



Imagen
diagnóstica

www.elsevier.es/imagendiagnostica



CASO CLÍNICO

Torsión ovárica secundaria a teratoma maduro de ovario, causa infrecuente de dolor abdominal agudo

Ignacio González-Huebra*, Paula García-Barquín, Almudena Quilez Larragan, Pablo Bartolomé Leal, Meylin Caballeros Lam, Alejandra García Baizán e Isabel Vivas Pérez

Departamento de Radiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 14 de febrero de 2016; aceptado el 8 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Teratoma maduro;
Torsión ovárica;
Dolor abdominal agudo;
Puerperio

Resumen El teratoma quístico maduro es uno de los tumores ováricos más frecuentes. La torsión de un teratoma ovárico es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. El puerperio es un periodo especialmente sensible al desarrollo de esta enfermedad ya que la laxitud ligamentosa secundaria a la regresión uterina predispone a la torsión ovárica. La presentación clínica de la torsión ovárica y de otros trastornos relacionados con el puerperio, es bastante similar. Se debe prestar especial atención a las mujeres en el posparto con dolor abdominal agudo. Las técnicas de imagen son claves en el diagnóstico de esta enfermedad. El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la resección del teratoma y la conservación del resto del anejo.

© 2017 ACTEDI. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mature teratoma;
Ovarian torsion;
Acute abdominal pain;
Postpartum period

An ovarian torsion caused by mature teratoma, an uncommon cause of abdominal pain

Abstract The mature cystic teratoma is one of the most common ovarian tumours. The ovarian torsion of a teratoma is a rare cause of acute abdominal pain. Puerperium is a period in which the uterine ligament laxity predisposes to the ovarian torsion. The clinical presentation of an ovarian torsion and other disorders associated with the puerperium, is quite similar. We should pay special attention to postpartum women with acute abdominal pain. Imaging techniques are essential in the diagnosis of this disease. The treatment of choice is surgical and involves the resection of the teratoma and conservation of the rest of the annex.

© 2017 ACTEDI. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igonzalez.6@unav.es (I. González-Huebra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.imadi.2017.04.002>

2171-3669/© 2017 ACTEDI. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Historia clínica

Mujer puérpera de 28 años de edad (gestación a término hace un mes) afebril, que acude a urgencias por un dolor abdominal de tipo cólico. A la exploración física destacaba un abdomen doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal y la analítica mostraba neutrofilia, siendo los parámetros inflamatorios normales. Se realizó una ecografía abdominal que resultó aparentemente normal, con un útero de aspecto puérpero. Ante la persistencia del dolor y la mala evolución clínica se realizó un estudio de tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica.

Hallazgos de imagen

El estudio de TC abdomino-pélvica demostró la presencia de una gran tumoración pélvica de 8 × 7 cm de diámetro, de bordes regulares con áreas de densidad grasa y calcio en su interior, sugestivo de un teratoma quístico maduro (fig. 1). En la proximidad del teratoma se observó una imagen «en remolino», con signos de congestión vascular y una pequeña cantidad de ascitis en la pelvis, hallazgos que sugerían una torsión ovárica causada por el teratoma (fig. 2).

Se decidió someter a la paciente a una cirugía laparoscópica urgente para explorar la cavidad abdominal en la que, tras la creación del neumoperitoneo y la introducción de los trócares a través de 3 incisiones en ambas fosas ilíacas e hipocondrio izquierdo se evidenció un anejo izquierdo aumentado de tamaño con su pedículo torsionado, edematizado y de coloración violácea. Se detorsionaron 3 vueltas y se procedió a la extracción del teratoma. No fue necesaria la realización de anexectomía.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico.



Figura 2 Tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste intravenoso. Imágenes coronales demuestran la presencia del «signo del remolino» a nivel de la fosa ilíaca izquierda (flecha), hallazgo sugestivo de una torsión y signos de congestión vascular. Como hallazgo incidental se evidenciaron pequeños quistes en el parénquima hepático.

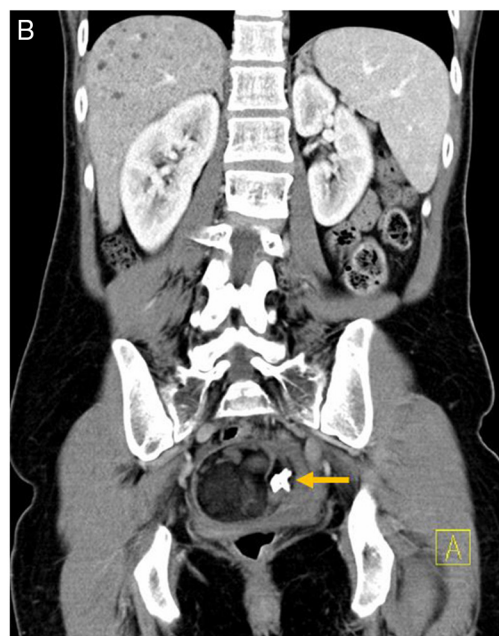
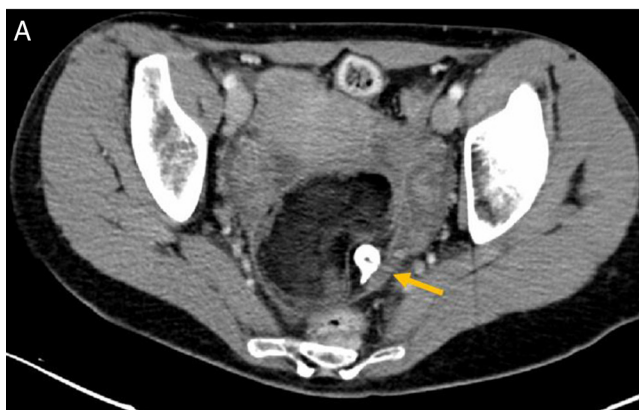


Figura 1 Tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste intravenoso. Imágenes en los planos axial (A) y coronal (B). Las imágenes confirman la presencia de una masa anexial (flecha) de bordes bien definidos, heterogénea, con áreas de densidad grasa y estructura dentaria en su interior.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8606488>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8606488>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)