

MASA PALPABLE

Guillermo Henao

Introducción

La presencia de una masa en hemiabdomen inferior puede ser el síntoma o el signo principal en la consulta gineco-obstétrica, como manifestación de diversas enfermedades benignas y malignas, tanto de órganos genitales como extragenitales.

Se usará preferentemente el término de masa ya que los de tumor o tumoración, aunque no son incompatibles con procesos benignos, pueden originar dudas en las pacientes.

Para llegar a un diagnóstico y a un tratamiento correctos es preciso un conocimiento detallado de la anatomía y de la fisiología de los órganos genitales y de sus trastornos orgánicos y funcionales. Con base en ello se elabora un «listado mental» de las enfermedades, con sus principales síntomas y signos. Aunque la mera palpación puede ser suficiente para hacer el diagnóstico, deben buscarse las posibles interrelaciones con todo el organismo y la personalidad de la paciente.

Aunque en este capítulo se hará referencia a otras condiciones patológicas y a otros medios de examen, se recomienda profundizar su conocimiento en textos de propedéutica, semiología y patología clínica.

El examen físico general permite descubrir o descartar desórdenes en otros aparatos y sistemas. El examen local del abdomen y de los órganos genitales externos e internos, donde están los principales hallazgos de las enfermedades gineco-obstétricas, especialmente cuando se acompañan de la presencia de una masa, se convierte finalmente en el objetivo central del examen físico. Este, como el de cualquiera otra parte del organismo, se efectúa mediante los cuatro métodos clásicos de inspección, palpación, percusión y auscultación, complementados con diversos métodos auxiliares de diagnóstico que aumentan en número y calidad con el progreso de la tecnología médica.

Examen general del abdomen

Se han ideado diferentes maneras de dividir topográficamente el abdomen con el fin de sistematizar su exploración y de localizar mejor los órganos afectados. Continúa usándose más la clásica cuadrícula de Fourquet. Pero puede hacerse referencia a los cuatro cuadrantes (superior derecho, superior izquierdo, inferior derecho, inferior izquierdo), al hemiabdomen izquierdo o derecho y al hemiabdomen superior o inferior. En casos de síntomas o signos que comprometan varias de las regiones situadas por debajo del ombligo, la denominación hemiabdomen inferior simplifica la exposición.

La mejor posición para el examen es en decúbito supino, con la cabeza ligeramente levantada sobre una almohada y, cuando se va a hacer la palpación,

con elevación de las rodillas para la relajación de la musculatura abdominal. En ocasiones se requiere cambiar a decúbito lateral derecho o izquierdo o a posición sentada o de pie.

Inspección

Se estudia la forma, el volumen, el estado de los tegumentos y de las paredes, la situación y el aspecto del ombligo. El abdomen se hace globoso cuando se acentúa la convexidad general y cóncavo o en batea cuando carece de aquélla y está deprimido. En condiciones anormales aparecen variaciones de lo anterior. La prominencia de una región determinada sugiere la presencia de una masa subyacente. Si es de todo el abdomen y alcanza la base del tórax, es una ascitis libre de gran volumen. Si los flancos son más prominentes que las otras regiones, dando el aspecto de un vientre de batracio, es una ascitis libre de poca tensión; en ese caso, la forma se modifica con los cambios de posición: en la bipedestación la prominencia se desplaza al hemiabdomen inferior y en el decúbito lateral a la región umbilical y al plano inferior, disminuyendo o desapareciendo del superior.

Volumen Varía mucho según la talla, la edad, el estado de nutrición y el número de embarazos. Su aumento puede corresponder a condiciones patológicas intraparietales o intraabdominales y ser generalizado (ascitis, tensión, tumores quísticos gigantes) o localizado (tumores quísticos o sólidos de tamaño mediano, útero grávido).

Estado de los tegumentos Cuando la pared ha sido sometida a grandes distensiones por obesidad o masas intraabdominales de crecimiento rápido, se produce ruptura de las fibras elásticas de la dermis, originándose resquebrajaduras o estrías. Estas, si son recientes, se ven ligeramente levantadas y de color rosado claro u oscuro y si son antiguas, ligeramente hundidas y blanquecinas; permanecen después de desaparecer la condición que las produjo. Aunque no aparezcan estrías con el embarazo, éste suele dejar la piel marchita y arrugada o al menos flácida. La piel se vuelve tensa, brillante y adelgazada por gran presión sobre la pared abdominal como en la ascitis o debido a un cistoadenoma voluminoso. El gran edema de la pared, como en la toxemia, da lugar a una piel gruesa, acartonada y con aspecto de piel de gallina; regresa al desaparecer la enfermedad. En presencia de cicatrices de cirugías previas o quemaduras deben investigarse los antecedentes, tipo de cirugía practicada, complicaciones y demás circunstancias. En una cicatriz antigua a veces aparece atrofia de la piel o de la pared. Diversas condiciones intra-abdominales que producen retardo en el retorno venoso llevan a la aparición de circulación colateral. Algunas se localizan por encima del ombligo y en las partes inferiores del tórax, en dirección a éste, y aumentan en número a medida que se aproximan a él, son de tipo porta; otras, de tipo cava inferior, se hacen más evidentes en los flancos que en el centro y se dirigen desde los pliegues inguinales hacia el tórax.

Estado de las paredes Por la palpación se obtiene mejor información que con la simple inspección. En personas con gran panículo adiposo, sobre todo cuando están de pies, la pared abdominal cae sobre la región del pubis a manera de rollo o protuberancia. Si se pierde mucho peso o desaparece la masa abdominal que mantenía distendida la pared, los tejidos pueden tornarse flácidos por pérdida de tono y colgar formando pliegues arrugados. En personas delgadas y con diástasis de los rectos, puede verse la separación de los músculos. Cuando está

aumentado el tono de la pared, disminuye su movimiento por la respiración y casi desaparece cuando hay contractura abdominal; al contrario, es mayor si hay relajación de los tejidos. La falta de movilidad puede ser generalizada o localizada a aquella región donde esté subyacente el proceso que la produce. Estos cambios debidos a la respiración se aprecian mejor mirando la paciente de perfil.

Cuando la pared es muy delgada y flácida pueden hacerse aparentes los movimientos peristálticos, las contracciones del útero grávido o los latidos arteriales en la región inguinal.

Situación y aspecto del ombligo Normalmente está central y hundido. La obesidad y el edema acentúan su depresión; por el contrario, la distensión intraabdominal, como en el embarazo o en la ascitis, puede borrarlo o aún, hacerlo prominente a manera de dedo de guante.

Palpación

Es el método más importante en semiología gineco-obstétrica y el que más información suministra. Requiere la mayor atención ya que la inspección, la percusión y la auscultación sólo en pocos casos modifican sus hallazgos. La repetición concienzuda y sistematizada proporcionará poco a poco la destreza necesaria para hacer diagnósticos exactos y gratificantes. Hay diferentes formas de palpación: abdominal, vaginal (tacto vaginal), vagino-abdominal combinada, rectal (tacto rectal), recto-abdominal, recto-vaginal (tacto recto vaginal) y recto-vagino-abdominal. Salvo casos muy evidentes, se requiere más de una de estas formas para llegar a un diagnóstico y se hacen en dicho orden.

La palpación puede ser monomanual o bimanual. Se empieza con la primera, inicialmente en los sitios no dolorosos y terminando en los que sí lo son, pero explorando toda la pared. Para ello se aplica toda la mano sobre la zona elegida con la cara palmar en extensión. Por un tiempo se mantiene inmóvil. Apenas desaparece la tensión muscular propia de la ansiedad o el temor, se comprime suavemente con los dedos en varias direcciones y diversos sitios. Se desplaza poco a poco la mano, primero de manera imperceptible y superficial, luego distraendo la paciente con algunas preguntas. Se sigue con la palpación profunda durante la inspiración; la palpación superficial revela trastornos parietales; la profunda, intraabdominales.

La palpación bimanual ayuda a determinar la naturaleza y la consistencia de los tejidos que quedan entre o por debajo de las manos, sobre todo cuando el abdomen está bastante distendido. Si se encuentra un área de resistencia, se pasan los dedos sobre ella y en su alrededor, comprimiendo la pared y examinando todas sus partes.

La pared abdominal puede presentar contractura involuntaria, por aprehensión de la paciente, que desaparece cuando el examen se hace de la forma descrita; u objetiva, cuando se debe a procesos orgánicos intraparietales o intraabdominales. Es fácilmente depresible en personas delgadas y en multíparas, lo que en ocasiones permite delimitar algunos órganos o masas anormales. Las hernias naturales y las eventraciones son depresibles de suyo, a no ser que por

adherencias tengan fijadas partes del contenido abdominal. En el meteorismo la pared abdominal está tensa y elástica. En la ascitis, tensa y resistente en las regiones ocupadas por líquido y elástica en las libres, de acuerdo con la posición para el examen.

Examen abdominal de las masas palpables

En presencia de un abultamiento o masa se determinarán en lo posible: localización, forma, tamaño, consistencia, contorno, movilidad respiratoria o provocada y sensibilidad.

Localización La ubicación topográfica sugiere el origen de la masa, ya que puede indicar el órgano o grupo de éstos de donde proviene, pero ellos no siempre ocupan el mismo sitio; por ejemplo, una masa pélvica puede ser de un órgano relativamente alejado que se desplaza a esa región por tener un pedículo largo. La ptosis y la ectopia de algún órgano también pueden ser causa de error.

Tamaño Se determina averiguando su longitud o dimensión máxima y su anchura o dimensión mínima; si es posible apreciar su espesor, se tiene una idea aproximada del volumen de la masa. Ha sido costumbre recurrir a la comparación con un objeto conocido, lo cual tiene validez si no es posible una descripción más exacta. Pero es más conveniente medirla en centímetros: su longitud desde el borde superior de la sínfisis hasta el polo superior de la masa y su anchura desde un borde transversal a otro. A veces puede referirse al ombligo: tantos cm. por encima (+) o por debajo de él (-). De paso se constata la simetría o el grado de asimetría que la masa guarda con la línea media del abdomen.

Límites o contornos A veces es difícil identificarlo por la sola medición de los diámetros. Se hace referencia a la forma redondeada, ovoide, piriforme o simplemente irregular o no delimitable. Si la pared abdominal es muy gruesa, la masa puede aparentar un tamaño mayor que el real o ser difícil saber si es intraabdominal o de la misma pared.

Consistencia Se toma la masa entre los dedos y se ejerce presión con ellos. Será dura, blanda, fluctuante, renitente o plástica. La dureza tiene sus gradaciones, desde elástica hasta pétreo.

Fluctuación Se aplican las manos en los polos opuestos de la masa y se efectúan movimientos de peloteo. La sensación de una onda líquida sugiere la presencia de una cavidad con líquido a mediana tensión (algunos quistes o cistoadenomas). Difiere de la ondulación, que corresponde a una onda líquida franca; se averigua dando un golpe seco y breve con uno o varios dedos en uno de los polos, lo cual produce un movimiento que se aleja del lado percutido y se percibe al lado opuesto con la otra mano; corresponde a derrames líquidos en cavidades de paredes lisas como en los casos de ascitis y de algunos cistoadenomas voluminosos y abscesos. Hay que distinguir entre onda líquida y onda de grasa. Para ello se repite la maniobra que se acaba de describir, pero en este caso un ayudante hace presión en la línea media del abdomen con el borde cubital de la mano: si se obtiene el mismo resultado, se confirma la presencia de la onda líquida; si desaparece, se trata de una onda de grasa detenida en el sitio de la presión.

La renitencia es una condición intermedia entre la elasticidad y la tensión; la presión ejercida apenas si deprime la masa y al cesar no deja huella. La

plasticidad es una blandura sin elasticidad, adopta la forma arbitraria que se le da con los dedos y mantiene la huella por ellos impresa, tal es el caso de los bolos fecales. Tiene importancia familiarizarse con la noción de plasticidad por el hallazgo frecuente de bolos fecales voluminosos que, de ser altos, pueden confundirse con masas pélvicas, en especial con blastomas ováricos alojados en el fondo de saco de Douglas y, menos frecuentemente, con asas intestinales interpuestas entre útero, vejiga y anexos.

De todo lo anterior se deduce que el estudio de la consistencia de una masa permite sospechar su estructura: si es sólida, quística o parcialmente sólida y quística. Hasta se puede llegar a saber si un quiste es multilocular cuando la onda líquida que origina es distinta en partes diferentes de él.

Movilidad respiratoria o provocada Las masas intraabdominales suelen desplazarse con los movimientos respiratorios, sobre todo si son contiguas al diafragma; por lo tanto, las de origen pélvico lo hacen en menor grado. Interesa más en ellas su respuesta a la movilidad provocada. Se determina aplicando los dedos alrededor de la masa lo más profundamente que se pueda y en varios sitios. Mediante desplazamiento en varias direcciones se descubre cuál parte se mueve fácilmente y cuál no. La parte libre y móvil indica la dirección de crecimiento de la masa, la fija, su punto de origen. En ocasiones puede sospecharse de esta manera la presencia de adherencias o si la masa es retroperitoneal o intraabdominal.

Sensibilidad Se busca mediante palpación superficial o profunda y por presión continua, por choque o por deslizamiento. Existen numerosas zonas dolorosas de interés semiológico, pueden indicar condiciones patológicas de regiones vecinas o distantes, pero comúnmente corresponden a los órganos correspondientes al sitio explorado. El dolor a la palpación profunda es manifestación de trastornos infecciosos como anexitis y abscesos o de hemorragias como el embarazo ectópico roto. Algunos trastornos neurológicos y peritoneales producen dolor exagerado (hiperestesia); los tumores ováricos y uterinos no complicados casi no son dolorosos.

Percusión Sirve principalmente para determinar los límites de la masa en estudio, a veces da información sobre sus características internas. Si ésta es quística, puede ayudar a diferenciarla de la ascitis. La percusión superficial produce resonancia en todas las regiones del abdomen normal, salvo donde el hígado se apoya contra la pared, y matidez si la percusión es profunda (o sea, comprimiendo el dedo con fuerza sobre la zona que se va a explorar y golpeándola vigorosamente). En cambio, en las personas obesas se obtiene inicialmente matidez que se transforma en resonancia al profundizar la percusión. Cuando aparece matidez en una región donde normalmente hay resonancia, debe pensarse en hipertrofia de algún órgano, repleción excesiva con líquidos de una víscera hueca (intestino, vejiga), derrame de líquido o presencia de una masa anormal. Todas las masas de origen genital, incluyendo el embarazo, dan lugar, cuando la paciente está en decúbito supino, a matidez en forma de medialuna de convexidad superior y a sonoridad en uno o los dos flancos. En la ascitis, en cambio, la matidez es de concavidad superior, compromete los flancos y si la paciente cambia a decúbito lateral, se amplía en el flanco correspondiente.

Auscultación Tiene pocas aplicaciones en semiología ginecológica. Ayuda a diferenciar una masa no gestacional voluminosa de una gestación avanzada, si bien la ausencia de ruidos fetales no excluye el embarazo. Un tumor muy vascularizado pudiera confundir inicialmente con un soplo placentario. En raras ocasiones puede encontrarse una patología asociada, por ejemplo un aneurisma. Modernos aparatos para auscultación, basados en el llamado efecto «doppler», mejoran los resultados.

Diagnóstico diferencial de las masas palpables en el examen abdominal

De origen parietal La adiposis que puede asirse permite formar un pliegue. El edema, como en la toxemia, puede ser uniforme y de predominio en hemiabdomen inferior o infiltrar un cúmulo de grasa previa y endurecerlo hasta el punto de confundirse con una masa. Los tumores parietales dan lugar a una masa circunscrita, móvil con la pared e inseparable de ella, sin conexión, al menos al principio, con órganos profundos y de sonido mate sobre un fondo claro.

Para diferenciar una masa parietal de una intraabdominal se invita a la paciente a que contraiga la pared abdominal en posición semisentada sostenida. Si la masa se conserva palpable y a la vez movilizable, es intradérmica o subcutánea; si sigue palpable pero pierde su movilidad, se encuentra en la capa músculo-aponeurótica; si es menos palpable o desaparece, es intraabdominal.

Los procesos inflamatorios de la pared, cuando dan lugar a una masa, se acompañan de los síntomas y signos correspondientes. Las hernias ventrales originan una masa circunscrita que se acentúa en posición sentada o de pies y disminuye en decúbito supino. La tos y los esfuerzos aumentan la presión intraabdominal y propulsan la hernia. Es reductible parcial o totalmente y en tal caso se palpa con facilidad el contorno del orificio herniario. La separación de los músculos rectos anteriores (diástasis de los rectos) con relajación de la aponeurosis en su línea media intermuscular se manifiesta en forma parecida, igual que las hernias incisionales.

La simple relajación de la pared en conjunto debe tenerse en cuenta; hace pensar en un embarazo de mayor edad gestacional que el real. El abdomen aparece abultado en posición sentada y en la bipedestación, pero en decúbito desaparece el aspecto globular. La pared se encuentra flácida y timpánica.

De origen peritoneal Colecciones serosas, sanguíneas o purulentas pueden producir gran tensión y en ocasiones dar la impresión de que hubiera una masa. La peritonitis tuberculosa o de otro origen, generalizada o localizada, es una causa común; también la ascitis enquistada, generalmente tuberculosa, o más frecuentemente la ascitis libre de cualquier origen.

Cuando el abdomen es globoso y hay sospecha de ascitis, la investigación de la onda líquida como ya se describió es de mucha utilidad. Si la ascitis no es muy abundante, al deprimir con fuerza la pared se sentirá el choque de retorno del órgano subyacente o de la masa si la hay (signo del tímpano). Cuando la ascitis

es mayor, el ombligo forma relieve y en cambio se deprime en posición horizontal. La siguiente maniobra puede ayudar a diferenciar entre una ascitis muy abundante y una masa voluminosa: después de evacuar la vejiga se coloca una regla perpendicular al eje longitudinal del abdomen, por encima de las espinas ilíacas anterosuperior, y se comprime fuertemente el abdomen con ella. Al sostener la presión, los latidos aórticos se transmitirán a la regla en presencia de una masa; ello no ocurrirá si es ascitis.

De origen intestinal La distensión gaseosa, sumada a la laxitud de la pared, produce abultamiento uniforme y timpanismo. Los bolos fecales se confunden a menudo con blastomas. Su sitio más común es el asa sigmoidea. Suelen ser de forma esférica o cilíndrica, continua o en rosario y presentan límites netos. Su consistencia es variable: blanda, ligeramente dura, a veces pétrea, a menudo pastosa. Al hacer presión sostenida la masa estercorea se deforma y adquiere abolladuras persistentes. La masa de origen intestinal también es desplazable en razón de la movilidad del intestino que le sirve de continente. No hay dolor a la presión. Las lesiones neoplásicas del tubo digestivo, primarias o secundarias, dan lugar a masas de características variables. También algunos procesos inflamatorios como la ileitis terminal e infecciosos como apendicitis supurada, absceso o plastrón apendicular, originan masas palpables.

Por aumento de volumen de un órgano determinado Casi todo órgano abdominal debe tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial. Entre las patologías más frecuentes están: hepatomegalia de cualquier origen (neoplasia, cirrosis hipertrófica); excepcionalmente puede alcanzar la fosa ilíaca derecha. Vesícula biliar grande, péndula, por ptosis, por infección o distendida por obstrucción calculosa; a veces semeja un gran quiste. Esplenomegalia, como en el paludismo crónico y la leucemia. La ptosis renal se confunde fácilmente; a veces se localiza cerca de la cavidad pélvica o en ella y lleva a pensar en un tumor ovárico. La vejiga distendida (el globo vesical por falta de vaciamiento antes del examen ginecológico) se diagnostica frecuentemente como masa genital. También producen confusión la distensión vesical del puerperio y la post-quirúrgica, como secuela traumática o por atonía.

Neoplasias abdominales

El carcinoma de la vesícula biliar, el de la cabeza del páncreas y el quiste pancreático (como secuela de trauma o de pancreatitis) pueden ser voluminosos y palparse con facilidad. La hidronefrosis da lugar a una masa renitente, más o menos voluminosa, dolorosa a la palpación. El riñón poliquistico casi siempre es bilateral. Los pseudoquistes del epiplón menor son formaciones postinflamatorias a veces adheridas a la pared anterior del abdomen. Finalmente hay pacientes que se quejan de tener un tumor abdominal que no existe. La presencia de una «masa» variable en su aparición, forma y tamaño o que desaparece con la anestesia general, hace pensar en que se origina en contracciones circunscritas de los músculos abdominales, en contracciones espasmódicas del tubo gastrointestinal y en somatizaciones.

Las masas de mayor importancia en gineco-obstetricia son las de la cavidad pélvica. Cualesquiera que sean suelen tener las siguientes características generales:

- Consistencia. Firme, como en los miomas. Quística, como en los cistoadenomas.
- Movilidad. Un poco amplia en sentido lateral y casi nula en sentido vertical.
- Forma. Redondeada u ovalada.
- Superficie. Lisa, tanto para masas sólidas como para quísticas. Lisa y nodular, como en los miomas. Si es irregular, debe sospecharse malignidad.
- Ubicación. En el hipogastrio o una de las fosas ilíacas. El polo superior suele ser palpable y el inferior no, porque se pierde en la cavidad pélvica o está oculto detrás del pubis. En muchas ocasiones el tamaño no es tan grande y apenas si sobresale de la pelvis; es necesario recurrir al examen genital y aun a la ecografía. La vagina y el recto permiten, mediante palpación combinada, explorar los órganos genitales, inaccesibles a la inspección y a la palpación abdominales. Aun en presencia de una masa abdominal evidente debe hacerse dicha palpación para determinar si es genital o no, y en este caso, qué relación topográfica guarda con ellos. La palpación combinada es el medio principal para el diagnóstico clínico en ginecología y obstetricia.

Examen de los órganos genitales

Comienza con la inspección de la región púbica, la vulva en su conjunto, la amplitud de su hendidura, las características de cada uno de sus componentes (labios mayores, menores, vestíbulo, himen, uretra) y de las regiones vecinas: periné, región perianal, ano, tercio superior de la cara interna de ambos muslos, surcos génito-cruales e inguinoabdominales. En cualquiera de estas regiones, sea ello o no el motivo de la consulta, pueden encontrarse masas palpables.

Vulva

Edema de los grandes labios. Puede ser de causa general, como en enfermedades cardíacas, nutricionales, renales y en la toxemia, o de causa local. Este suele ser unilateral y debido a procesos inflamatorios agudos o crónicos, a trastorno circulatorio local o pélvico y a irritaciones traumáticas o químicas.

Hematoma vulvar Uni o bilateral, es consecuencia de traumatismos, incluidos los del parto. Relativamente común en niñas y adolescentes que caen accidentalmente a horcajadas sobre un objeto. Suele ocurrir en los labios mayores pero puede comprometer zonas vecinas. A veces alcanza gran tamaño y se extiende hacia la región glútea y yuxtaanal, monte de Venus y pared lateral de la vagina. Inicialmente la sangre líquida le da consistencia blanda, luego adquiere tensión y finalmente áreas más duras por la presencia de coágulos. El color inicial tiende a rojo oscuro hasta donde la coloración de la piel lo permite, después, azulado o morado y por último amarillento.

Elefantiasis vulvar Hay hipertrofia cutánea por estasis venosa y linfática. De muy rara ocurrencia.

Glándulas de Bartolino y sus conductos Son asiento común de procesos casi siempre inflamatorios que dan lugar a la aparición de una masa vulvar. El absceso es el más frecuente y aparece como una masa ovalada en el tercio inferior del labio mayor. Puede llegar a ocupar todo el labio y a rechazar y desplazar la hendidura vulvar hacia el lado opuesto. Es más frecuente en la glándula derecha que en la izquierda. Los tejidos presentan los signos propios de la inflamación

cuando es agudo. Su ruptura espontánea se hace hacia el lado mucoso. Puede sufrir inactivación y el pus volverse abacteriano o ser reemplazado por líquido seromucoso, transformándose en quiste. Sin embargo, algunos no son precedidos por un absceso ya que en estos casos la obstrucción del conducto no es de causa infecciosa conocida.

Quiste de Nüch Es una variedad especial de quiste vulvar que un examen superficial puede confundir con el de la glándula de Bartolino.

Se origina en la porción inguinal del ligamento redondo y, como éste termina aproximadamente en la unión del tercio superior con el tercio medio del labio mayor, se manifiesta ahí como masa palpable e indolora.

Terminado el examen de la vulva, se hace el vaginal y el de los genitales internos si la paciente ha tenido actividad sexual previa. Primero se inspeccionan la vagina y el cuello mediante un espéculo. Luego se hace el tacto vaginal y después la palpación combinada vagino-abdominal. Siempre que lo permita el tamaño del orificio que da acceso a la vagina, se hará el tacto con los dedos índice y medio; así se logra una exploración más profunda y exacta que con el dedo índice únicamente. Se separan previamente los labios con los dedos de la otra mano o bien con los dedos primero y cuarto de la mano con que se va a hacer el tacto, mientras los dedos índice y medio permanecen flexionados para no tocar las partes externas a la vagina. Es indiferente utilizar una u otra mano; si bien algunos médicos usan la izquierda, en nuestro medio se acostumbra la derecha. Algunos recomiendan que el lado izquierdo de la pelvis se examine con la mano izquierda y el derecho con la derecha, pero ello hace más largo el examen, más incómodo para la paciente y gasta más material y tiempo. En realidad, lo importante es familiarizarse con cualquier método que permita un examen a cabalidad. La exploración genital debe hacerse con suma delicadeza; se evitarán presiones innecesarias o excesivas que provoquen o acentúen la contractura de la pared abdominal o el dolor derivado de las maniobras; se han dado casos de ruptura de una trompa grávida o abscedada o de un quiste de ovario debido a presión exagerada.

Vagina

Se averiguan características de las paredes, tales como: contextura, aspereza, blandura, endurecimiento, tumefacción, relajación o redundancia; cicatrices o deformidades, estrechez o amplitud de la luz, dolor y temperatura, presencia de exudados. A través de la cara anterior se explora la base de la vejiga y a través de la posterior el tabique rectovaginal y el recto, características del suelo pélvico, grado de resistencia de la presión hacia abajo. Por último, configuración de los fondos de saco y de los tejidos paracervicales.

Cuello

Posición Para localizarlo se llevan los dedos a la parte profunda de la vagina hasta que los pulpejos hagan contacto con él. Suele necesitarse que el dedo índice haya penetrado hasta su tercera falange; si lo encuentra antes, el cuello está bajo; si no aparece a esta profundidad, se encuentra alto. El cuello se encuentra a unos 7 a 8 cms. del orificio de entrada.

Dirección Está orientado hacia la unión del tercio posterior con el tercio medio de la pared posterior de la vagina. Las alteraciones de esta dirección (orientado hacia la luz vaginal o hacia la pared anterior) tienen gran importancia semiológica para el diagnóstico de las masas anormales, tal como se verá más adelante cuando se describa la relación entre la dirección del cuello y la del cuerpo uterino y la relación de conjunto entre el eje del útero y el de la pelvis y el canal genital. Si la orientación es normal se advertirá que el orificio externo queda sobre el pulpejo del dedo examinador; si queda en frente del pulpejo, sugiere que el cuerpo uterino está en posición intermedia, o sea en el grado I de retroversión; si el orificio queda por debajo del pulpejo, sugiere retroversión grado II ó III.

Forma y tamaño Varían de una mujer a otra como también en los diferentes períodos de la vida. En las nulíparas el cuello tiene el aspecto de un cono cuyo vértice, truncado, corresponde al orificio externo, pequeño y redondo. A veces es completamente cónico, con el orificio puntiforme, no truncado. Su longitud varía entre 1.25 cms. y 4 cms., más frecuentemente 2.5 cms. y su anchura aproximada en la base es de unos 2.5 cms. En las múltiparas se hace más ancho y a veces más largo, aunque puede dar la impresión de ser más corto. El orificio externo se convierte en una hendidura transversal, de forma irregular, puede insinuarse en él el pulpejo del dedo y tener depresiones y cicatrices postraumáticas.

Consistencia Corresponde a la del tejido conectivo. Se asemeja a la de la punta de la nariz cuando es presionada con fuerza. Durante el embarazo se reblandece y su consistencia es como la del labio bucal inferior caído o la del lóbulo de la oreja. Si es duro sugiere la presencia de tejido cicatricial, de un fibroma, de un pólipo o de una lesión maligna

Sensibilidad Es poco sensible, mucho menos que las paredes vaginales. Puede ser tomado con tenáculos, extraerle porciones de tejido mediante pinzas de biopsia y ser sometido a fulguración, coagulación o vaporización aun sin anestesia y sin mayor incomodidad para la paciente. Cuando al hacer presión aparece dolor, sugiere un proceso infeccioso severo, localizado en el mismo cuello o en un órgano vecino. En este último caso, el punto más sensible puede sugerir la localización principal del proceso; a saber, trompa (uni o bilateral), parametrio, ovario, vejiga, fondo de saco de Douglas.

Movilidad Normalmente se mueve un poco y sin dolor en todas las direcciones.

Palpación combinada (vagino-abdominal)

Las pruebas de laboratorio, la radiología y ante todo la ecografía han llevado a descuidar el cultivo de la exploración bimanual, lo que puede crear dificultades para percibir algo más que las paredes vaginales y el cuello.

Palpación del cuello uterino

Los pulpejos de los dedos índice y medio de la mano examinadora, que ya están en la vagina, se mantienen aplicados al cuello. La otra mano se extiende sobre el abdomen. Se insta a la paciente a que respire lentamente o se la distrae con preguntas y, con los dedos ligeramente flexionados, se va profundizando poco a poco la palpación, ejerciendo presión suave y sostenida. Puede empezarse inmediatamente por encima de la sínfisis púbica con los dedos flexionados y orientados hacia el ombligo, pero es mejor hacerlo lo más alejado posible del pubis, sobre el ombligo y, con movimientos suaves de presión y descompresión, acercarse poco a poco al pubis para poder detectar masas de mayor tamaño o

muy alejadas o independientes de los órganos pélvicos. En este momento se empuja el cuello hacia atrás y hacia arriba, con lo que el fondo uterino se dirige entonces hacia adelante. Entonces se deprime la pared abdominal por encima del pubis y, con movimientos combinados de ascenso y descenso de ambas manos, peloteando, queda el cuerpo uterino entre ellas. Sin suprimir la presión abdominal, los dedos intravaginales se desplazan del cuello a un punto por delante de él, en el fondo del saco anterior, así se fija con firmeza el cuerpo uterino y se empieza el estudio de sus características.

Una situación que puede conducir a error es la presencia de una vejiga parcialmente llena. Debe sospecharse cuando a pesar de la maniobra anterior no se logra localizar el cuerpo uterino y sin embargo los dedos abdominal y los vaginales no chocan entre sí, dificultad que persiste a pesar de profundizar la palpación e insistir en ella. Los dedos se hunden bien en la pelvis, pero hay algún motivo desconocido que impide localizar el útero; se tiene la impresión de que éste está demasiado atrás, rechazado, y cuando se intenta llevar los dedos para atraparlo no se lo consigue, pero tampoco aquéllos hacen contacto entre sí. A veces se logra identificar una masa renitente en hipogastrio o a través de la pared anterior de la vagina, la cual se encuentra abombada; excepcionalmente la masa se extiende a la pared vaginal lateral. La introducción de una sonda por la uretra aclara la cuestión. De ahí la importancia de hacer evacuar la vejiga a toda paciente antes del examen.

Otro error común consiste en cambiar precozmente y de manera desorganizada la posición de los dedos abdominales, tratando desesperadamente de palpar con ellos el fondo uterino. La mayor parte de la palpación efectiva se hace con los dedos intravaginales; los abdominales sirven para poner el cuerpo uterino al alcance de los primeros. Los movimientos incorrectos aumentan la tensión de la pared abdominal y más aún si se hunden los dedos súbitamente y con brusquedad. Esto se corrige poniendo los dedos en el abdomen de tal manera que la depresión de la pared se haga en dirección a la parte posterior de la pelvis, después de lo cual, mediante presión uniforme y continua y no con movimientos fuertes ni súbitos, se lleva hacia la parte que se desea explorar. A veces se tiene la impresión de que el sitio elegido no contiene el útero; puede ser cierto, pero el no poder palparlo en el primer intento no debe llevar a suspender antes de tiempo la presión y a pasar a otro sitio. Solicitando a la paciente que respire con la boca abierta «como si estuviera cansada» y aprovechando la inspiración para profundizar la presión de manera uniforme, firme y permanente, las más de las veces se conseguirá encontrar el útero.

No es conveniente iniciar la depresión abdominal muy cerca del pubis. Si por casualidad hay una anteversión forzada o una hiperanteflexión del útero, en verdad lo encontrará al primer intento; pero lo común es no encontrarlo allí y el examinador quedará desorientado. Por ello es mejor empezar la palpación lo más alta posible, al nivel del promontorio o aún del ombligo.

Palpación del útero

Situación Se encuentra en anteversoflexión, lo que se reconoce porque el fondo uterino y parte de la pared posterior se palpan un poco cerca de la sínfisis púbica. El cuello está orientado hacia la pared vaginal posterior, y a través del fondo de saco anterior se identifica la parte inferior de la cara anteroinferior del cuerpo y el ángulo que éste forma con el cuello.

Volumen Su espesor es dado por la distancia entre los dedos vaginales y los abdominales, aplicados aquellos al fondo de saco vaginal anterior y éstos a la cara posterior del cuerpo uterino.

Longitud Se determina siguiendo los bordes del útero desde el fondo hasta el istmo. Esta maniobra permite también definir su contorno .

Anchura Se determina por la distancia que separa los dedos vaginales aplicados a los bordes laterales del útero.

El útero de las nulíparas es de menor volumen que el de las multíparas y el de las menopáusicas menor que el de las mujeres en actividad genital; el de estas últimas tiene una longitud externa de 8 cms. e interna (histerometría) de 7 cms. Debe expresarse en cm. más bien que compararlo con determinada edad gestacional o lo que es peor con objetos o frutas.

Forma Corresponde a la de una pera invertida y achatada en sentido anteroposterior. Las maniobras descritas para determinar el volumen del útero sirven a su vez para tener una idea de su forma.

Superficie Es lisa; si no lo es, implica una anormalidad.

Consistencia Semeja a la del cuello uterino tal como se describió. Hay que familiarizarse bien con esto porque cualquier variación es de gran ayuda en el diagnóstico diferencial. Se encuentra aumentada en casos de fibromatosis y de miohipertrofia uterina y disminuida en el embarazo.

Movilidad El cuerpo uterino es desplazable en todo sentido independientemente del cuello. Los desplazamientos conjuntos de cuerpo y cuello son muy limitados.

Sensibilidad La compresión del cuerpo, como la del cuello, no provoca dolor; cuando aparece, corresponde a procesos patológicos propios del órgano o de sus vecindades.

En ocasiones no se logra precisar todos estos detalles por dificultades de acceso a un cuerpo uterino relativamente alejado. En tales casos conviene asir el cuello uterino con unas pinzas adecuadas y traccionarlo suavemente hacia abajo.

Palpación de los anexos

Terminado el estudio de las características del útero se procede a explorar los anexos. Para ello los dedos intravaginales se dejan transitoriamente contra la cara anterior del cuerpo y la mano que está en abdomen abandona su posición inicial sobre la cara posterior, se aleja poco a poco de ella y se desplaza lateralmente en el sentido del anexo que se quiere examinar. Cuando se inicia el desplazamiento de la mano externa, los dedos intravaginales, puestos en supinación, se deslizan en el mismo sentido de aquélla levantando el fondo de saco correspondiente y tratando de ir al encuentro de los dedos abdominales.

La palpación de la trompa se empieza a nivel del cuerno uterino. Se hace contrapresión simultánea vaginal y abdominal contra los bordes laterales del

cuerpo. Es común que no se la encuentre allí; en ese caso, puede estar un poco por fuera ángulo cornual, donde es un cordón mucho más firme que en su extremo distal. Su grosor máximo es de 1 cm. en su porción distal, tiene consistencia firme y casi siempre es indolente.

Cuando hay una masa tubárica (de origen infeccioso o gestacional), adquiere una forma arriñonada o en salchicha. La cercanía de la masa al útero (a veces se fija a él), está a favor de su asiento en la trompa.

En pacientes delgadas o que permiten una palpación más profunda (colaboradoras) y en las que tienen pared abdominal y suelo pélvico relajados, puede palparse la trompa en toda su extensión hasta la ampolla. Por fuera de ella si se palpa, o en todo caso alejada e independiente del cuerpo uterino, puede encontrarse una masita blanda, redondeada u ovalada, aplanada y un tanto mayor que la yema del pulgar y sensible a la presión. Es el ovario. Mide aproximadamente 3.5 cms. de largo, 2 cms. de ancho y 1.5 cms. de espesor. Su sensibilidad semeja a la del testículo. Es extremadamente móvil y se hace difícil fijarlo entre los dedos. En las multíparas suele estar más descendido que en las nulíparas, a veces en la parte más baja de la cavidad pélvica (fondo de saco de Douglas).

El ligamento redondo, el ligamento ancho y el tejido subperitoneal de la pelvis son imperceptibles, a no ser que haya algún proceso patológico que los altere. Los ligamentos uterosacros, en cambio, se palpan a través del fondo de saco posterior con el dedo medio cuando el índice desplaza el cuello hacia la sínfisis púbica. Da la apariencia de una cuerda en sentido anteroposterior; esto se logra con mayor facilidad mediante el tacto rectal.

A través del fondo de saco posterior se puede obtener información sobre el estado del recto ya que la cara anterior de éste se relaciona íntimamente con la pared vaginal posterior. Para palparlo se dirige hacia él la cara palmar de los dedos (mano en pronación). El extremo inferior del fondo de saco de Douglas es bastante accesible por esta vía. Comúnmente no hay hallazgos al examen. Los principales en cuanto al recto son: materias fecales y, con menos frecuencia, procesos inflamatorios o tumores malignos o benignos. En el Douglas pueden encontrarse: un útero en retroversión, una masa extrauterina o una colección líquida, sea pus o sangre. Cuando hay colección líquida el fondo de saco posterior aparece abombado (forma convexa) y de consistencia renitente; cuando se trata de una masa aparece ocupado o rechazado pero conserva su espesor y las características propias de la mucosa vaginal y de los otros tejidos que lo constituyen.

El fondo de saco anterior pocas veces se encuentra ocupado por masas o abombado por colecciones líquidas, exceptuando un globo vesical muy grande que no sólo rechace la pared vaginal anterior sino que alcance a borrar el fondo de saco. En ocasiones, puede estar ocupado por quistes dermoides de mediano tamaño.

Examen rectal

Comprende el tacto rectal (uni o bidigital), la palpación rectoabdominal y el tacto rectovaginal.

Tacto rectal La paciente, en posición ginecológica, es invitada a hacer un esfuerzo como para defecar, con lo que se relaja el esfínter estriado del ano, momento que se aprovecha para la introducción del dedo índice. El frote suave y circular del ano con un lubricante, previo a la introducción del dedo, facilita también la exploración. El tabique rectovaginal y por ende la vagina no oponen mayor resistencia y se desplazan con facilidad hacia el pubis. Con el pulpejo del dedo orientado hacia la vagina en su cara palmar, se avanza en la luz intestinal por su parte media hasta tropezar con una pequeña prominencia firme que es el cuello uterino. Si se profundiza más se encuentra, contigua al cuello, una prolongación angosta y alargada que es el istmo y luego una masa de mayor anchura que es el cuerpo uterino. Estos hallazgos son inconstantes, excepto el del cuello; el cuerpo será más fácilmente palpable cuanto más retrodesviación presente. Ahora se está por debajo del fondo de saco de Douglas y su exploración por esta vía complementa los hallazgos obtenidos con el examen vaginal.

Los ligamentos uterosacros son más accesibles por el tacto rectal. Se sienten como cuerdas que salen de la cara posterior del istmo y se pierden en sentido divergente hacia la parte posterior de la pelvis; pero no siempre son palpables.

Los parametrios se buscan por vía rectal partiendo de los bordes laterales del istmo y presionando hacia arriba en dirección de la pared abdominal con el dedo en supinación, a medida que se aleja del sitio de partida y hasta encontrar la pared pélvica lateral. Cuando en este recorrido se encuentra una banda o cuerda dura y engrosada se puede pensar en un proceso infeccioso o inflamatorio previo. Cuando aparecen nodulaciones con o sin el hallazgo anterior, suele ser lesión carcinomatosa. Normalmente los parametrios no son palpables.

También deben evaluarse la cara anterior del sacro y del cóccix y la pared pélvica en busca de trastornos óseos, adenopatías o trombos venosos, así como el grado de amplitud de la luz intestinal, su compromiso intrínseco o extrínseco y las características de la mucosa rectal.

La palpación rectoabdominal, como complemento del examen vagino-abdominal, permite aproximar al dedo examinador masas que tiendan a ocupar el Douglas. El tacto rectovaginal puede ser simultáneo con la palpación abdominal y se efectúa con el dedo medio en el recto y el índice en la vagina, y permite detectar lesiones que infiltran el tabique rectovaginal, endometriosis y cáncer particularmente, así como evaluar mejor los parametrios.

A veces se tiende a creer que el examen rectal es de uso exclusivo en mujeres que tienen el himen íntegro, y se omite en otros casos por el fácil acceso a través de la vagina. En realidad, debe practicarse en toda mujer que se someta a un examen ginecológico y como complemento de éste. Conviene tomar las precauciones del caso para no llevar una infección a la vagina durante el procedimiento, usando un guante para cada procedimiento.

El examinador frecuentemente se encuentra ante el hecho de no palpar los anexos por vía vaginal ni por la rectal. Sólo obtiene como resultado una sensación de vacío o de tejidos blandos y flexibles que no se pueden identificar. Por exclusión, aunque no se haya encontrado nada, puede asegurarse que las trompas y los ovarios (anexos) son normales. Esto es lo que algunos médicos consignan en la historia como «anexos no palpables, libres e indoloros».

Como los tejidos pélvicos, excepto los del útero, son blandos y flexibles, es fácil palpar en ellos cualquier masa anormal de algún tamaño, sea ella neoplásica, inflamatoria, infecciosa o sanguínea. En algunos casos no se encuentra masa propiamente dicha pero hay rigidez, inmovilidad y resistencia, lo que se designa como induración; corresponde a un estado tumefacto, infeccioso o maligno, tejido cicatricial o neoplásico que no ha formado masa todavía. Cuando se encuentra una masa anormal deben evaluarse los mismos aspectos descritos para los órganos normales: posición, tamaño, forma, consistencia, sensibilidad, movilidad y si está adherida o no a algún órgano o tejido vecino.

Diagnóstico diferencial de masas palpables

Masas uterinas Se sospecha que una masa es uterina, forma parte del útero o «hace cuerpo» con él en las siguientes circunstancias:

1. La masa está situada en hipogastrio.
2. Los movimientos impresos al polo superior de la masa se transmiten de manera directa al cuello uterino y viceversa.
3. El desplazamiento de la masa, alejándola del pubis en dirección del ombligo mientras se mantiene localizado el cuello uterino con los dedos intravaginales, también aleja éste de los dedos que lo palpan. Si permanece en su sitio, sin desplazarse, la masa no forma parte del cuerpo uterino .

Casi siempre la palpación combinada es suficiente para saber si una masa es de origen uterino o no. En casos dudosos ayuda el histerómetro. Se introduce dentro de la cavidad uterina, se repite la palpación combinada, se aprecia la orientación del histerómetro en relación con la masa y se imprimen desplazamientos tanto de él como de la masa. Si el histerómetro se mueve conjuntamente con la masa y la histerometría es proporcional al tamaño de la masa, ésta puede ser el cuerpo uterino; si no ocurre así, puede pensarse en que la masa sea extrauterina.

En el caso de una masa uterina, obviamente ésta tiene que ser grande y sobre todo la cavidad ha de ser de forma alargada para que de lugar a tales hallazgos. Se incluyen algunos miomas intramurales que producen un aumento global del útero sin mayor deformación de su superficie pero que producen alargamiento de la cavidad. Por el contrario, en otras variedades de miomas la cavidad en sí es normal, lo cual puede confirmarse por la histerometría, pero en la superficie del cuerpo sobresalen una o más masas que corresponden a miomas serosos y pediculados. La mayoría de las masas anormales de origen uterino son miomas; si son pediculados, además de su consistencia dura, tienen movilidad evidente. La

pierden cuando son de gran tamaño y se enclavan en la excavación del sacro o se forman entre las hojas de ligamento ancho.

Distopias uterinas

Se comprenden mejor estos trastornos si se tiene en mente la ubicación exacta del útero en la cavidad pélvica. Para ello deben conocerse las nociones de posición, versión y flexión del útero.

Posición. Se refiere a la situación de todo el órgano en conjunto y no a la del cuerpo uterino, con respecto al cinturón óseo pélvico. En un corte frontal, el orificio cervical externo se encuentra a la altura de un plano que pasa por las espinas ciáticas, cuando no hay embarazo, y el fondo uterino no sobrepasa el plano del estrecho superior. Es pues un órgano totalmente intrapélvico, en ausencia de gestación y neoplasia.

Versión. Es la relación entre los ejes longitudinal del útero y longitudinal de la pelvis. El cuerpo está situado en la parte anterior de la cavidad pélvica, inmediatamente detrás del pubis, y el cuello en la parte posterior. También puede apreciarse que el eje longitudinal del cuello forma con el de la vagina un ángulo casi recto abierto hacia abajo y hacia adelante.

Flexión. Es la relación entre el eje longitudinal del cuerpo uterino y el del cuello: los dos ejes se entrecruzan a nivel del istmo formando un ángulo obtuso (95 a 100°) abierto hacia adelante y hacia abajo.

Las nociones de posición y versión se refieren a relaciones extrínsecas del útero, es decir, con la cavidad pélvica. En cambio, la de flexión se refiere a una relación intrínseca del útero, es decir, consigo mismo. La situación normal en la época de la madurez se describe como anteversoflexión, descripción en la que se prescinde de la posición.

Tipos de distopias uterinas Variaciones de la posición. Las variaciones de la posición son menos frecuentes que las de versión y flexión. El útero pierde su posición habitual por desplazamiento producido por una gestación ortotópica en desarrollo, por una fibro-matosis o un proceso neoplásico o infeccioso. Ante éstos la distopia en sí pasa a un segundo plano.

- **Anteposición.** El órgano ocupa la hemipelvis anterior. Casi siempre se acompaña de desplazamiento hacia arriba (rechazo o elevación). Ocurre cuando el espacio retro-uterino es ocupado por una masa de tamaño suficiente para desplazarlo. Puede ser un tumor de ovario, un mioma de la cara posterior del útero, un absceso pélvico o un hematocele organizado como en algunos casos de embarazo ectópico roto.
- **Retroposición.** El órgano ocupa la hemipelvis posterior. Ocurre cuando el espacio vesicouterino está ocupado por una masa de tamaño suficiente para desplazarlo. Puede ser un globo vesical gigante, un teratoma ovárico (quiste dermoide), un mioma de la cara anterior del útero. También se puede deber a adherencias rectouterinas como secuela de pelviperitonitis.

- Lateroposición. El órgano es desplazado hacia la derecha (dextroposición) o hacia la izquierda (sinistroposición). Los tumores sólidos o quísticos desarrollados entre las hojas del ligamento ancho contralateral y los abscesos del mismo son la causa principal.
- Elevación. El útero asciende, deja de ser intrapélvico y se hace propiamente abdominal. Tal es el caso cuando hay un mioma grande en la cara posterior del istmo, hematocalpos por himen imperforado o por atresia de la parte inferior de la vagina; también en algunos cistoadenomas.
- Descenso. El útero baja a través del hiato urogenital. Es el prolapso uterino o histerocele.

Variaciones de la versión. El útero gira en torno a un plano que pasa por el istmo pero los ejes longitudinales del cuerpo y del cuello conservan su misma relación. Ello implica que el fondo y el cuello uterinos se desplazan en sentido opuesto y presentan una posición diferente a la normal en relación con la cavidad pélvica pero la actitud entre el cuerpo y el cuello se conserva.

- Anteversión. El fondo se acerca al pubis y el cuello al sacro. Es una acentuación de la anteversoflexión normal, se la encuentra a veces en períodos iniciales del embarazo normal. Algunos, para distinguirla de la anteversoflexión normal, la denominan anteversión forzada.
- Retroversión. El útero bascula en torno a un plano que pasa por el orificio interno de manera que el cuerpo pasa a la hemipelvis posterior y el cuello a la hemipelvis anterior. Según el menor o mayor grado de este desplazamiento, se clasifica en primero, segundo y tercer grado.
 - Retroversión de primer grado. El fondo uterino se orienta hacia atrás y hacia arriba pero todavía por delante del promontorio. El orificio externo del cuello se dirige hacia el tercio inferior (o externo) de la pared vaginal posterior.
 - Retroversión de segundo grado. El fondo uterino ya está orientado hacia el promontorio y el orificio externo del cuello se dirige en el sentido del eje de la vagina.
 - Retroversión de tercer grado. Se orienta hacia la excavación del sacro y el orificio externo del cuello se dirige a la pared vaginal anterior.
- Lateroversión. Ocurre cuando el cuerpo uterino se desvía lateralmente, y el cuello hacia el lado opuesto. Si el cuerpo está en la hemipelvis derecha y el cuello en la izquierda, se trata de una dextroversión. Sinistroversión, si el cuerpo está en la hemipelvis izquierda y el cuello en la derecha. Esta condición, a diferencia de la retroversión, es muy poco frecuente.

Variaciones de la flexión. Corresponden a alteraciones de la relación entre el eje longitudinal del cuerpo uterino y del cuello. La orientación y la amplitud del ángulo cérvicocorporal son diferentes a lo normal.

- **Hiperanteflexión.** El eje del cuerpo uterino forma con el del cuello un ángulo de 90°. Mientras más agudo sea, mayor es el trastorno. El cuello se dirige en el sentido de la vagina o aun hacia su pared anterior. El cuerpo se palpa a través del fondo de saco anterior. Como el ángulo cérvico-corporal se abre hacia adelante, es fácil comprobar la hiperante-flexión mediante la palpación combinada con los dedos intravaginales en el fondo de saco anterior. Es el útero «en anzuelo» que a veces se encuentra en casos de hipoplasia uterina.
- **Retroflexión.** El ángulo cérvicocorporal disminuido se abre hacia atrás y hacia abajo. El orificio externo del cuello mantiene una orientación casi normal. El cuerpo se inclina hacia atrás en menor o mayor grado, tal como en la retroversión.
- **Lateroflexión.** El ángulo cérvicocorporal se abre hacia la derecha (dextroflexión) o hacia la izquierda (sinistro-flexión); es poco frecuente. Las modificaciones más frecuentes de la flexión son la hiperanteflexión y la retroflexión. Es común que estas modificaciones se combinen con las de la versión.

Masas parauterinas

Cuando la palpación combinada permite identificar un útero de características normales y a uno de sus lados otra masa independiente de aquél, debe iniciarse su estudio con el fin de identificar la estructura anatómica o el órgano del que proviene. Puede estar separada del útero en forma muy neta o bien, por su tamaño o localización, ser tan contigua que de la impresión de formar parte del mismo. La mayoría de las masas parauterinas se encuentran a los lados izquierdo o derecho del útero, menos frecuentemente por detrás de él y más raras veces por delante. Por lo tanto, casi siempre son anexiales y tienen entonces origen en trompas, ovarios, hojas del ligamento ancho o ligamentos redondos. Son menos frecuentes en otras estructuras tales como ligamentos uterosacros y tejido subperitoneal.

Una masa palpable por el fondo de saco anterior hace pensar en primer lugar en un globo vesical; también en asas intestinales interpuestas o en un quiste dermoide de ovario. Si la masa se encuentra en el fondo de saco posterior se puede tratar de un útero grávido encarcerado, un tumor de ovario, un mioma subseroso o un absceso pélvico. Si sus características no son propiamente las de una masa sólida sino de colección líquida, es un derrame purulento libre o un hemoperitoneo.

Masas de origen tubario

Casi siempre corresponden a procesos infecciosos o gestacionales, ya que las neoplasias son extremadamente raras. La acumulación de material purulento en su interior distiende la trompa y le confiere forma de huso (en algunos casos ovalada o casi redondeada) y consistencia quística renitente. La distensión y la inflamación de las paredes pueden a veces engrosar las paredes del piosálpinx y ser perceptibles a la palpación. La movilidad es amplia como la de la trompa normal, pero está limitada cuando hay exudados peritubáricos o adherencias. Si

éstas persisten después de pasar la fase aguda, la limitación de la movilidad continuará. Cuando ya no hay reacción inflamatoria y ha habido reabsorción parcial del contenido, es de consistencia más blanda, de paredes más delgadas y depresibles y de mayor movilidad, salvo cuando las adherencias residuales son muy firmes. De otra parte, el proceso infeccioso pudo haber aproximado y fijado la trompa al útero. En tal caso, la masa tubárica aparece como formando parte del cuerpo uterino, pero su consistencia blanda y quística ayuda a diferenciarla de éste. El absceso tubárico o tuboovárico suele presentar grandes adherencias a epiplón y asas intestinales, lo que le confiere gran tamaño y un contorno irregular, por lo que se pierde la configuración que corresponde a los órganos comprometidos.

El embarazo tubárico no roto origina una masa anexial generalmente fusiforme, a veces redondeada; blanda o tensa, sensible, móvil y unilateral; casi siempre se percibe la porción de la trompa proximal al útero, o al menos no es posible alejar la masa de él. Una vez roto, el hemoperitoneo oculta la pequeña masa y el diagnóstico se hace por los otros elementos clínicos del cuadro clínico, por ecografía, culdocentesis o laparoscopia.

Masas de origen ovárico

Los tumores ováricos generalmente son redondeados y lisos; de su tamaño, que es variable, depende su grado de movilidad. Los pequeños y medianos son más móviles y se dejan alejar bastante del útero, tanto más cuanto más pediculados sean, lo que los diferencia de las masas de origen tubárico. Pierden su movilidad si son de gran tamaño y si ocupan el fondo de saco de Douglas o toda la cavidad pélvica. Mientras se encuentren en la pelvis menor, suelen ocupar el espacio lateral y posterior, a la izquierda o a la derecha del útero. Un tumor ovárico que se encuentre por delante del útero debe ser un teratoma quístico benigno (quiste dermoide). Si se encuentra por detrás, encarcerado en la pelvis menor porque ha crecido allí hasta el punto de no poder salir a la pelvis mayor, imprime cambios de posición al útero; éste se eleva y antepone, el cuello se coloca casi por encima de la sínfisis púbica; la vejiga también se eleva, la uretra es traccionada y colapsada y se produce retención vesical y eliminación urinaria por rebosamiento. Algo similar ocurre, en cuanto al compromiso vesical y a la ubicación del cuello, cuando por defectos de posición del útero o por adherencias de un útero grávido, éste crece en retroposición. Por el contrario, los tumores que ocupan el fondo de saco véscouterino, si son voluminosos, imprimen al útero una retroposición y, escondido en la concavidad del sacro, puede ser palpado por el fondo de saco posterior. Como la mayoría de los tumores ováricos son cistoadenomas, la consistencia quística se pierde si el contenido líquido está a tensión.

Los tumores pequeños pediculados son más o menos redondeados y elásticos, si son quísticos; firmes, si son sólidos; suelen ser indolentes, móviles y situados en la pequeña pelvis a los lados y por detrás del útero, del cual son fácilmente separables. No es fácil palpar el pedículo; se supone que es largo si la movilidad es mucha o corto si el desplazamiento de la masa repercute directamente sobre el útero. Su diagnóstico diferencial incluye el mioma seroso pediculado, la salpingitis quística y, menos frecuentemente, el endometrioma ovárico. Los teratomas suelen

tener consistencia pastosa o combinada, según los elementos que contengan: tejido cartilaginoso, óseo o dentario.

Los tumores voluminosos alcanzan el hipogastrio y pueden deformar el abdomen. Suelen ser redondeados u ovalados. El polo inferior se pierde en la pelvis. Su superficie suele ser lisa, la consistencia varía entre elástica y dura. Son indoloros y poco móviles o fijos. La percusión de la masa abdominal distingue la matidez del borde superior convexo de la que hay en la ascitis libre, teniendo en cuenta que ésta puede estar presente en algunos blastomas. Al examen vaginal o rectal casi siempre se identifica el polo inferior del tumor o a través del fondo de saco posterior, con el cuerpo uterino rechazado hacia el lado opuesto o contra el pubis. A veces el rechazo es de tal magnitud que el útero no es alcanzable al tacto. Establecer la independencia entre el útero y el tumor es de gran importancia para el diagnóstico diferencial entre un mioma voluminoso y un blastoma sólido o un cistoadenoma con gran tensión, para lo cual puede ayudar la toma del cérvix con una pinza: se tracciona ésta y simultáneamente se rechaza la masa por abdomen en dirección del ombligo.

Los tumores ováricos malignos, además de la ascitis, dan lugar a una masa muy irregular en la forma y en la consistencia, generalmente con muchas adherencias y por lo tanto son fijos, todo lo cual no permite describir características definidas; ello mismo excluye las características mencionadas para las neoplasias benignas y hace el diagnóstico.

Masas del ligamento ancho

Aunque no son comunes, ofrecen características tan precisas que con sólo el examen clínico puede hacerse casi siempre el diagnóstico. Corresponden a tumores originados en el paraoóforo (quiste paraovárico), a fibromiomas subserosos del útero cuyo pedículo ha desaparecido y han emigrado entre las hojas del ligamento ancho, o a fibromas originados directamente entre dichas hojas, indiferenciables, en la práctica, de los anteriores. Todos ellos son tumores intra-ligamentarios. La celulitis y el absceso del ligamento ancho y de manera más circunscrita, la parametritis, son procesos infecciosos, más frecuentes, que entran en el diagnóstico diferencial.

Debido al limitado espacio entre los bordes laterales del útero y la pared ósea, los tumores intraligamentarios que alcanzan un tamaño mediano o grande, llaman de inmediato la atención por su fijeza. En menor o mayor grado, desplazan el útero hacia el lado opuesto. Este, además, cuando el tumor se localiza hacia la parte inferior del ligamento ancho, como es frecuente, no sólo queda rechazado lateralmente sino también hacia un plano más elevado. En estos casos se deforma la luz vaginal en el fondo de saco lateral correspondiente y protruye la pared de la vagina. Cuando por su tamaño el tumor es palpable a través de la pared abdominal, puede encontrarse en su polo superior un cordón que lo recorre y que corresponde al ligamento redondo. Por el tacto rectal el ligamento úterosacro del mismo lado del tumor se palpa desviado hacia atrás y hacia la línea media. La búsqueda de este detalle es de importancia para diferenciar un tumor intraligamentario de uno que sea intraperitoneal pero que ocupe un plano similar al

de aquél y que rechace o se fije a la hoja posterior del ligamento ancho, en cuyo caso el ligamento úterosacro es rechazado hacia adelante y hacia afuera de la línea media y estará en consecuencia por delante del tumor.

La parametritis se evidencia mejor por vía rectal. Hay tumefacción o empastamiento en el trayecto del parametrio y el ligamento ancho propiamente dicho queda indemne mientras no haya propagación del proceso infeccioso.

La celulitis del ligamento ancho se manifiesta también por tumefacción o empastamiento, evidenciable mejor mediante palpación de uno u otro fondo de saco vaginal lateral o de ambos si es bilateral. Cuando se absceda es común que el absceso se haga hacia la base del ligamento ancho. En cuanto a la masa se refiere, ayuda al diagnóstico diferencial con el tumor intraligamentario el hecho de que los dedos intravaginales no encuentren un surco de separación neta entre el borde lateral del útero y el absceso; si la consistencia de éste no fuera renitente como suele serlo, sino firme como la de aquél, podría tomarse por una prolongación lateral del órgano.

Si es unilateral, el cuello uterino puede estar rechazado según la magnitud de la colección purulenta o simplemente oculto por la protrusión del fondo de saco. Al lado opuesto, hacia la pared pélvica, el absceso hace igualmente contacto con ella de manera difusa. La colección purulenta, por tener su asiento principal en la base del ligamento, fácilmente se propaga de manera descendente a lo largo de la pared vaginal lateral; por ello es común que en el examen vaginal, además del abombamiento del fondo de saco, se aprecie en uno o en dos tercios de su longitud la protrusión de la pared vaginal y la disminución consiguiente de su calibre.

Cuando el absceso se limita a la parte inferior del ligamento ancho, obviamente la palpación combinada no encuentra masa parauterina alta. No ocurre así cuando el absceso compromete la parte alta del ligamento ancho.

La palpación combinada descubre la presencia de masa o empastamiento en la región inguinoabdominal correspondiente; puede extenderse, según el tamaño del absceso, desde el pubis hasta la espina ilíaca anterosuperior; en cambio, el examen vaginal aporta poco: deprimiendo el fondo de saco lateral del lado afectado, a veces se alcanza a palpar el extremo inferior, doloroso, del absceso y se aprecia que existen tejidos interpuestos entre la masa y la pared vaginal, los cuales corresponden a la base del ligamento ancho.

Masas de origen extragenital

Las estructuras anatómicas y los órganos vecinos al aparato genital pueden ser asiento de masas que den lugar a confusión con las verdaderamente genitales. Un riñón ptósico normal o tumoral, salvo cuando se identifica su forma más o menos característica, puede ser imposible de diferenciar si no se recurre a la ecografía o a la pielografía. No así los tumores óseos de la pelvis que, por su dureza, fijeza y vinculación con la cintura ósea de la misma, hacen pensar rápidamente en ellos. Los tumores del epiplón, del intestino grueso y del delgado y las simples asas

dilatadas pueden hacerse presentes en la cavidad pélvica. El bolo fecal y la vejiga distendida son las masas extragenitales más frecuentes en el examen ginecológico.

Métodos auxiliares de diagnóstico de las masas palpables

La mayoría de las veces, el interrogatorio y un buen examen físico son suficientes para llegar a un diagnóstico. En algunas ocasiones, sin embargo, esto no es suficiente porque la masa sospechada es muy pequeña o inaccesible mediante la palpación combinada o porque se asocia a dolor intenso o a un verdadero abdomen agudo, lo que imposibilita el examen ordinario. Entonces se necesita recurrir a un medio auxiliar de diagnóstico. Entre ellos se encuentran: la culdocentesis, la punción abdominal, la radiografía simple de abdomen, el examen bajo anestesia, la ecografía y la laparoscopia. Con todo, la ecografía cada vez se utiliza más, actualmente es casi indispensable y en muchos casos sustituye al examen clínico.

RESUMEN

La presencia de una masa pélvica constituye uno de los hallazgos más frecuentes en el examen ginecológico y también puede ser motivo de consulta. Aunque aparecen modernas técnicas de diagnóstico cada vez más precisas y menos invasivas, tales como la ecografía, la tomografía axial por computación y la resonancia magnética nuclear, todavía tienen prioridad un interrogatorio y un examen físico adecuados, es decir, una buena historia clínica.

LECTURAS RECOMENDADAS

Hoskins WJ, Pérez CA, Young RC: **Principles and practice of gynecologic oncology**, Lipponcott-Raven, Philadelphia, 1997: 785, 985, 987, 1025, 1089.

Jones III, HW, Wentz AC, Burnett LS: **Tratado de ginecología de NOVAK**, 11ª ed, Interamericana, MacGraw-Hill, México, 1991: 391-403, 403-425, 425-449, 449-465, 493-507, 531-553, 603-635, 645-675, 675-685, 685-693, 693, 703, 737-753, 767-791.

Rodríguez Armas O, Santiso R, Calventi V: **Ginecología, Fertilidad, Salud reproductiva**, Aleproca, Carcas, 1996: 157, 183, 231, 279, 313, 365, 373.

Townsh Th I, Chamberlain JUP: Lewis: **Ginecología**. Manual Moderno, Sonora, 1994: 133, 145, 134, 156, 171, 172, 221.

Thompson JD, Rock JA: TeLinde: **Ginecología Quirúrgica**, Panamericana, Buenos Aires, 1993: 382-406, 511-554, 593-606, 777-796, 1046-1121, 1172-1189).