

## Caso clínico

### ¿Qué es esta masa pélvica?

Paloma Henares García, Antonio Calvo Cebrián, Silvia Membrado Gómez

Centro de Salud de Galapagar (Madrid)

Mujer de 54 años de edad, con antecedentes personales de una cesárea; resto sin interés.

Acude a consulta estando asintomática, porque en una revisión rutinaria en el ginecólogo se detecta mediante ecografía transvaginal "lesión de apariencia neoplásica intravesical".

Al observar la fotografía que aporta la paciente no parece que la lesión sea intravesical, por lo que ese mismo día se realiza una exploración ecográfica abdominal. En ella se aprecia una imagen anecoica, de 6 cm, con zona sólida en su interior, que no capta doppler, adyacente a la pared izquierda de la vejiga (figura 1).

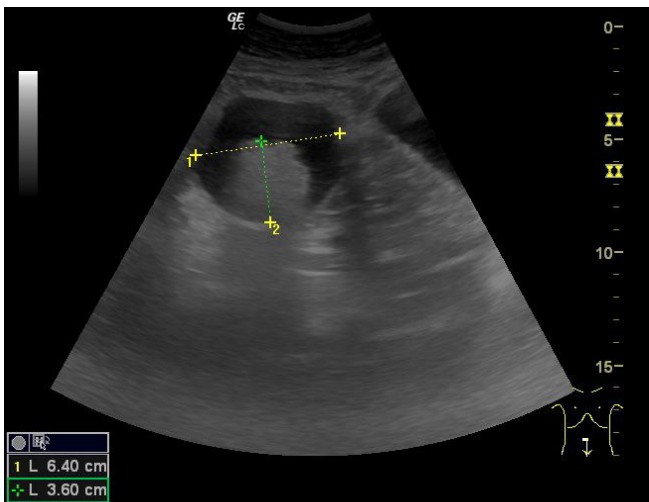


Figura 1.

La paciente es remitida a Ginecología. Allí se realiza exploración ecográfica transvaginal, que confirma la presencia en el ovario izquierdo de una imagen quística, con zona sólida en su interior, de 8,1 x 7,7 x 6,5 mm, que no capta doppler.

Con el diagnóstico de presunción de quiste de ovario, se solicitan marcadores tumorales y resonancia magnética, que confirma, el diagnóstico de teratoma ovárico.

Se realiza ooforectomía más salpinguectomía. El diagnóstico anatomopatológico es de quiste dermoide (teratoma quístico maduro).

## COMENTARIO

El teratoma quístico maduro (más conocido como quiste dermoide) es el tumor ovárico más frecuente en las mujeres entre los veinte y treinta años y siempre es benigno. Supone más de 70 % de las masas ováricas benignas en la edad reproductiva y el 20 % en las mujeres postmenopáusicas<sup>1</sup>.

Raramente se hace maligna (0,2-2 %) <sup>2,3</sup>; la edad superior a 45 años es un factor de riesgo para ello.

Como en nuestro caso, la mayoría son asintomáticos, pero pueden originar dolor abdominal e incluso torsionarse, infectarse o romperse<sup>3,4</sup>.

La ecografía es el método de imagen más usado para valorar una masa pélvica y determinar su órgano de origen<sup>3</sup>. En el caso del quiste dermoide la ecografía transvaginal es el método diagnóstico de elección<sup>1,2</sup>, con una sensibilidad en torno al 98 %; el diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

Ecográficamente el quiste dermoide puede tener un aspecto muy variado debido a su diferente composición (grasa, pelo, dientes...). Puede aparecer pura o predominantemente quístico, sólido, presentar algún signo patognomónico, como el *nódulo de Rokitansky* (protuberancia hiperecoica que se proyecta dentro de la luz del quiste) o pequeñas líneas y puntos hiperecoicos, o también, como en nuestro caso, presentarse como una masa compleja con refuerzo acústico y sombra acústica posterior<sup>3</sup>.

La resonancia magnética tiene una alta sensibilidad debido a que identifica muy bien la grasa intraquiste.

El tratamiento de elección es la cirugía laparoscópica, para con ello hacer el diagnóstico definitivo y evitar complicaciones<sup>1,2</sup>.

La cistectomía es la técnica de elección en mujeres premenopáusicas para preservar el ovario; pero si se trata de mujeres postmenopáusicas es aceptable extirpar el ovario y la trompa, como en nuestro caso.<sup>1,2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sinha A, Ewies AA. Ovarian mature cystic teratoma: Challenges of surgical management. *Obstet Gynecol Int.* 2016; 2390178. doi: 10.1155/2016/2390178
2. <https://www.uptodate.com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/ovarian-germ-cell-tumors-pathology-clinical-manifestations-and-diagnosis>.
3. Sahin H, Abdullazade S, Sancı M. Mature cystic teratoma of the ovary: a cutting edge overview on imaging features. *In-sights Imaging.* 2017:227-241.
4. Hoo VL, Yazbek J, Hollad T, Mavrelos D, Tong ENC, Jurkovic D. Expectant management of ultrasonically diagnosed ovarian dermoid cysts: is it possible to predict outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;36:235-240.