

Caso	(072) Abdomen agudo en mujer joven en estudio por masa pélvica
Autores	Marina Herrero-huertas, Elisa Antolinos, Almudena Gil-boronat, Sofía Ventura-díaz, Esther García-casado
Centro	Hospital Universitario Ramón Y Cajal

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 27 años acude a Urgencias con abdomen agudo y signos de irritación peritoneal. Como único antecedente, dos semanas antes la paciente había acudido a Urgencias por distensión abdominal y dolor en hipogastrio de un mes de evolución con masa pélvica palpable a la exploración física. En aquel momento se realizaron una ecografía abdominal y TC abdominopélvica urgentes objetivando una voluminosa lesión compleja sólido-quística pélvica de probable dependencia anexial de 13 x 12 x 15 cm (eje transverso, anteroposterior, longitudinal). La lesión, de predominio quístico, presentaba calcificaciones periféricas lineales y un polo sólido multitabicado con calcificaciones groseras.

La paciente se encuentra actualmente en lista de espera para cirugía.

En la TC abdominopélvica actual dicha lesión solido-quística de probable origen anexial, presenta una morfología distinta respecto a TC previo, con marcada disminución que tamaño de su componente quístico (en TC previo este componente medía 13 x 7,5 cm; en TC actual 10 x 2,5 cm). Además existe trabeculación de la grasa mesentérica, moderada cuantía de líquido libre intraabdominal de predominio en pelvis y en ambas goteras parietocólicas y sutil realce de las hojas peritoneales.

DISCUSIÓN

Dentro de las lesiones ováricas, el espectro varía desde lesiones completamente benignas, hasta neoplasias agresivas de mal pronóstico.

En mujeres jóvenes son más frecuentes las lesiones benignas, siendo la principal el teratoma maduro quístico, que constituye un 20% aproximadamente de todas las neoplasias ováricas. Su tamaño suele ser menor a 6 cm y es generalmente asintomático. Por ello, es frecuente el hallazgo incidental en pacientes jóvenes, con una mediana de edad de 30 años.

Los teratomas maduros quísticos se componen de tejido bien diferenciado de al menos dos de las tres derivaciones germinales (ectodermo, mesodermo y endodermo), por lo que es común encontrar hueso, uñas, piel, grasa, etc.

En nuestro caso, aunque la masa presentaba unas dimensiones mayores de 10 cm, la presencia de una lesión sólido-quística con calcificaciones groseras apoya el diagnóstico de teratoma maduro quístico.

Las complicaciones del mismo, aunque poco frecuentes, incluyen la torsión ovárica (hasta en un 15% de los teratomas), transformación maligna, sobreinfección o rotura, entre otros. La rotura espontánea es una complicación rara, que sucede en 1-4% de los casos y debuta con clínica de abdomen agudo.

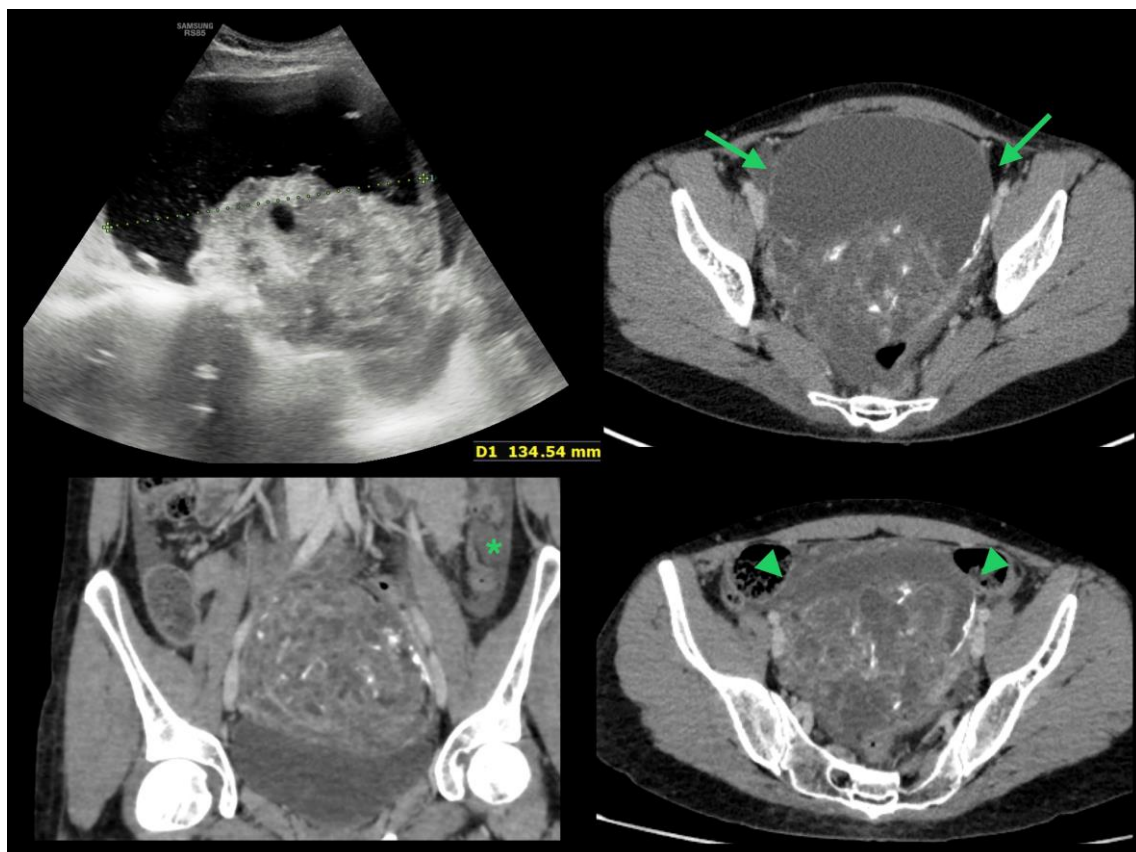
En este caso, el cambio de tamaño respecto a la TC diagnóstica inicial, así como la presencia de líquido libre y hallazgos radiológicos que sugieren peritonitis plantean la rotura de la lesión como diagnóstico principal.

Se realizó una anexectomía izquierda por laparotomía media urgente por parte del servicio de Ginecología junto a Cirugía general, y se confirmó la rotura de la lesión y signos de irritación peritoneal.

La anatomía patológica confirmó la histología de teratoma maduro quístico.

CONCLUSIÓN

Pese a que los hallazgos radiológicos típicos del teratoma maduro quístico son bien conocidos, hay que tener en consideración otras posibles formas de presentación más atípicas, como pueden ser sus complicaciones. La rotura de un teratoma maduro quístico aunque rara, es una complicación que requiere un diagnóstico precoz y manejo quirúrgico urgente.



(de izquierda a derecha, y de arriba abajo): Las figuras 1 y 2 muestran la ecografía y TC abdominopélvica realizadas el día del diagnóstico, dos semanas antes, evidenciándose una masa sólido-quística pélvica con calcificaciones groseras y lineales periféricas (flechas señalizan el componente quístico). En las figuras 3 y 4 se muestra la reconstrucción coronal y el corte axial de la TC abdominopélvica actual objetivándose una marcada disminución de tamaño del componente quístico (arrowheads), líquido libre y engrosamiento de la fascia peritoneal ().*

BIBLIOGRAFÍA

Ovarian Teratomas: Tumor Types and Imaging Characteristics. Eric K. Outwater, Evan S. Siegelman, and Jennifer L. Hunt. *RadioGraphics* 2001 21:2, 475-490

Atypical CT and MRI Manifestations of Mature Ovarian Cystic Teratomas. Sung Eun Rha, Jae Young Byun et al. *American Journal of Roentgenology* 2004 183:3, 743-750