

Caso	(349) Torsión de teratoma ovárico maduro en mujer gestante.
Autores	Javier Fernández García, García-melgares Hernández, J.c; Martínez-sanchez, Rt; Riestra Merchán, C; Barxias Martín, M.
Centro	Hospital Universitario Fundación Alcorcón

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 36 años gestante de 16+5 semanas que acude a urgencias obstétricas por cuadro de dolor abdominal intenso de 2 horas de evolución, sin otra sintomatología.

A la exploración física se encuentra afebril, abdomen doloroso a la palpación profunda y leve defensa en flanco derecho. Genitales externos y vagina normales. Cérvix cerrado.

Ecografía abdominal ginecológica sin hallazgos patológicos valorables.

Se realiza ecografía abdominal que se completa con RM con cortes cortes axiales y coronales en secuencia 2D FIESTA, 2DFIESTA con saturación grasa, cortes axiales en secuencia eco de gradiente T1 fase y fuera de fase, cortes axiales en secuencia LAVA y cortes axiales y coronales en secuencia FSE T1.

Se identifica masa paraumbilical derecha, de hasta 11 cm de eje máximo, hiperecogénica en ecografía y predominantemente hiperintensa con áreas con señal de partes blandas en secuencias potenciadas en T1 y T2 en la RM, con importante supresión de señal en secuencias con saturación grasa. Presenta bordes bien delimitados con una cápsula periférica e ingurgitación de las estructuras vasculares. Pequeña cantidad de líquido libre adyacente a la lesión. Hallazgos compatibles con teratoma ovárico maduro torsionado.

Se realizó anexectomía derecha laparoscópica con exéresis tumoral y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

DISCUSIÓN

El teratoma quístico maduro es uno de los tumores ováricos más frecuentes, siendo el tumor ovárico más frecuentemente asociado al embarazo.

La torsión de un teratoma ovárico es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. El puerperio es un periodo especialmente sensible al desarrollo de este cuadro ya que la laxitud ligamentosa secundaria a la regresión uterina predispone a la torsión ovárica, por lo que se debe prestar especial atención a las mujeres en el posparto con dolor abdominal agudo.

El debut del teratoma frecuentemente es en forma de torsión ovárica.

Las técnicas de imagen son claves en el diagnóstico de esta enfermedad:

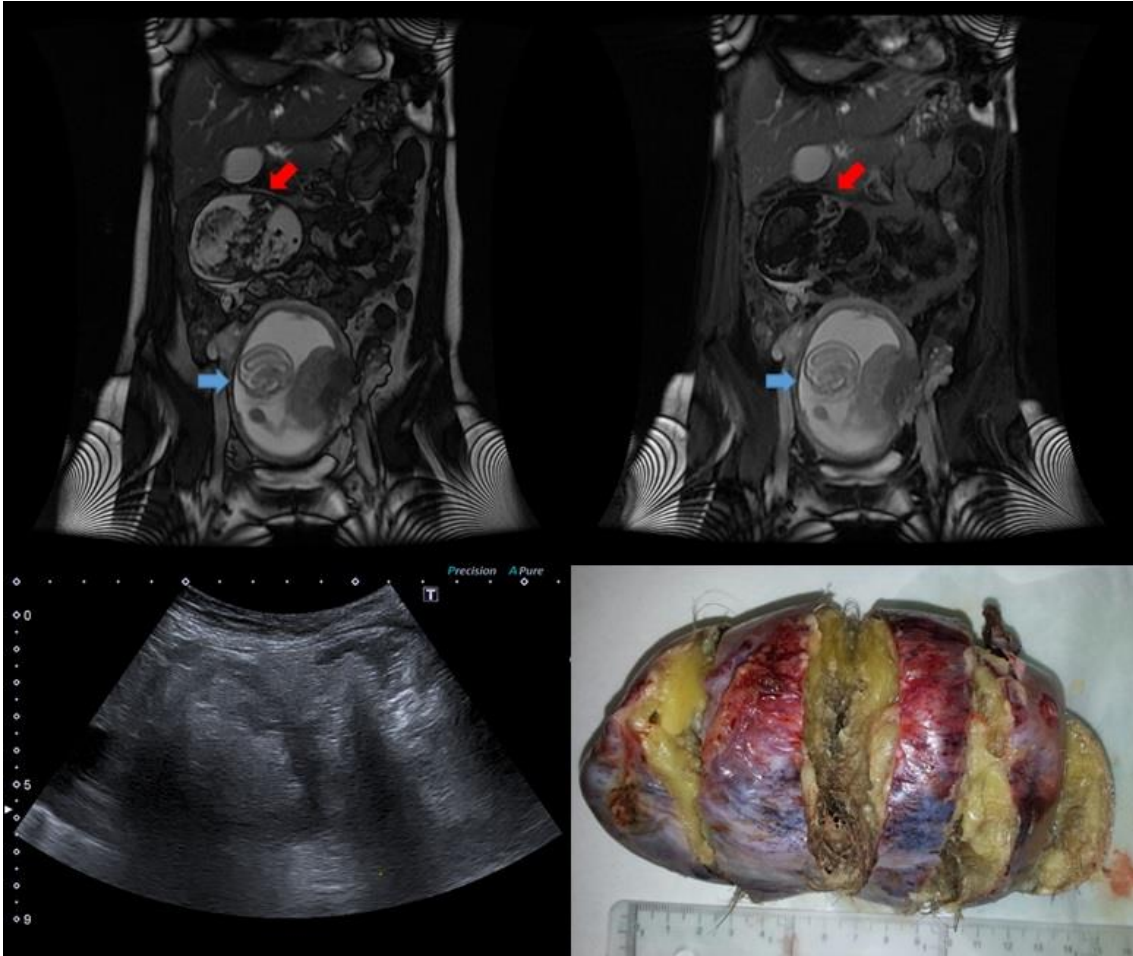
- Radiografía simple: útil para demostrar calcificaciones.

- Ecografía: masa quística con un tubérculo marcadamente ecogénico en su luz (nódulo de Rokitansky) y/o masa ecogénica por el contenido sebáceo y/o con múltiples bandas ecogénicas finas (pelo en la cavidad del quiste).
- TC: muy sensible para la detección de la grasa intratumoral, así como para las calcificaciones, habitualmente localizadas en la pared.
- RM: el componente sebáceo tiene una intensidad de señal similar a la grasa peritoneal, muy alta en imágenes potenciadas en T1, con intensidad de señal variable en T2. Esta combinación de las diferentes intensidades de señal en T1 y T2 no es específico de grasa y debe distinguirse de la hemorragia intraquística. Es recomendable añadir secuencias de saturación selectiva de la grasa, las cuales suprimen la alta señal de los teratomas y ayudan a distinguirlos de las lesiones hemorrágicas.

El tratamiento de elección es quirúrgico, con resección del teratoma maduro y la conservación del resto del anejo si se encuentra respetado por el tumor.

CONCLUSIÓN

Los teratomas son los tumores ováricos que se resecan con mayor frecuencia. Puesto que en la mayoría de casos el diagnóstico es radiológico, es importante conocer sus principales características de imagen para realizar un fácil diagnóstico del mismo así como de sus complicaciones.



Imágenes superiores: cortes coronales de RM en secuencia 2D Fiesta, izquierda sin saturación grasa y derecha con saturación grasa: masa anexial derecha heterogénea predominantemente hiperintensa con marcada supresión de señal (flecha roja) y feto en útero (flecha azul). Imagen inferior izquierda: ecografía muestra masa heterogénea predominantemente hiperecogénica. Imagen inferior derecha: pieza quirúrgica con predominio de tejido graso junto con mechones de pelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rha SE, Byun JY, Jung SE, et al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. *RadioGraphics* 2002;22:283-294. <https://doi.org/10.1148/radiographics.22.2.g02mr02283>
2. Sung BP, Jeong KK, Kyu-Rae K, et al. Imaging Findings of Complications and Unusual Manifestations of Ovarian Teratomas *Radiographics* 2008 28:969-983. <https://doi.org/10.1148/rg.284075069>
3. Hannah CC, Shweta B, and Vikram SD. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. *Radiographics* 2008 28:1355-1368. <https://doi.org/10.1148/rg.284075069>
4. Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *RadioGraphics* 2001;21:475-490. <https://doi.org/10.1148/radiographics.21.2.g01mr09475>