383.

46. Inglis, AE. Two unusual operative complications in the carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg*, 1980, 62A: 1208-1209.

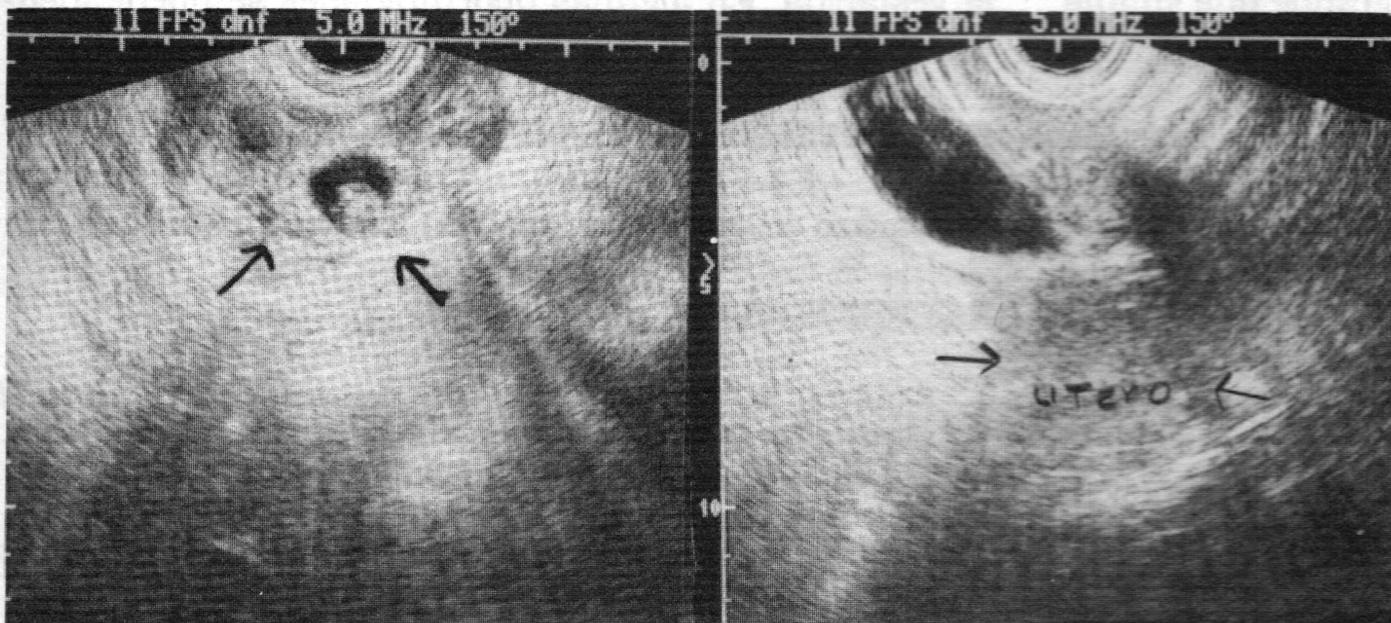
47. Langlosh, ND & Linscheid, RL. Recurrent unrelieved carpal tunnel syndrome. *Clin Orthop*, 1972, 83: 41-47.

48. Lichman, DM, Florio, RL & Mack, GR. Carpal tunnel release under local anesthesia. Evaluation of the outpatient procedure. *J Hand Surg*, 1979, 4: 544-546.

Sección: El caso radiológico

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.\*



DESCRIPCION ECOGRAFICA

La ecografía endovaginal mostró un útero ligeramente aumentado de tamaño. El endometrio se podría calificar como normal. No se vieron reacciones deciduales ni formación de saco gestacional ni de un pseudosaco.

En el anexo izquierdo se observó una masa mixta; la parte central, quística en su interior, mostraba una formación ecogénica a manera de un "ocho" o de un muñeco de

nieve. Los bordes de la parte anecoica eran muy ecogénicos a manera de respuesta coriódécidual. El ecografista apreció en forma clara actividad cardíaca (fetocardia o embriocardia) en la formación ecogénica vista dentro de la masa quística.

En el anexo derecho no se observaron masas de ningún tipo. Tampoco había líquido libre en el fondo de saco de Douglas.

DISCUSION

1. Los quistes luteínicos de la teca se forman durante el primer trimestre del embarazo y desaparecen cuando la placenta asume sus funciones hormonales. En realidad, no representan estados patológicos sino funcionales y, por tanto, no requieren tratamiento quirúrgico ni médico. Por lo general son pequeños y, en la mayoría de las veces, pueden ser unilaterales. La parte central es anecoica, de bordes finos, rodeada de tejido ovárico. Regresan entre las semanas 12 y 15. En raras oportunidades alcanzan

HAGA SU DIAGNOSTICO

Mujer de 30 años que consultó a su médico por dolor abdominal. Había contraído nupcias 7 meses antes y se encontraba embarazada. Por su propia iniciativa se hizo una prueba de embarazo en sangre con resultados positivos. Además del dolor abdominal de tipo punzada en el hipogastrio, había expulsado escaso material sanguinolento por vía vaginal. Al examen físico se encontraba en buenas condiciones generales, febril, pero el examen físico era normal. En el examen ginecológico el médico le encontró una masa hacia el anexo izquierdo.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Quiste luteínico de la teca.
2. Embarazo ectópico.
3. Absceso tuboovárico.

\* Profesor Titular, Servicio de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

tamaños mayores y casi nunca persisten después del primer trimestre<sup>1</sup>. Al contrario del tejido trofoblástico, el ovario es ligeramente hipoeoico.

2. Cuando se diagnostica embarazo ectópico, en una muy baja proporción de casos se determina de modo concluyente la formación de un embrión por fuera del útero y menos aún que ese embrión desarrolle actividad cardíaca. Sin embargo, en tales ocasiones hay características muy claras que permiten identificar un embrión<sup>2</sup>. En otras oportunidades en el anexo se ve una masa mixta, sin las características propias de la gestación. Cuando el embarazo ectópico se rompe hay líquido libre en la cavidad peritoneal y su cantidad puede ser variable desde muy escasa hasta verse mediante la ecografía en la región subhepática, en el receso correspondiente a la fosita de Morrison y, claro está, en el fondo de saco de Douglas. La formación de coágulos puede ser tan grande que simule otra clase de masas.

El embarazo ectópico se presenta entre 1% y 2.6% de todas las gestaciones. El diagnóstico clínico se basa en el dolor abdominal, la amenorrea y una prueba de embarazo positiva, preferiblemente la fracción Bh de las gonadotropinas coriónicas (GC). En el diagnóstico de la gestación ectópica, la ecografía transvaginal es superior a la ecografía transabdominal<sup>2,3</sup>. El embarazo ectópico es más común en pacientes con historia de cirugía tubárica, adherencias pélvicas, procesos inflamatorios de la pelvis, endometriosis, en 4.4% de ligaduras tubáricas endoscópicas<sup>3</sup> y también en presencia de DIU correctamente colocado. Una prueba de BhGC positiva favorece el diagnóstico de embarazo ectópico y una prueba negativa lo excluye<sup>3</sup>.

A la ecografía se encuentra un útero vacío con reacción decidual y a veces líquido que simula un pseudosaco. En el anexo hay una masa mixta, líquido libre cuando el

embarazo se ha roto, o en escasa cantidad si se produce sangrado por la trompa comprometida. En la masa se puede identificar el saco de Yolk, o en más raras ocasiones el embrión con fetocardia positiva.

3. El absceso tuboovárico se manifiesta por dolor, fiebre y sensibilidad exquisita a la palpación del abdomen. El tacto vaginal o rectal es doloroso y en ocasiones sus resultados no son confiables por la molestia y la defensa en la enferma. Entre los antecedentes es posible encontrar flujos vaginales purulentos, maniobras abortivas, estados de sepsis general. El examen ecográfico aporta valiosos datos, p.e., la presencia de masas casi siempre mixtas, dolorosas a la presión con el transductor. Además puede haber presencia de líquido (pus) en el fondo de saco de Douglas. En casos de abortos provocados el útero muestra restos placentarios y productos propios de la gestación. En algunas oportunidades se puede identificar el ovario con aspecto diferente al del absceso<sup>4</sup>.

#### DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Embarazo ectópico en la trompa izquierda, sin ruptura.

#### REFERENCIAS

1. Sanders, RC & James, AE. *The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Pp. 436-439. 3rd ed. Appleton Century Crofts, Norwalk, 1988.
2. Fleischer, AC, Romero, R, Manning, FA, Jeanty, P & James, AE. *The principles and practice of ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Pp. 57-77. 4th ed. Prentice Hall International, 1990.
3. Bohm-Vélez, M, Mendelson, EB & Freimanis, MG. Transvaginal sonography in evaluating ectopic pregnancy. *Semin Ultrasound CT MR*, 1990, 11: 44-58.
4. Noshier, JL, Winchman, HK & Needell, GS. Transvaginal pelvic abscess drainage with US guidance. *Radiology*, 1987, 165: 872-873.

Correos  
de Colombia



Adpostal

Estos son nuestros servicios  
¡Utilícelos!

- SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
- SERVICIO DE CORREO CERTIFICADO
- SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
- SERVICIO ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
- SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
- SERVICIO DE FILATELIA
- SERVICIO DE GIROS
- SERVICIO ELECTRONICO BUROFAX
- SERVICIO INTERNACIONAL APR SAL
- SERVICIO "CORRA"
- SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
- SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
- SERVICIOS ESPECIALES

Cuente con nosotros  
Hay que creer en los Correos  
de Colombia