

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

RC | RADIOLEGS
DE CATALUNYA

MÁS ALLÁ DEL CÁNCER DE OVARIO

Carmen González-Carreró Sixto¹, Ana García Bolado¹, M^ª
del Rosario García-Barredo Pérez¹, Ana M^ª Canga
Villegas¹, Ana Belén Barba Arce¹, Elena Julián Gómez¹,
Héctor Vidal Trueba², Sara Sánchez Bernal³

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

²Hospital Comarcal de Laredo

³Hospital Universitario de Salamanca

OBJETIVOS DOCENTES

- ✓ Repasar la **anatomía** de la **pelvis femenina**.
- ✓ Valorar el **origen** de una **masa pélvica**.
- ✓ Revisar los principales **diagnósticos diferenciales** de la **patología anexial maligna**.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial de una **masa pélvica** es **amplio y complejo**. El cáncer de ovario es el segundo en frecuencia en la mujer y el primero en mortalidad, por lo que su diagnóstico temprano es fundamental. No obstante esto puede conllevar cierta **precipitación**.

El **5,1%** de las masas sospechosas de tumoración ovárica son **extraováricas** y solamente el **25%** de las que son verdaderamente ováricas son **malignas** [1]. Además la **clínica y los datos de laboratorio** son muchas veces **inespecíficas**.

Ello hace que las **pruebas de imagen** y su correcta **interpretación** jueguen un papel fundamental. La técnica de elección de **inicio** en el estudio de una masa pélvica es la **ecografía**, siendo la **RM** la más **específica** por su alta resolución espacial y contraste de partes blandas. **Conocer** situaciones que puedan imitar una lesión ovárica maligna, mantener una **actitud crítica** y llevar a cabo un diagnóstico **multidisciplinar** es clave para evitar errores diagnósticos y potenciales cirugías innecesarias.

ÍNDICE

1. MASAS EXTRAOVÁRICAS. Repaso de la anatomía de la pelvis femenina.

- **Uterinas:** miomas, miomas degenerados, sarcomas
- **Digestivas:** carcinoma de sigma, tumores del estroma gastrointestinal, mucocele apendicular, tumores neuroendocrinos
- **Peritoneales:** quistes de inclusión, otras causas de infiltración peritoneal.

2. MASAS OVÁRICAS BENIGNAS

- **Endometriosis**
- **Tumores epiteliales:** cistoadenoma seroso y mucinoso
- **Tumores germinales:** teratoma quístico maduro
- **Tumores del estroma ovárico:** fibro(teco)ma – Sd de Meigs

3. PSEUDOMASAS

- Torsión ovárica
- Embarazo ectópico – heterotópico

4. PATOLOGÍA INFECCIOSA DE LA PELVIS

- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Diverticulitis aguda complicada
- Apendicitis

REVISIÓN DEL TEMA

MASAS EXTRAOVÁRICAS

¿ES LA MASA OVÁRICA?

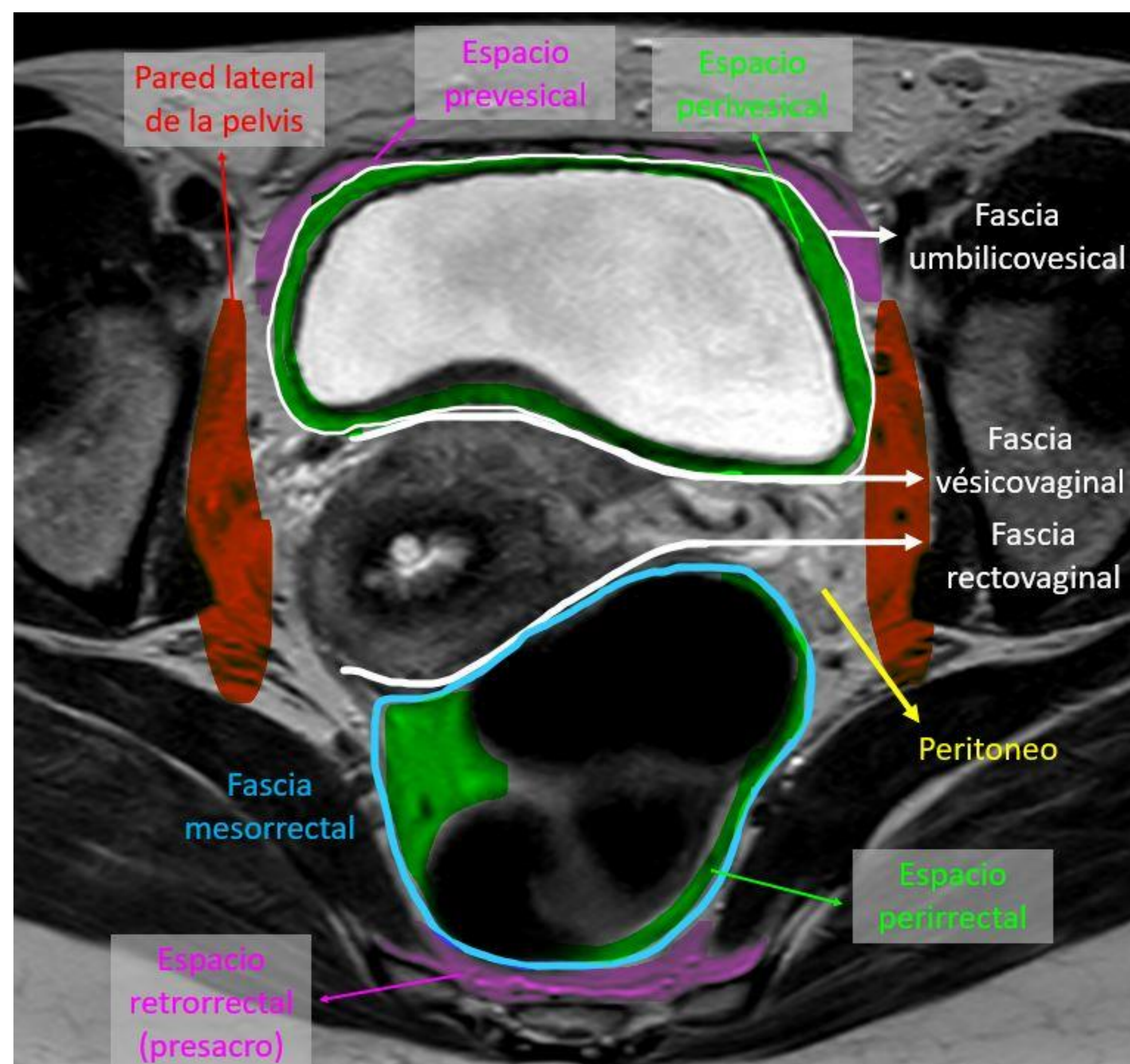
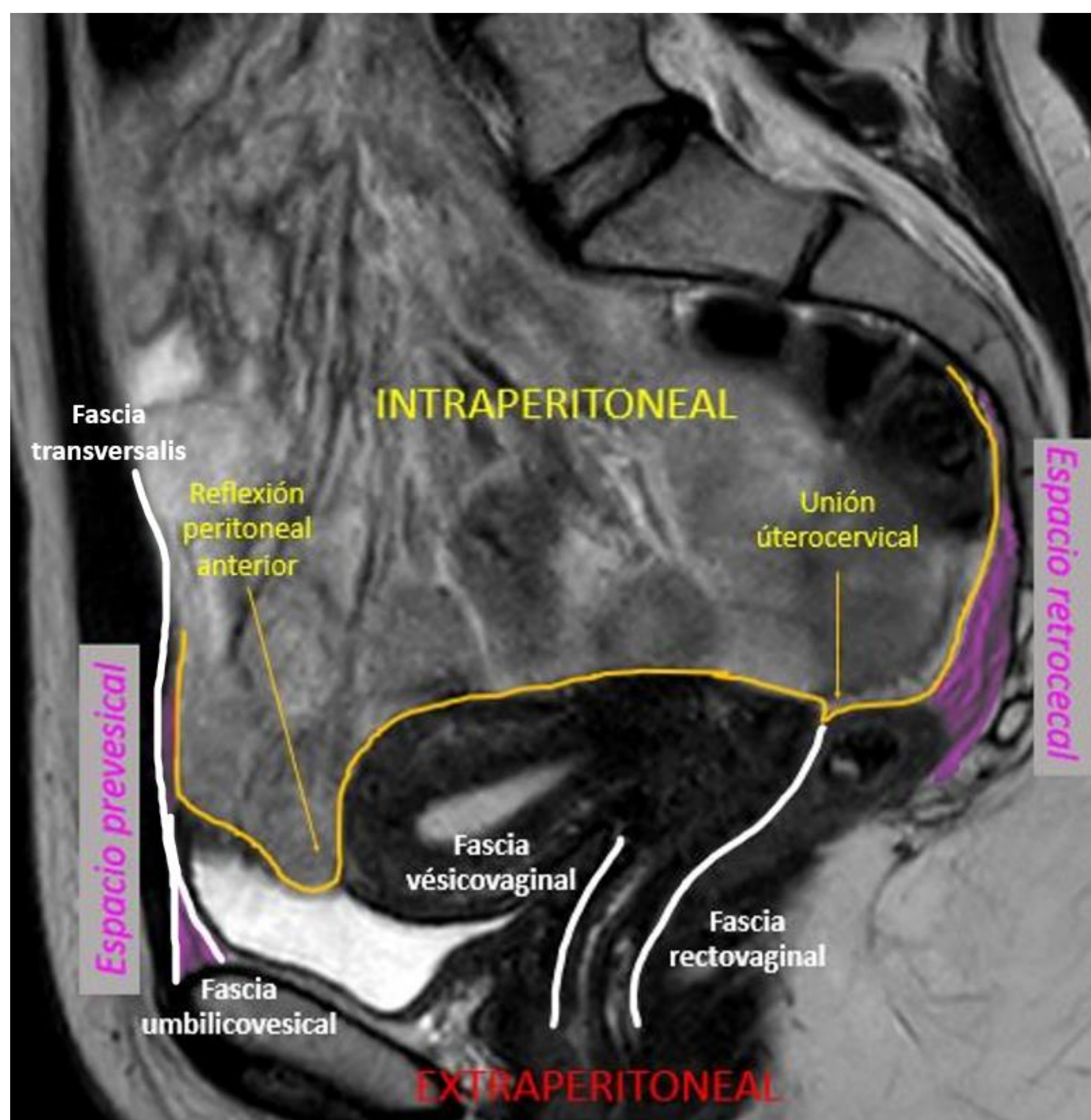
Lo **primero** a considerar cuando nos enfrentamos al estudio de una masa pélvica es determinar su origen. La mayoría de las masas pélvicas en mujeres tendrán un **origen ginecológico**, y provienen de los ovarios o el útero [2]. Sin embargo, es importante confirmar si verdaderamente tiene un **ORIGEN OVÁRICO**.

En algunos estudios, el 10% de las masas remitidas como ováricas resultan tener un **origen alternativo** [3].

La **RM** permite determinar el origen de una masa pélvica con una alta sensibilidad (0.91) y especificidad (0.78).

La **relación** de una masa con las **estructuras pélvicas** es fundamental para determinar su origen.

Repasamos la **ANATOMÍA DE LA PELVIS FEMENINA**.



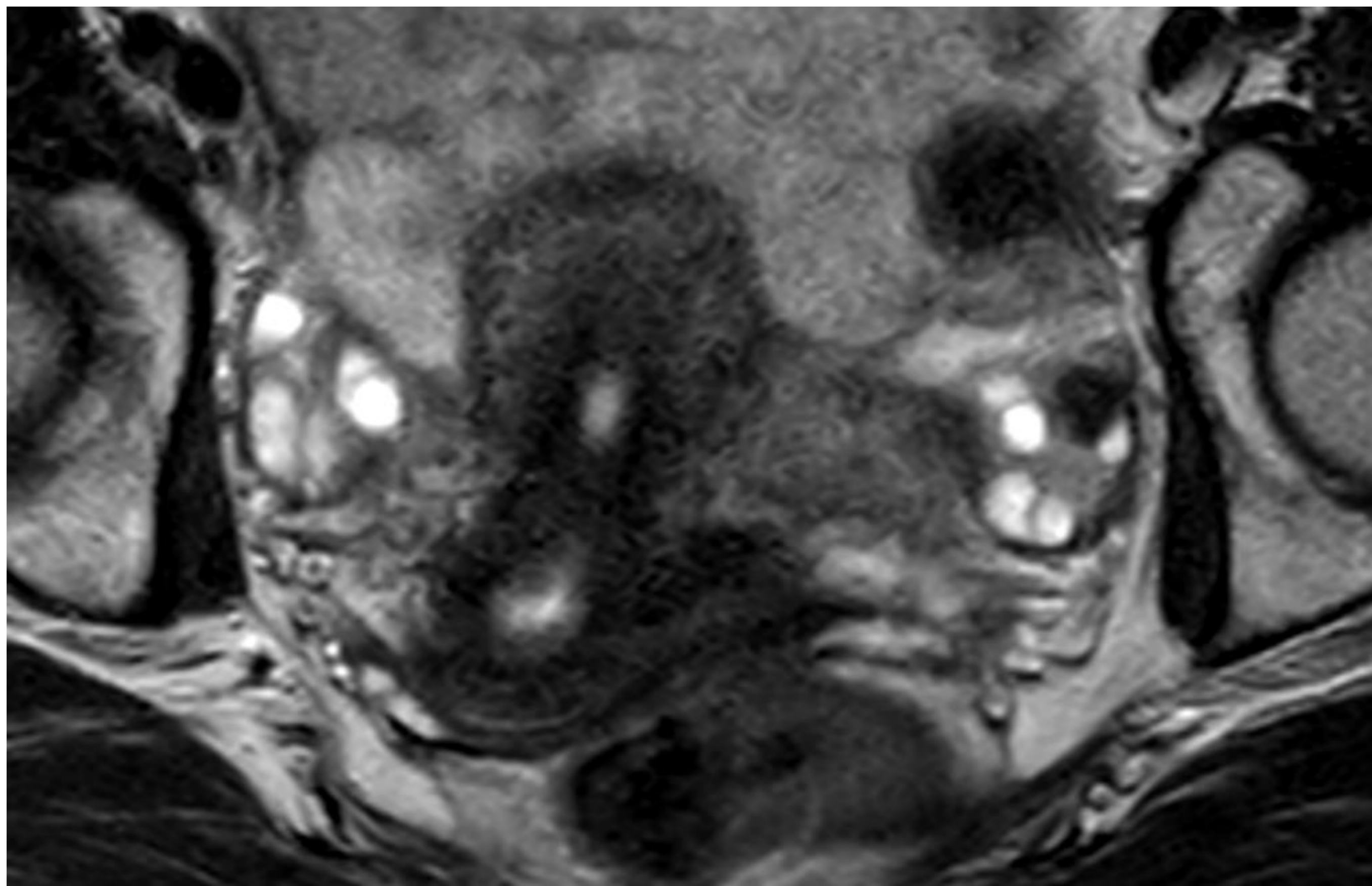
REVISIÓN DEL TEMA

MASAS EXTRAOVÁRICAS

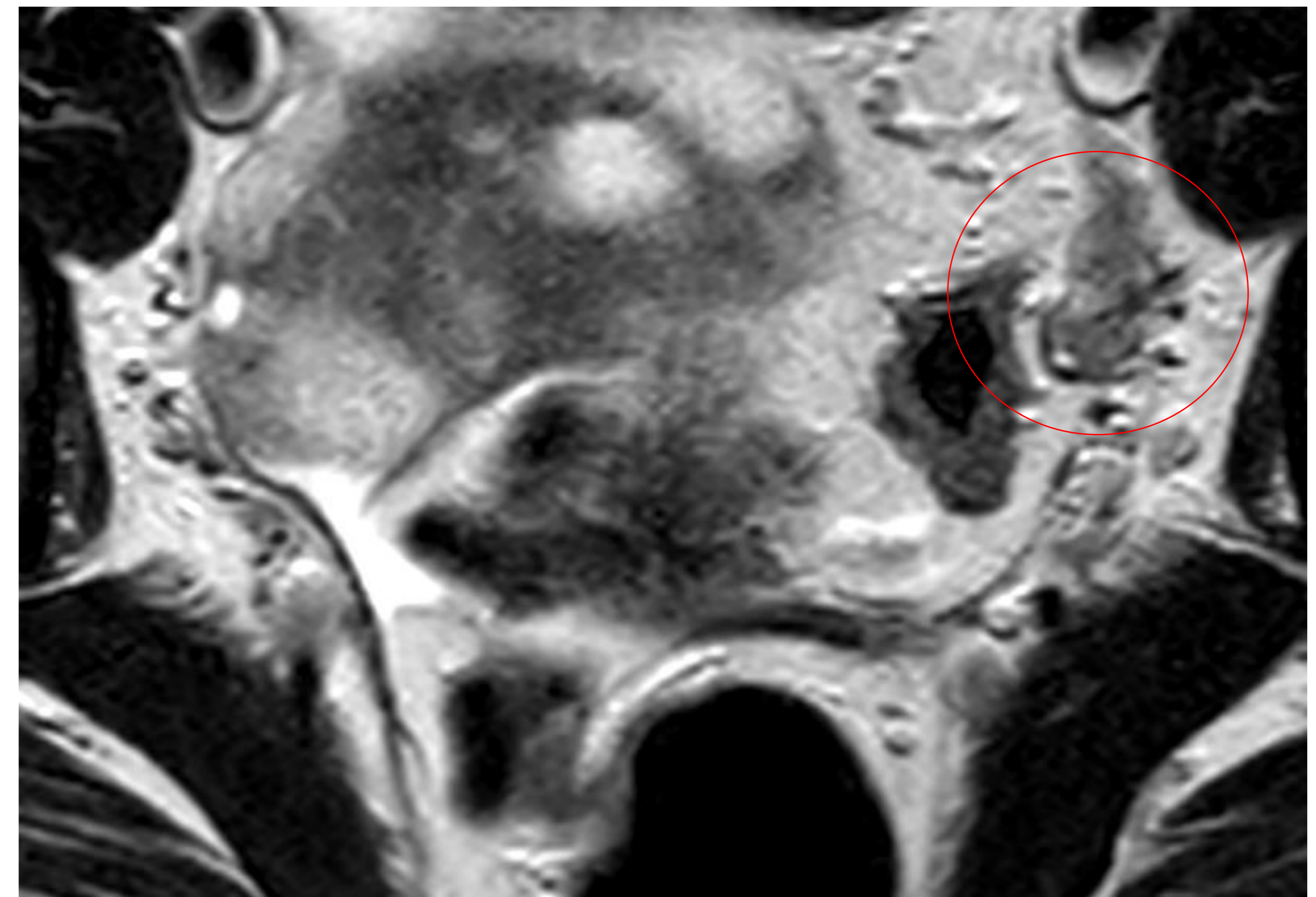
Los ovarios son órganos intraperitoneales. Lo primero que tenemos que hacer es identificar si el origen de la patología es realmente ovárico.

PISTAS SUGESTIVAS DE ORIGEN OVÁRICO

- **Ausencia** de visualización de los **ovarios normales** sin antecedentes de anexectomía o transposición



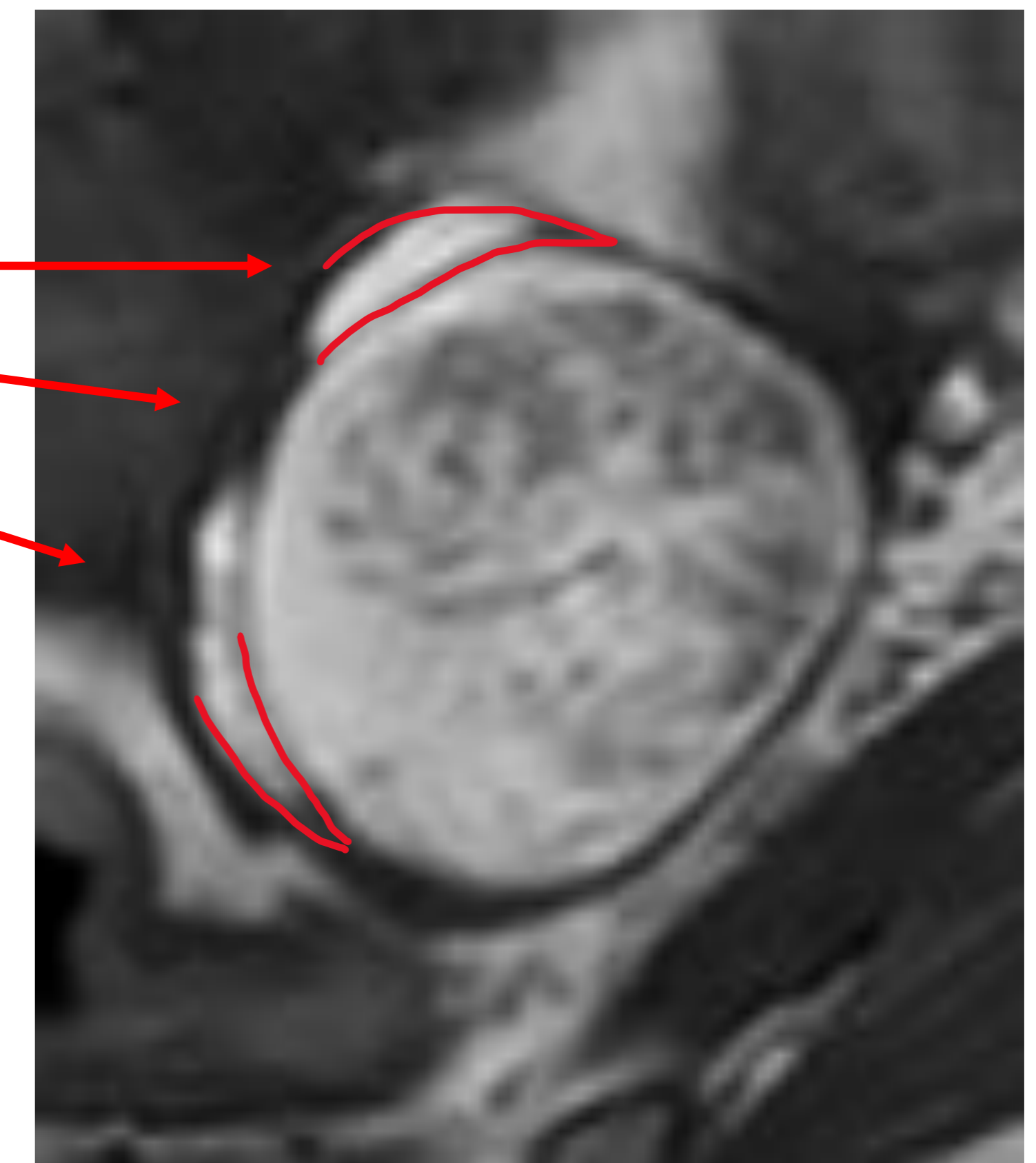
En **premenopáusicas** **redondeados**, bien definidas, de intensidad de señal **intermedia en T2**, con múltiples **folículos**.



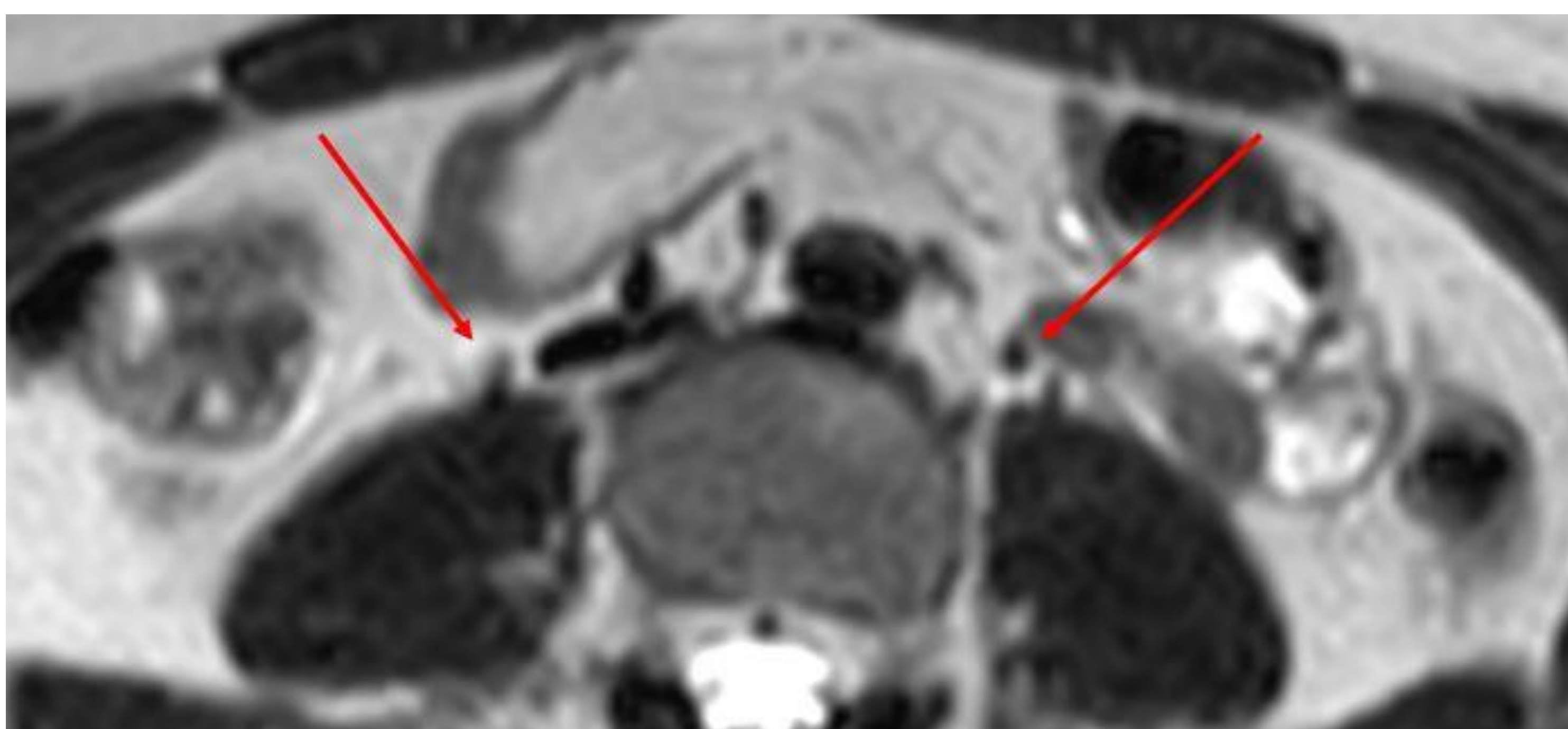
En **postmenopáusicas** puede ser más complicado, **atróficos**, con señal más **hipointensa en T2** y **ausencia de folículos**.

- Identificar **folículos ováricos alrededor de la masa**

- **Signo del pico** (ángulo **agudo** entre los bordes del ovario y la masa)



- Relación con **los vasos gonadales** (anteriores a los **psoas** y que desembocan en la **vena renal** en el lado **izquierdo**, y **la cava inferior** en el **derecho**).



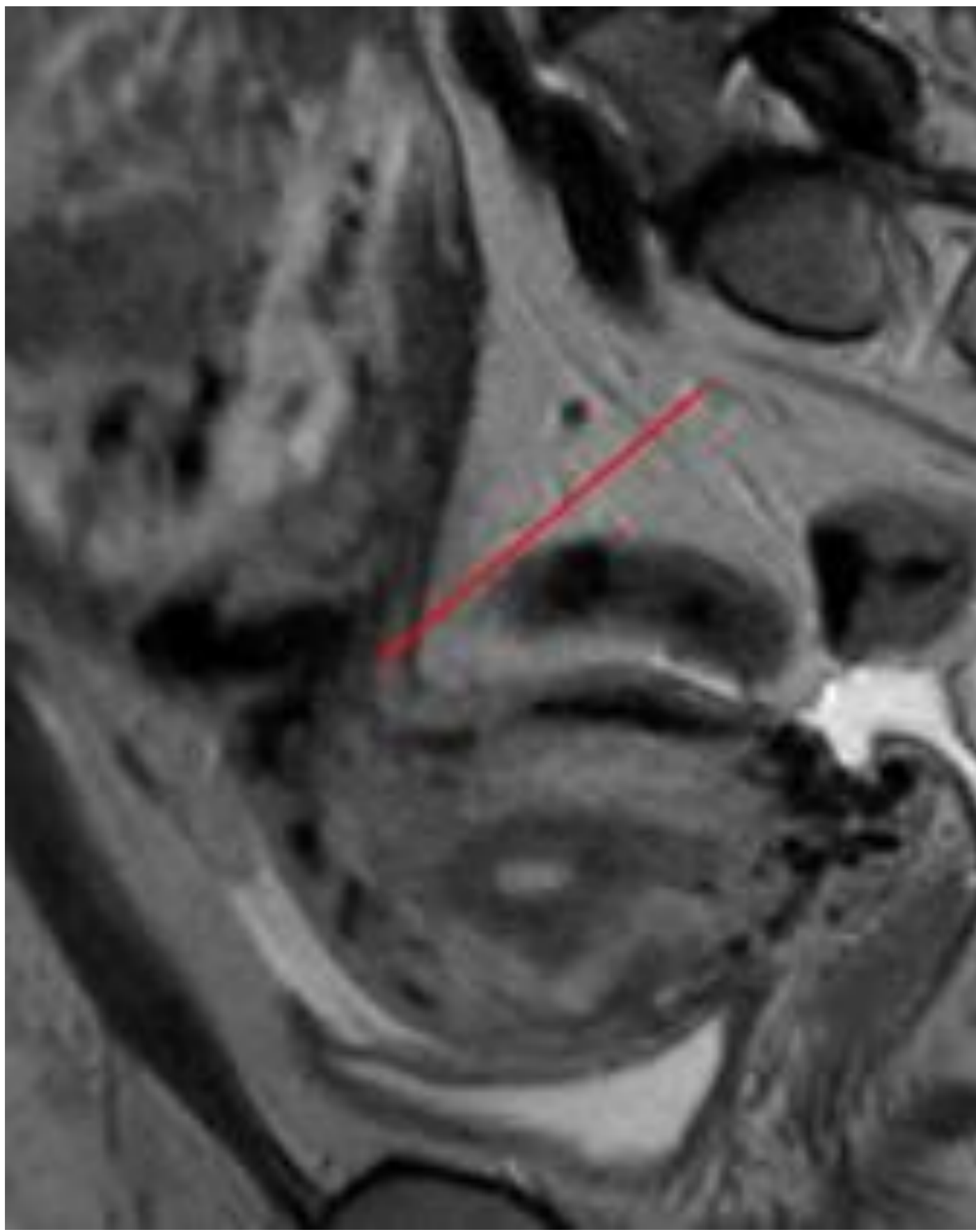
- Desplazamiento posterolateral de los uréteres

REVISIÓN DEL TEMA

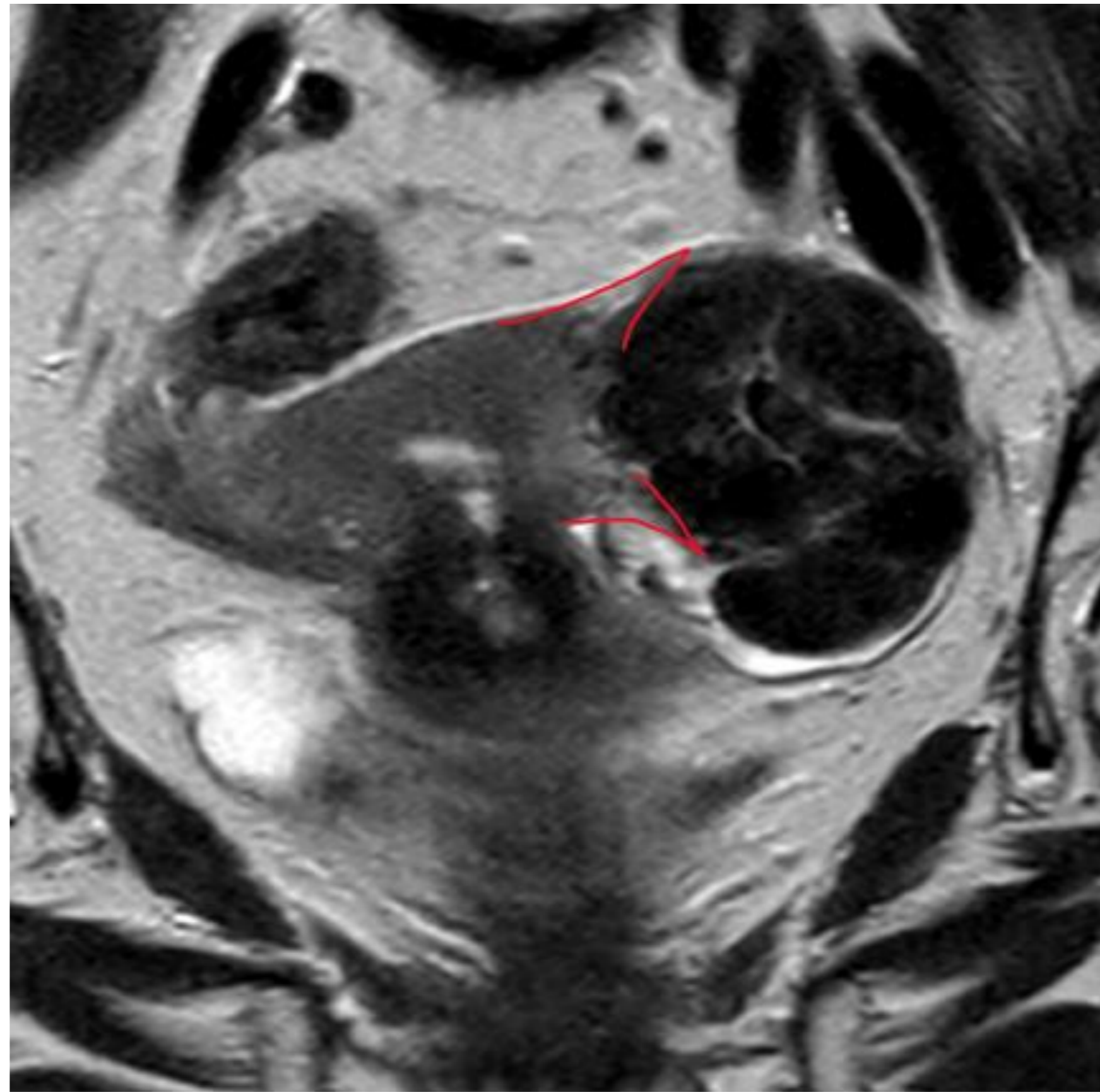
MASAS EXTRAOVÁRICAS ORIGEN ALTERNATIVO MÁS FRECUENTE

1. ÚTERO

Signo de los vasos puente
("Bridging vessel sign")

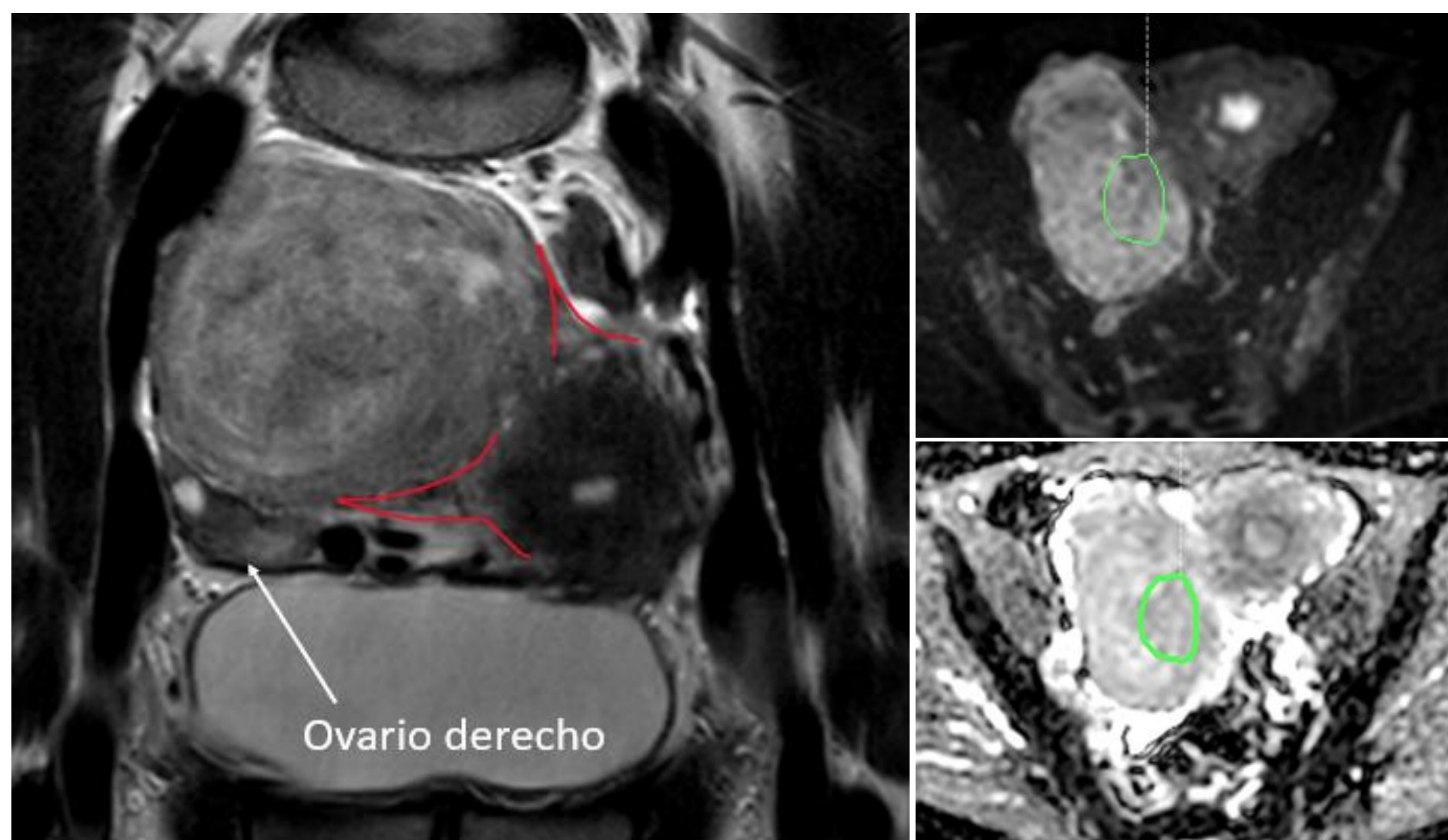


Signo de la garra ("Claw sign")
Parénquima uterino rodeando a la masa

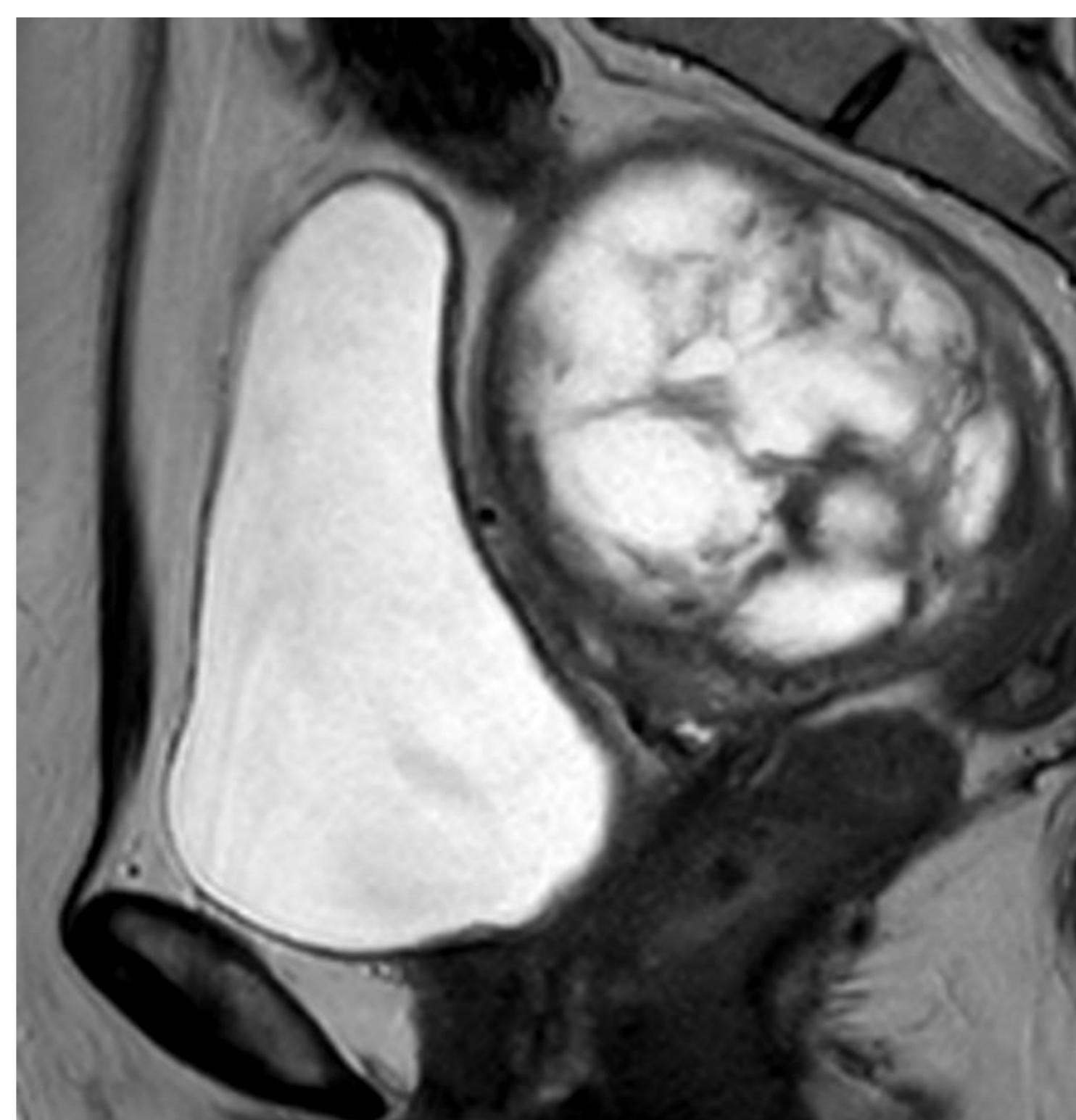


Lo más frecuente es que se trate de un **MIOMA** (70-80% en mujeres de > 50 años) [4]. Masas **redondeadas**, **bien definidas**, **hipointensas** en todas las secuencias de pulso.

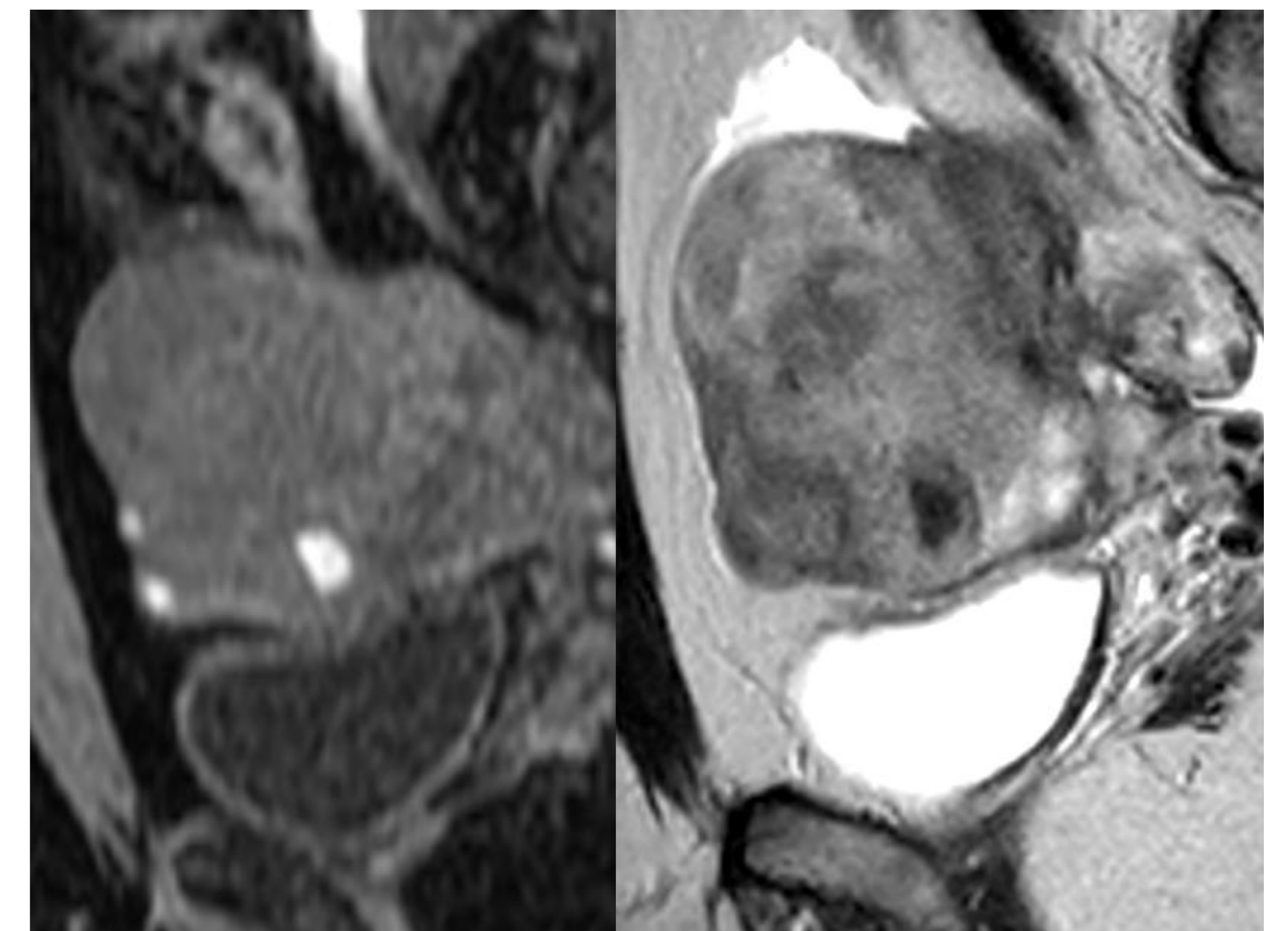
Hasta el 65% de los miomas presentan algún grado de **DEGENERACIÓN** [4].



MIOMA CELULAR. Intensidad **intermedia** en T2, con alteraciones en la **DWI** pero valores **ADC > 0.9** [4]

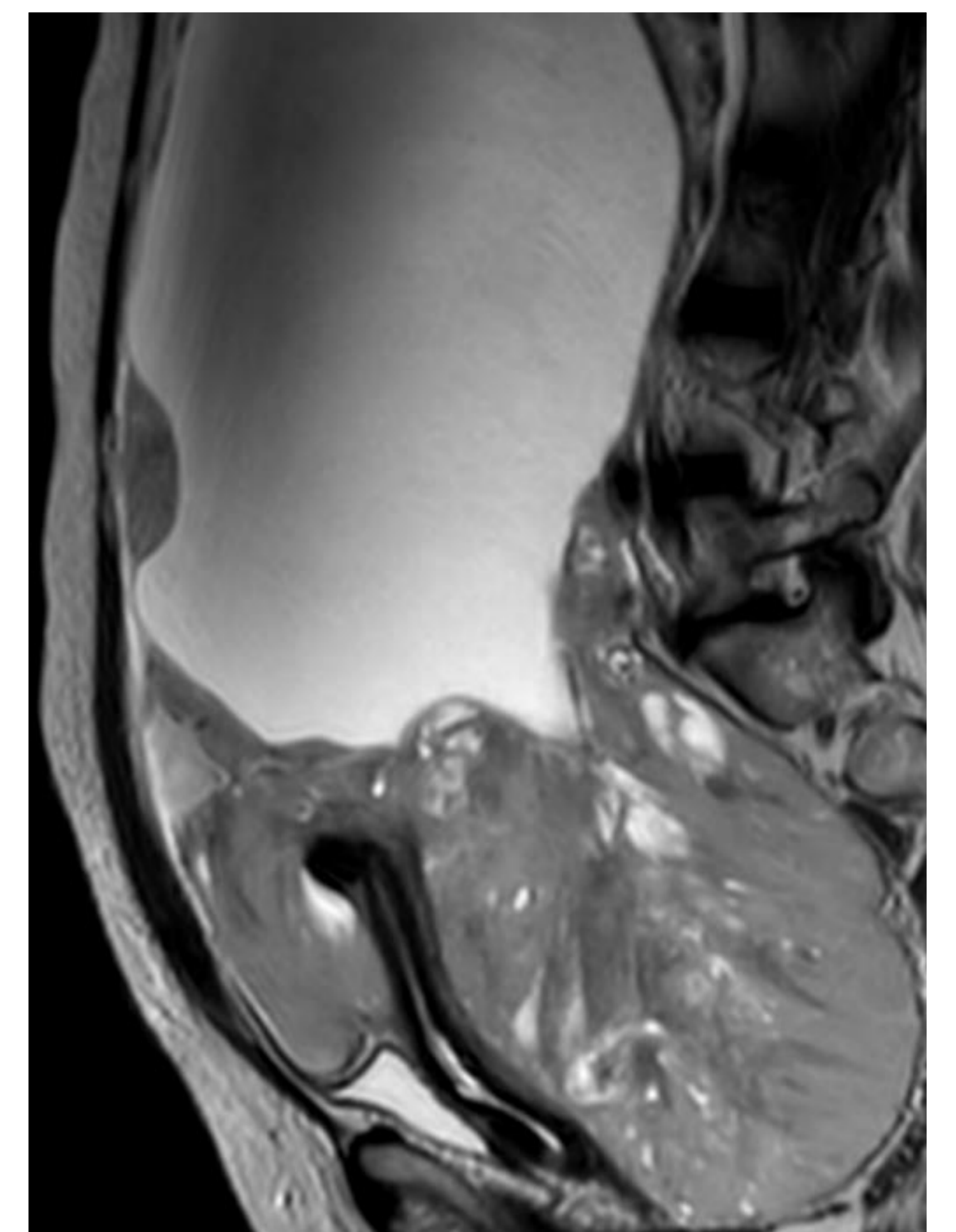


DEGENERACIÓN QUÍSTICA. Señal isointensa con el **líquido**, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1.



DEGENERACIÓN ROJA. Focos isointensos con la **sangre**, hipointensos en T2 e hiperintensos en T1 con saturación grasa.

El 3 – 7 % de las masas uterinas se corresponden con tumores malignos primarios [4], más frecuentemente **SARCOMAS**. Característicamente son masas de contornos **peor definidos**, infiltrantes, de señal heterogénea **intermedia** en T2, con **restricción** a la DWI y **realce heterogéneo**.

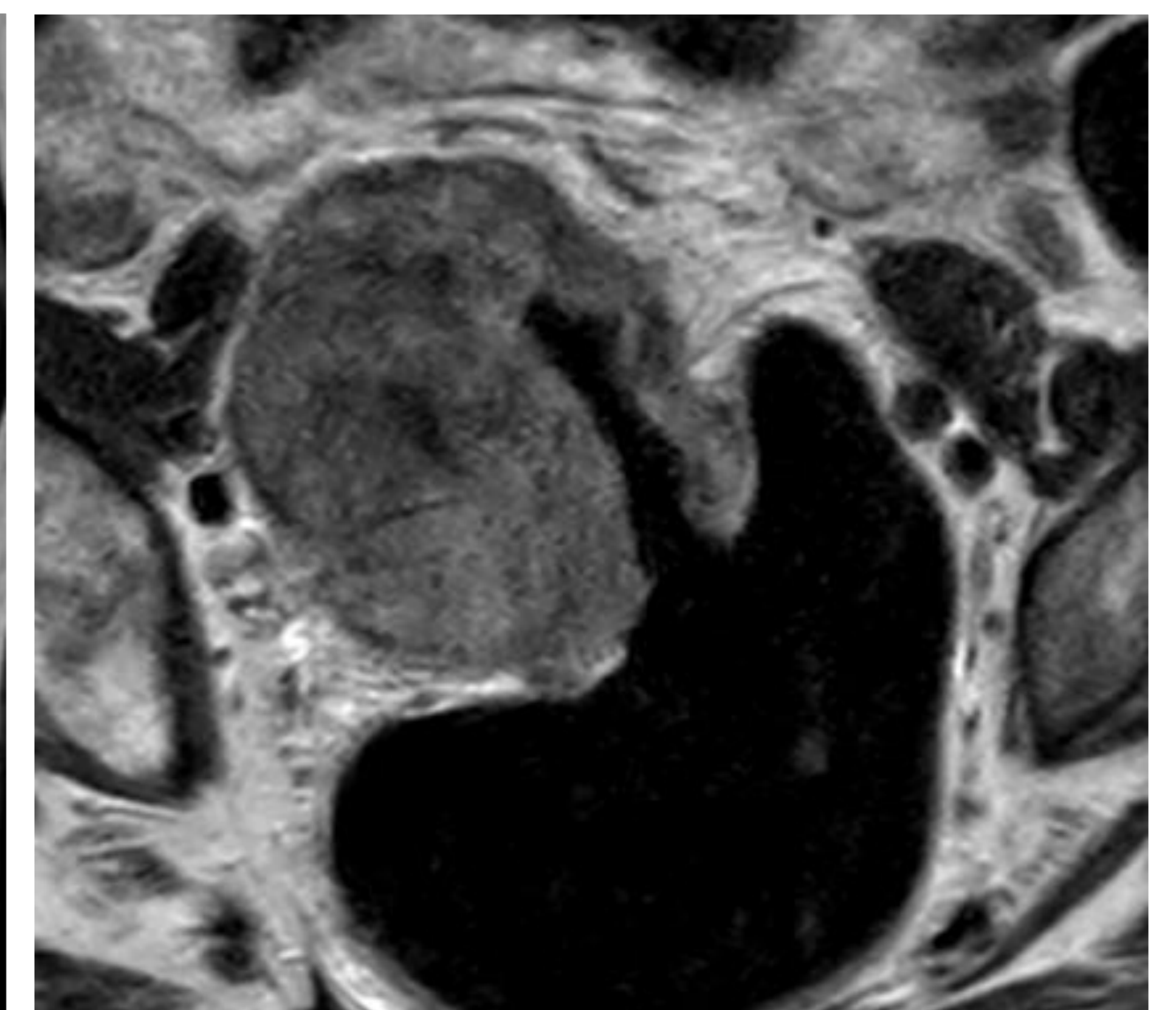
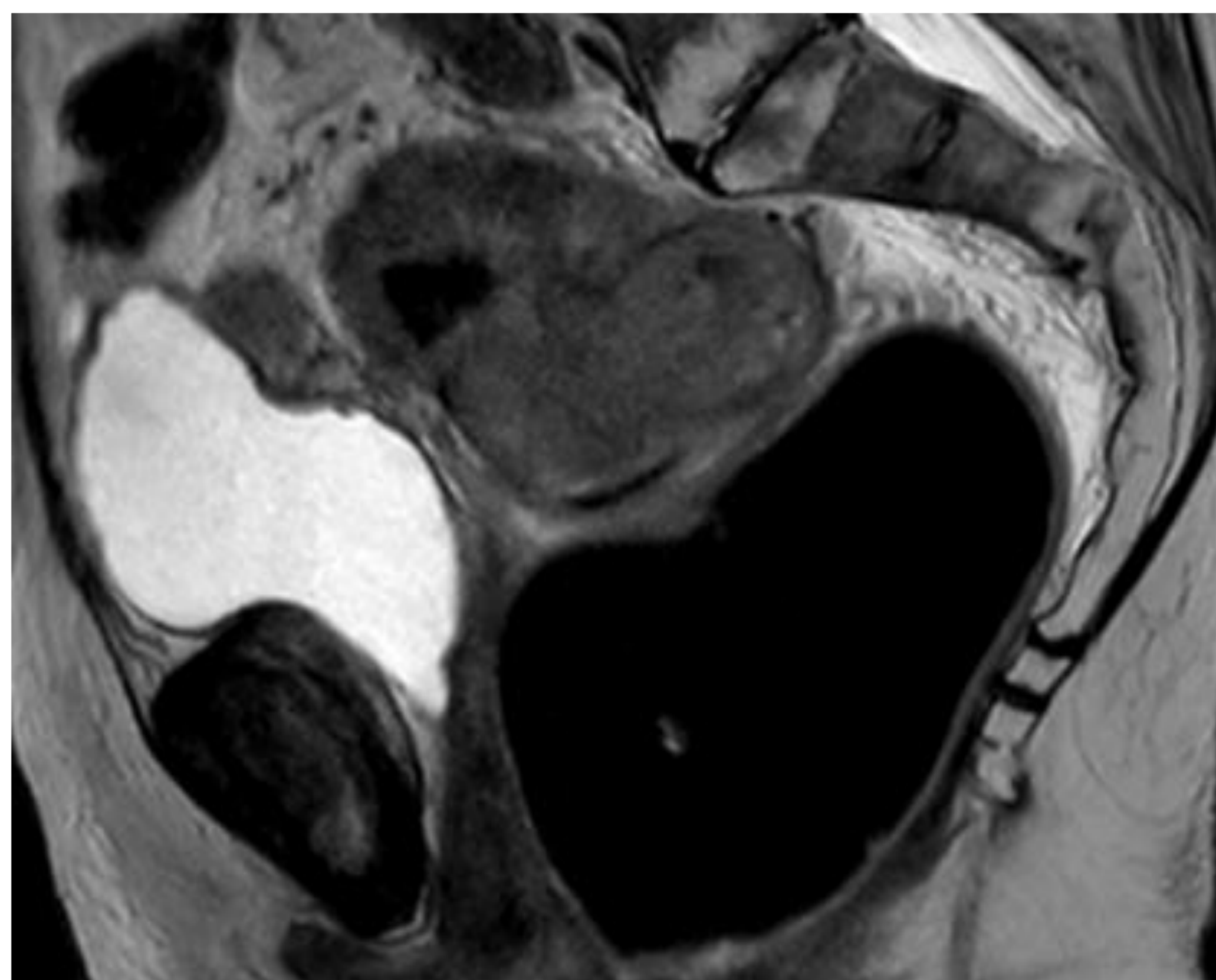
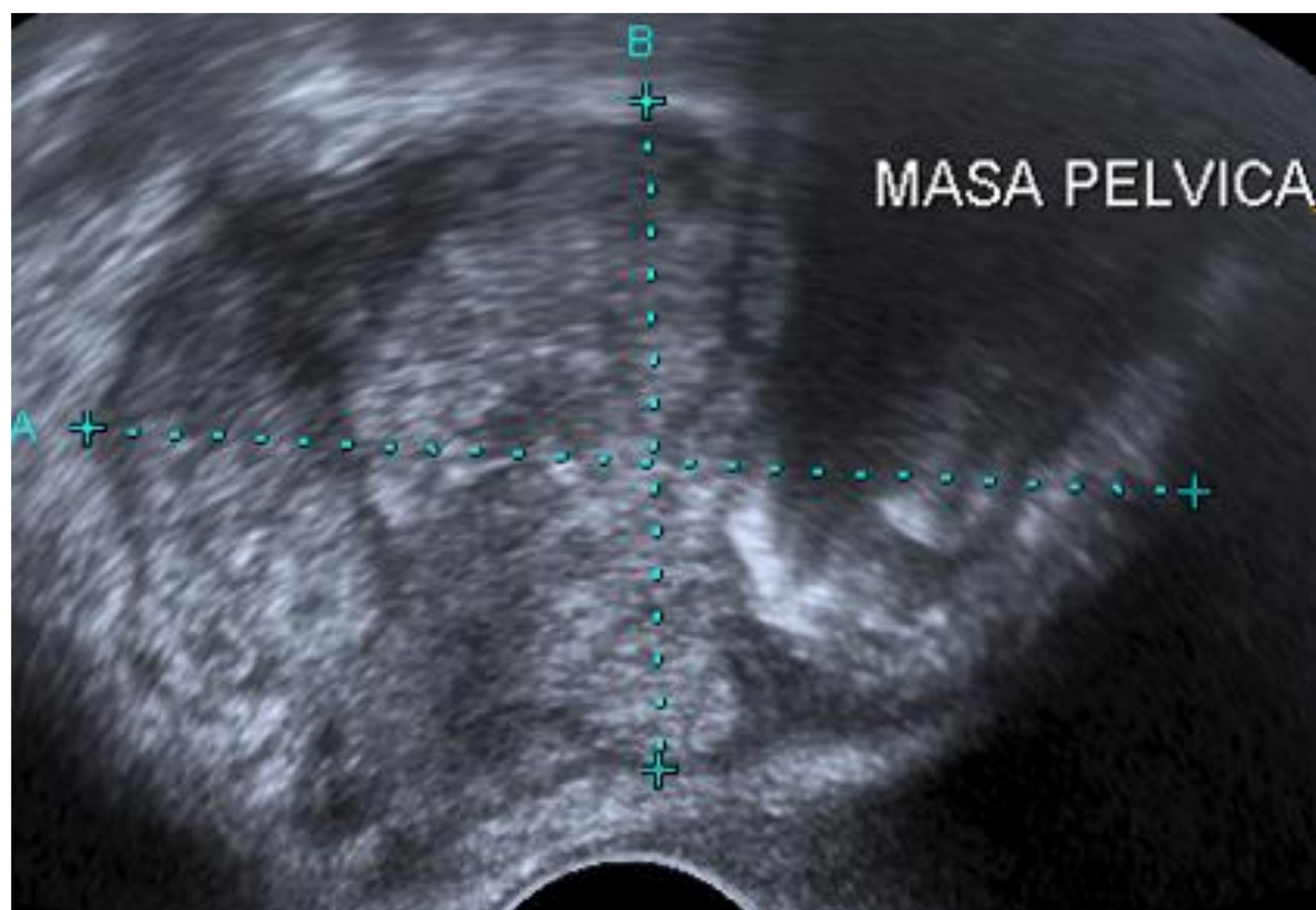


REVISIÓN DEL TEMA

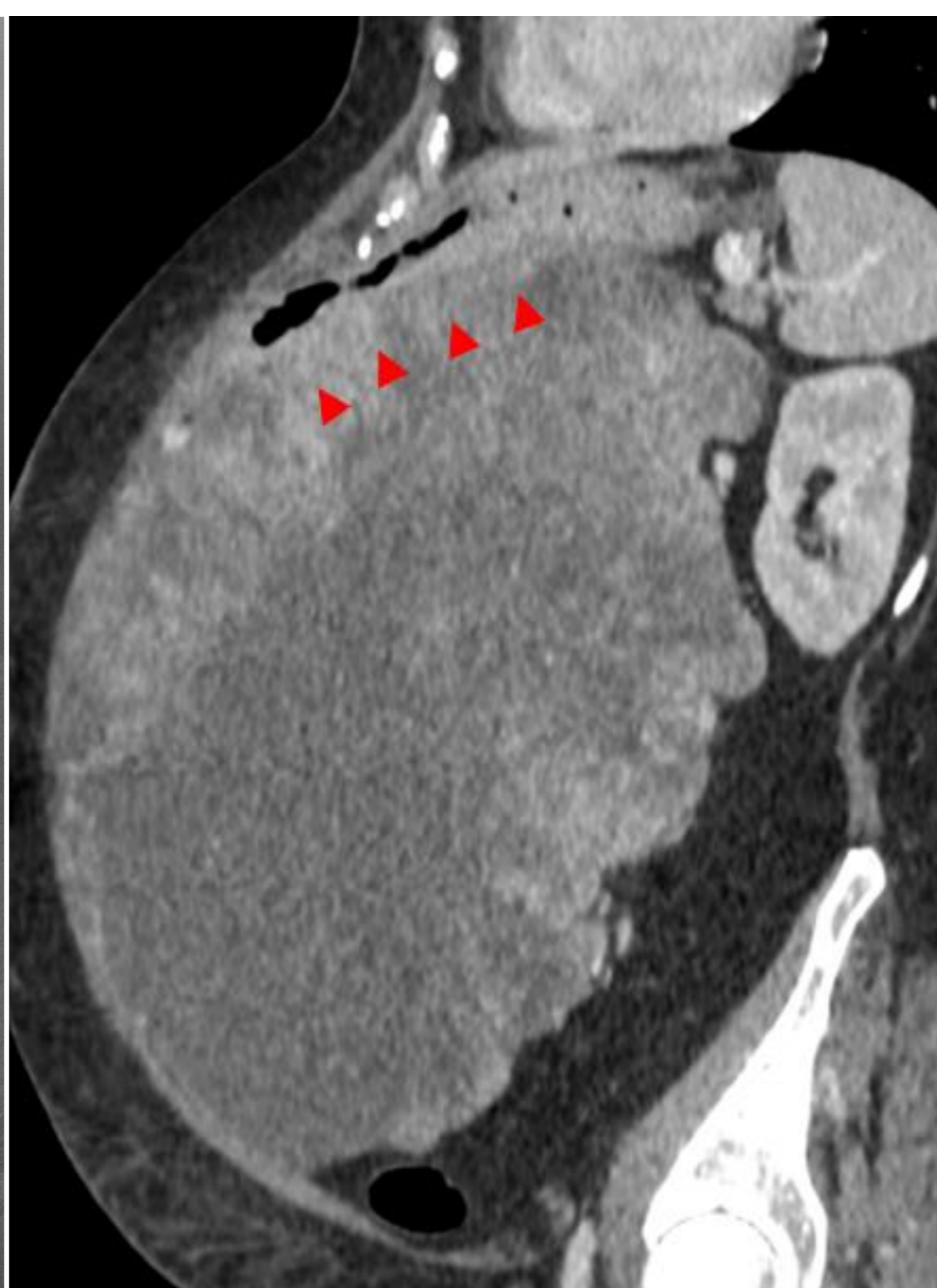
MASAS EXTRAOVÁRICAS ORIGEN ALTERNATIVO MÁS FRECUENTE

2. DIGESTIVO

- Lo más frecuente es el **CARCINOMA DE SIGMA** [1].
 - Desplazamiento anterior del útero.
 - Tumorción **mural concéntrica** estenótica.
 - **Espiculación** de la grasa mesentérica ± **adenopatías** cólicas.



- Otras tumoraciones frecuentes son los **TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)**.
 - Tumor mesenquimal del tracto gastrointestinal más frecuente. Supone el 20% de los sarcomas [1].
 - Pico de incidencia entre los 50 y los 60 años.
 - Normalmente dependiente del **estómago** (70%) > intestino delgado (25%).
 - Los más **voluminosos** pueden presentar **cambios quístico-necróticos** internos.



GIST GÁSTRICO.

(A) Radiografía simple abdominal con redistribución del gas intestinal y **silueta del psoas preservada** sugiriendo masa intraperitoneal.

(B) TC abominopélvico que evidencia una voluminosa masa sólido-quística que ocupa todo el abdomen. Nótese la **relación con la pared del antro gástrico** (cabezas de flecha), donde además predomina el **tejido sólido**. **Regiones anexiales normales** siguiendo los vasos gonadales (flechas).

- Menos habitualmente podemos encontrar **mucoceles apendiculares** (siguiente diapositiva) o **tumores neuroendocrinos** del tracto digestivo

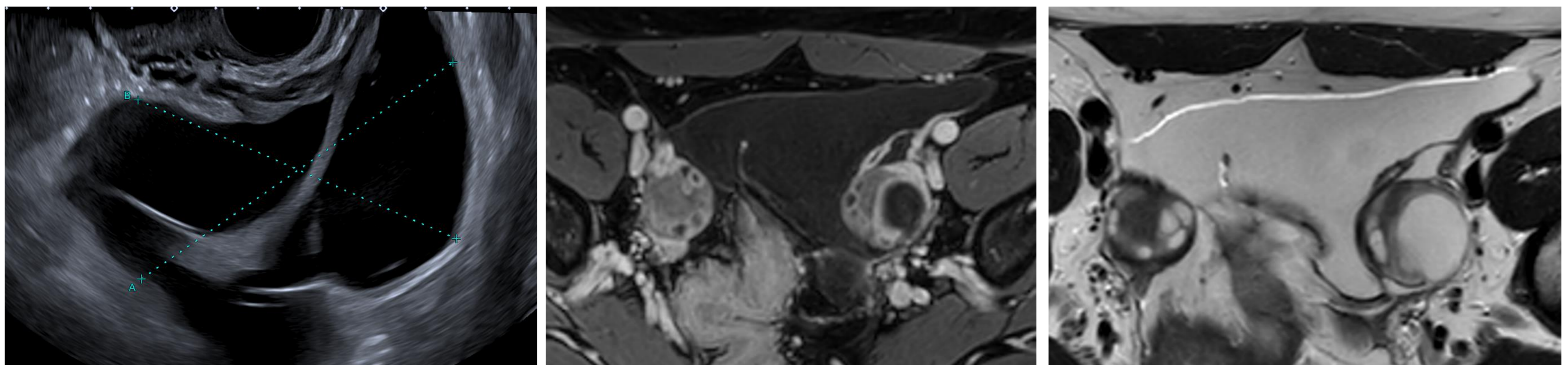
REVISIÓN DEL TEMA

MASAS EXTRAOVÁRICAS ORIGEN ALTERNATIVO MÁS FRECUENTE

3. PERITONEAL

- **QUISTES DE INCLUSIÓN PERITONEAL.**

- Líquido ovárico seroso benigno atrapado entre tejido mesotelial reactivo, normalmente tras un **proceso inflamatorio o infeccioso** (endometriosis, EPI, cirugía...).
- No tienen potencial maligno. Cuando son sintomáticos se puede usar tratamiento **hormonal** para disminuir su tamaño disminuyendo la producción de líquido.

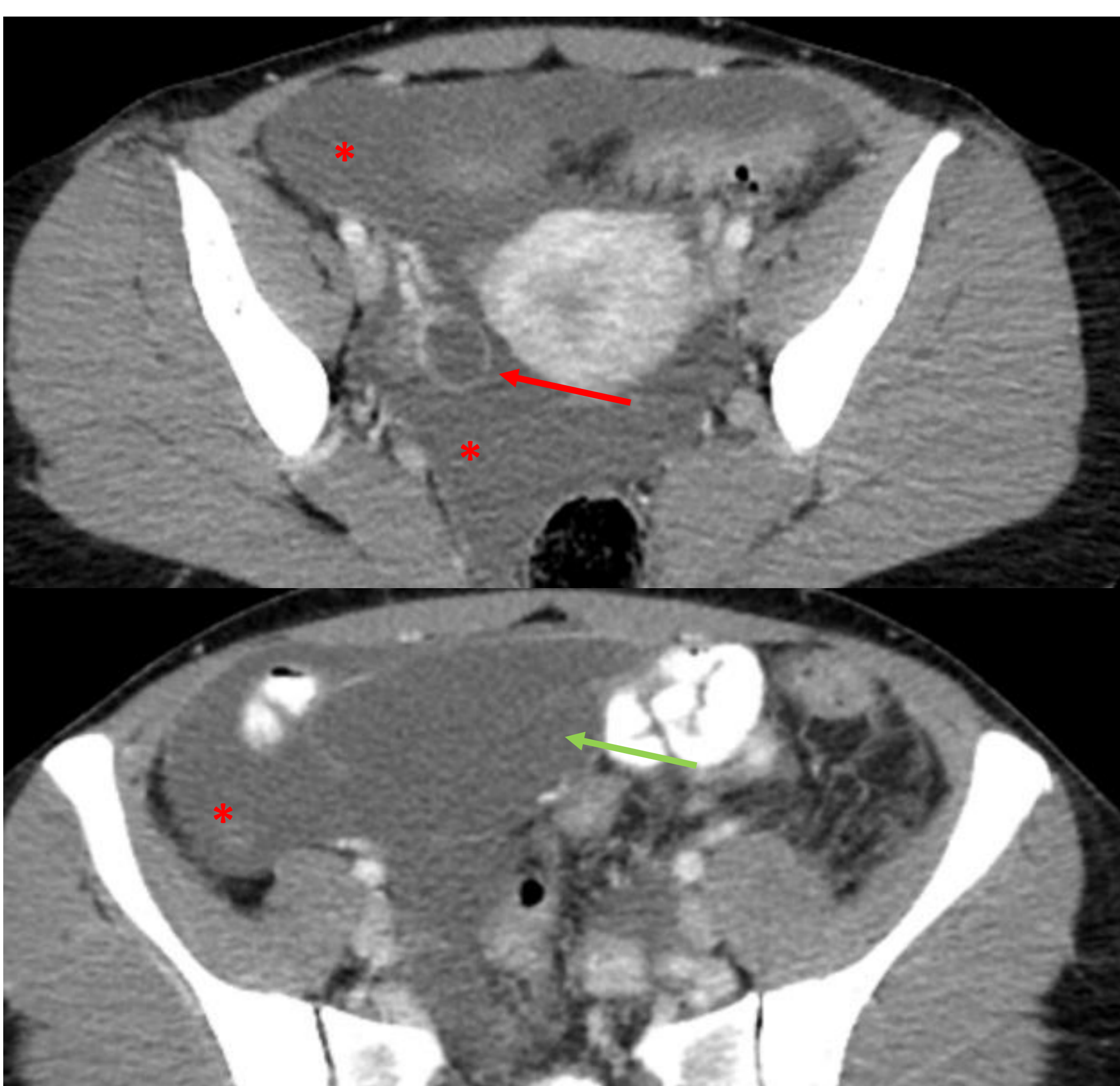


QUISTE DE INCLUSIÓN PERITONEAL RESIDUAL TRAS GESTACIÓN TUBÁRICA.

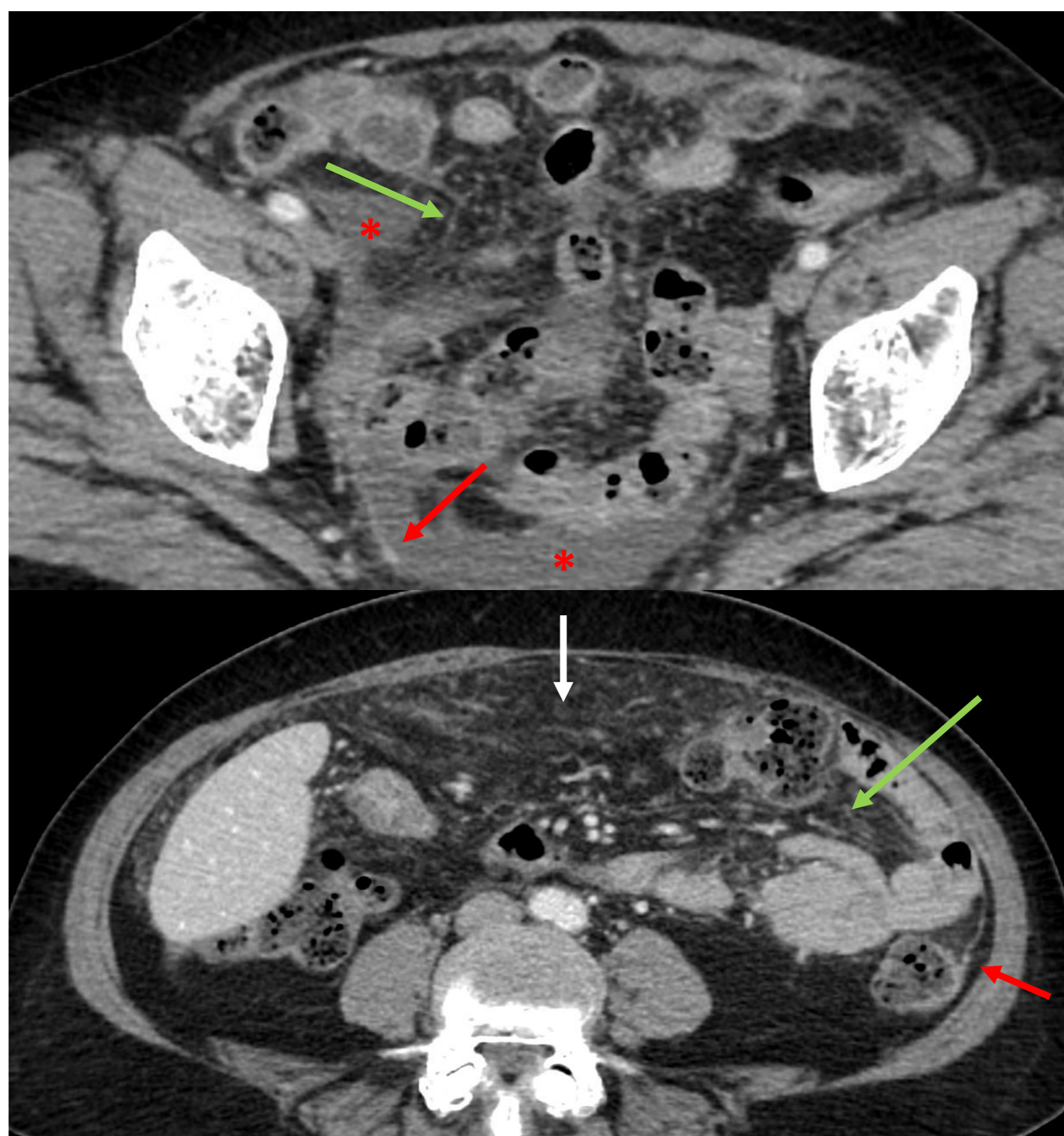
Imagen **quística** anfractuosa, multitabicada, que envuelve al ovario izquierdo y se **adapta** a las estructuras pélvicas. **No** se identifica **tejido sólido** sospechoso.

- **INFILTRACIÓN PERITONEAL DE OTRO ORIGEN**

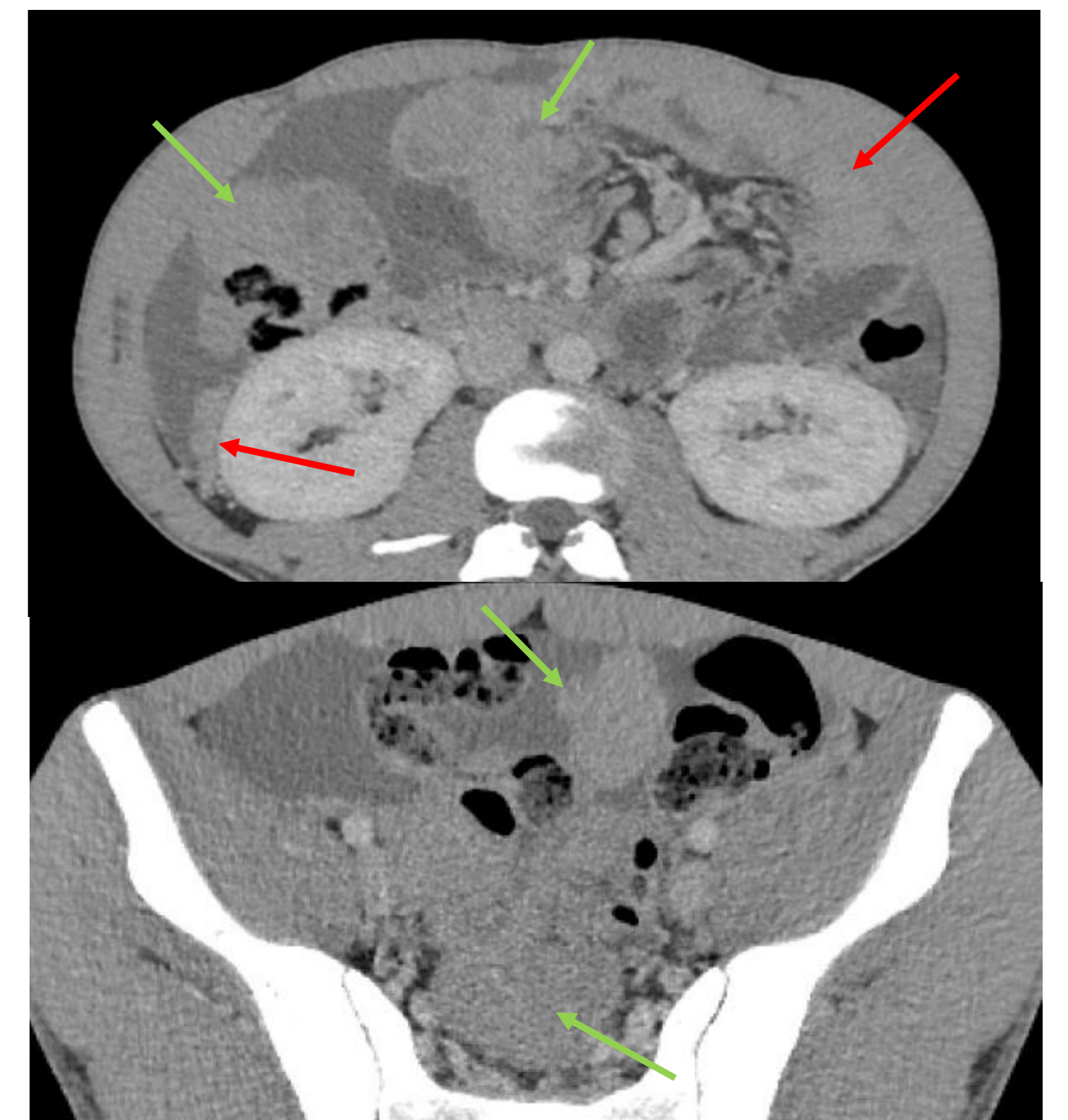
- Existen **múltiples causas de infiltración peritoneal**. Aunque la mayoría de las veces es maligna, y el origen ovárico es frecuente, en ausencia de tumoración primaria debemos pensar en otras etiologías.
- Los **principales diagnósticos diferenciales** son el **pseudomixoma peritonei**, la **linfomatosis peritoneal**, la **tuberculosis**, el **mesotelioma peritoneal**, la **leiomiomatosis peritoneal difusa** y la **esplenosis**. Aquí vemos algunos ejemplos.



PSEUDOMIXOMA PERITONEI. Folículo en ovario derecho (flecha roja) y masa quística en FID (flecha verde) con líquido libre (*). Diagnóstico **quirúrgico** de **mucocele apendicular** con **líquido libre mucinoso**.



TUBERCULOSIS PERITONEAL. **Engrosamiento peritoneal** nodular (rojo) y engrosamiento y congestión de las **vainas mesentéricas** (verde). **Infiltración reticular del omento** (blanco). **Ascitis** (*)



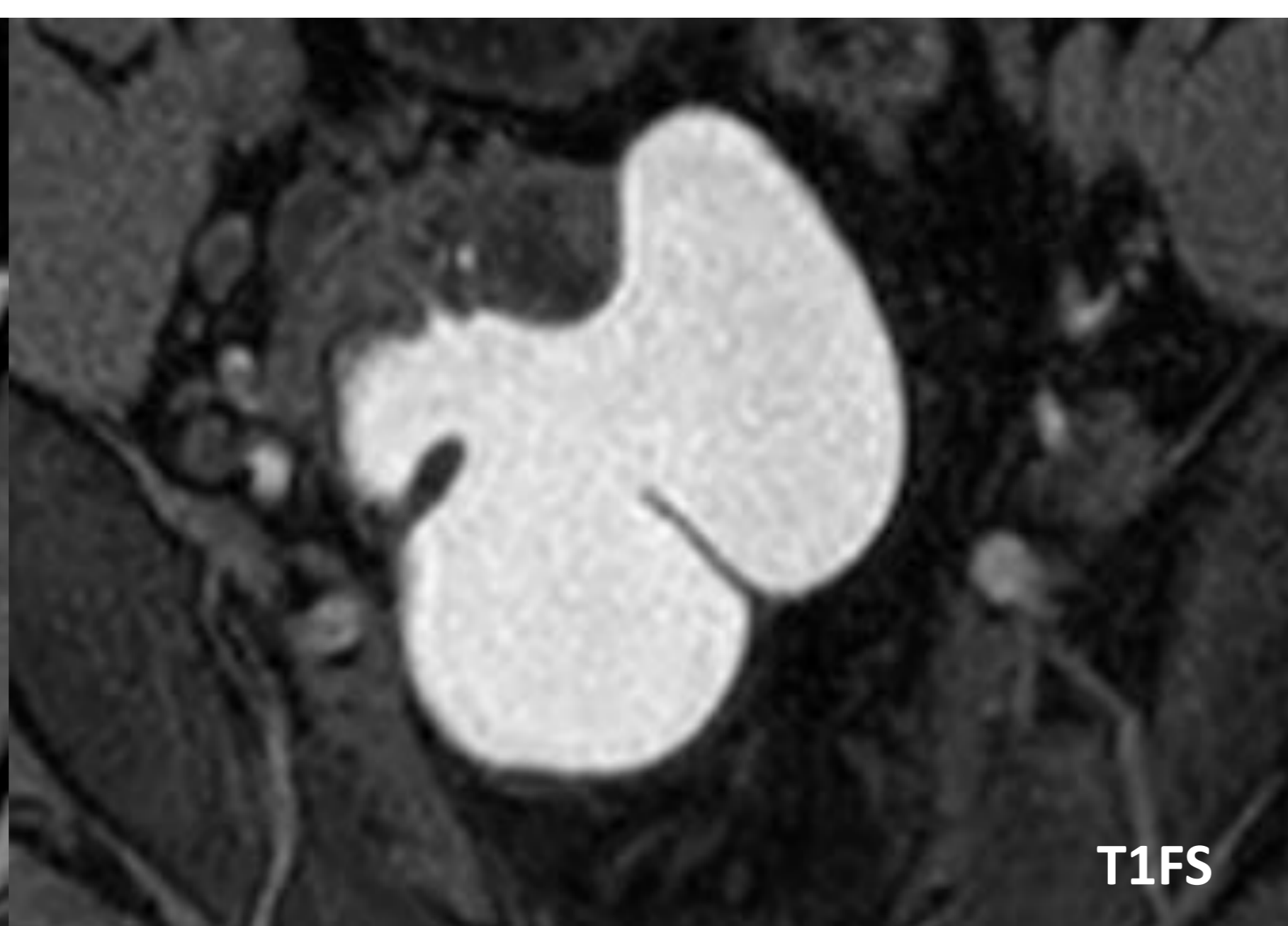
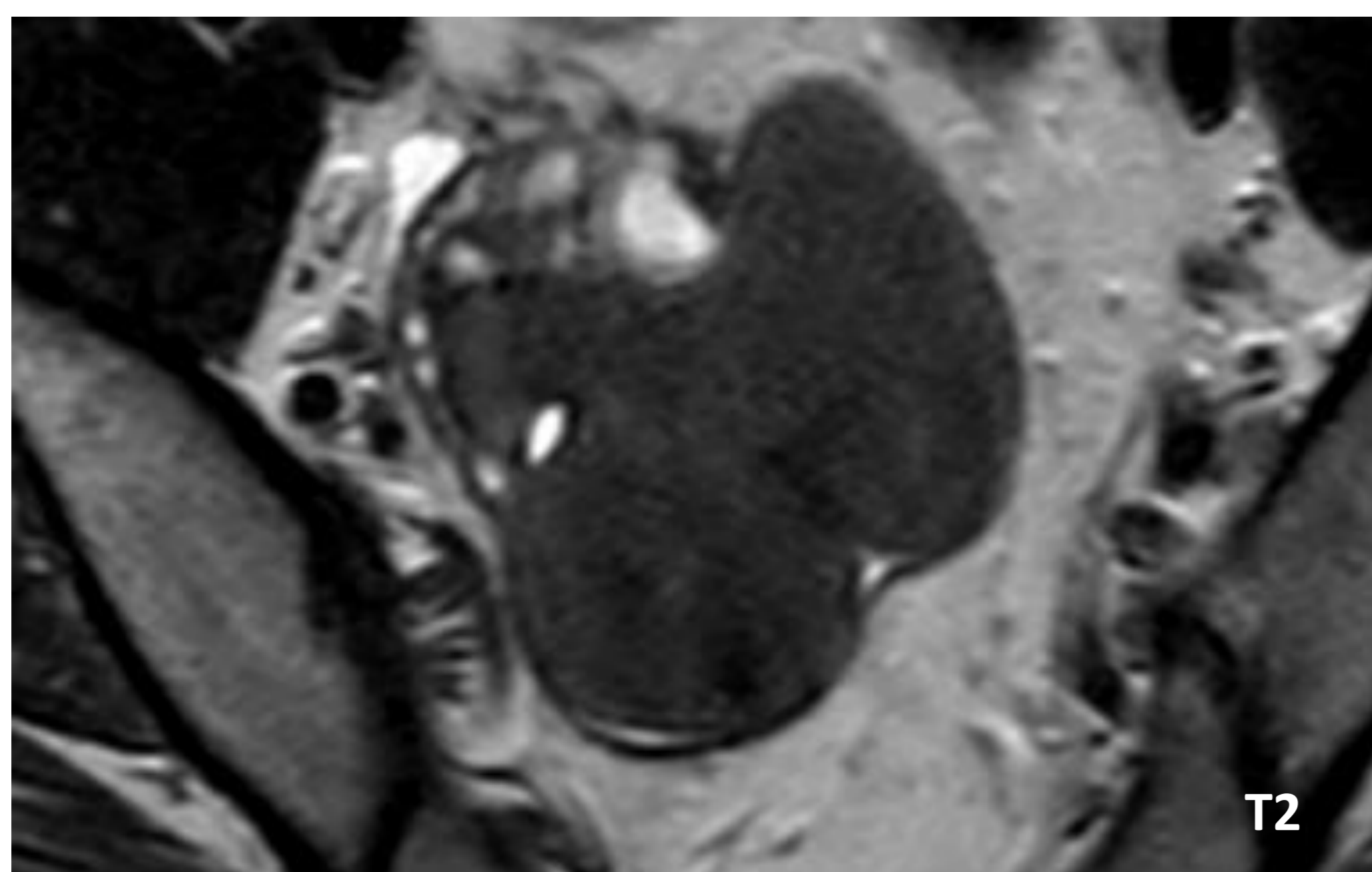
MESOTELIOMA PERITONEAL. **Líquido libre** de distribución difusa con **engrosamientos nodulares** del peritoneo (rojo) y masas intraperitoneales (verde).

REVISIÓN DEL TEMA

MASAS OVÁRICAS BENIGNAS

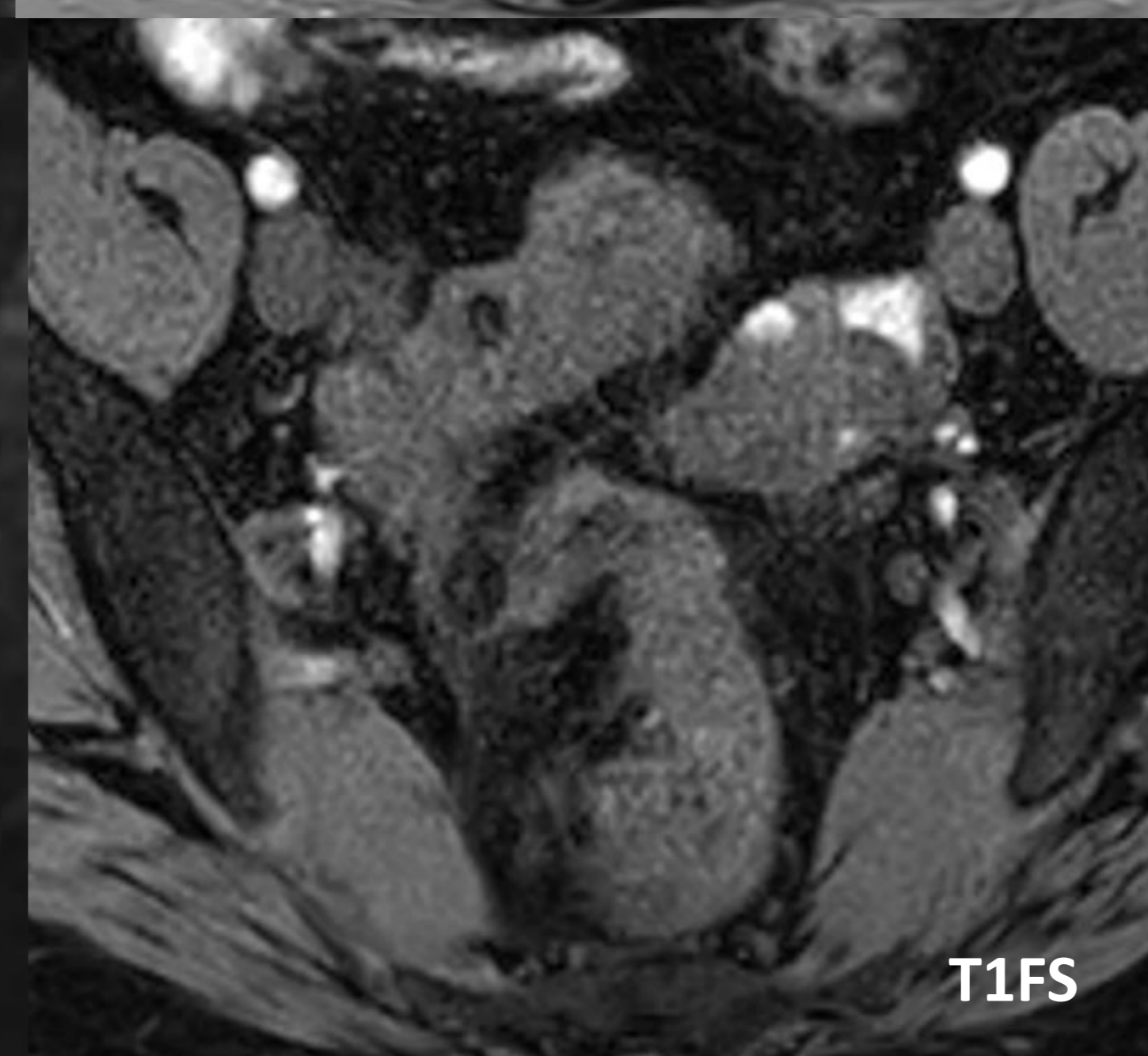
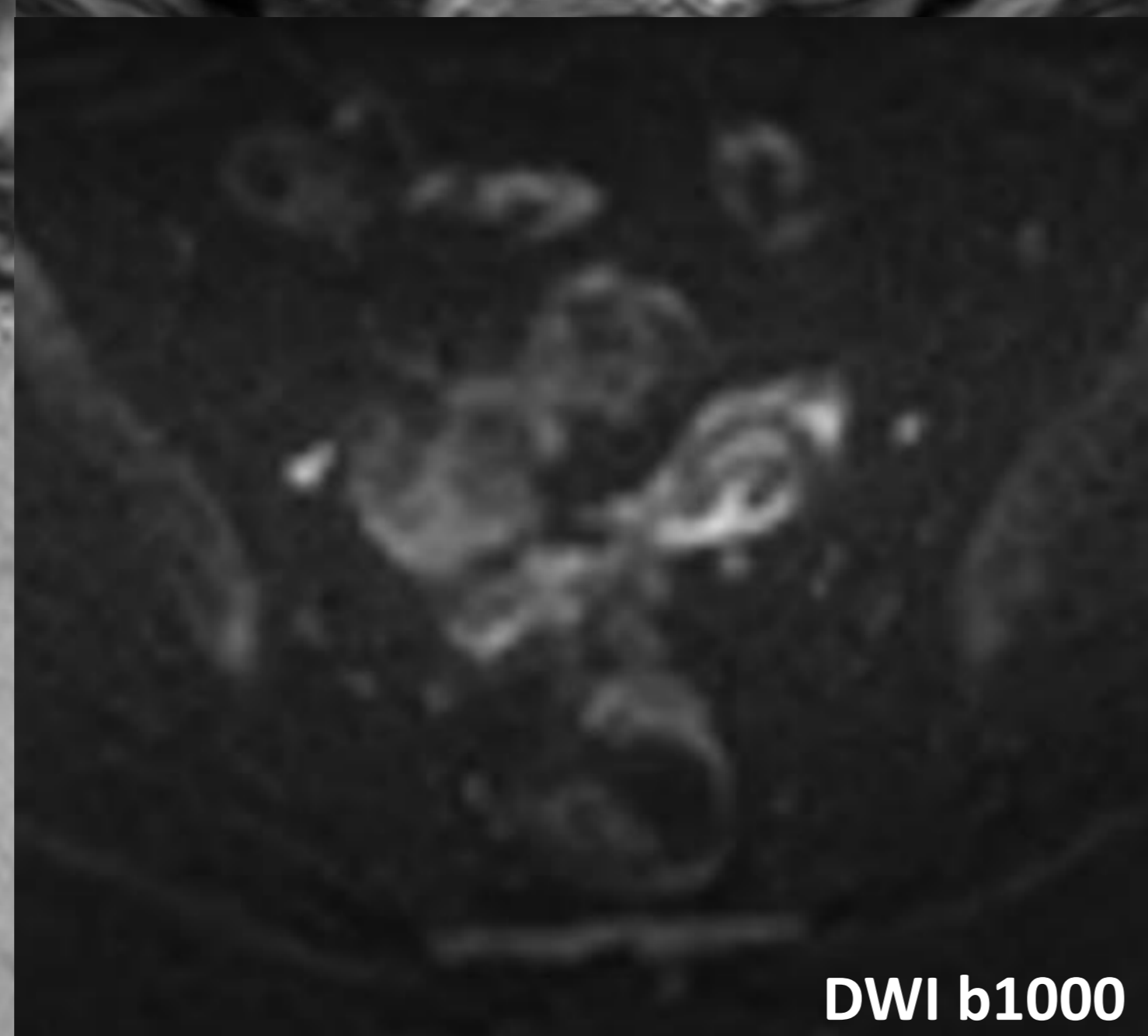
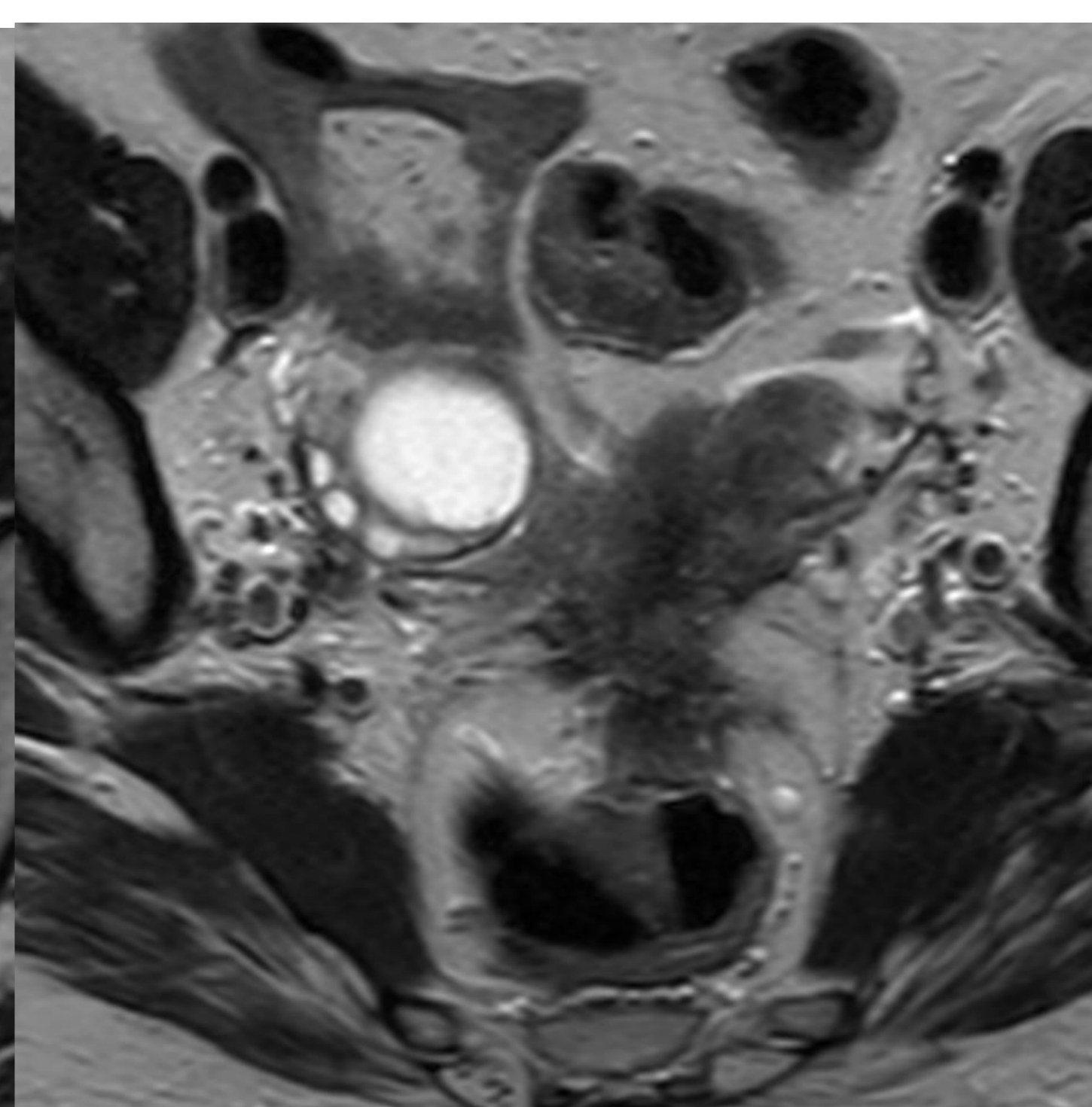
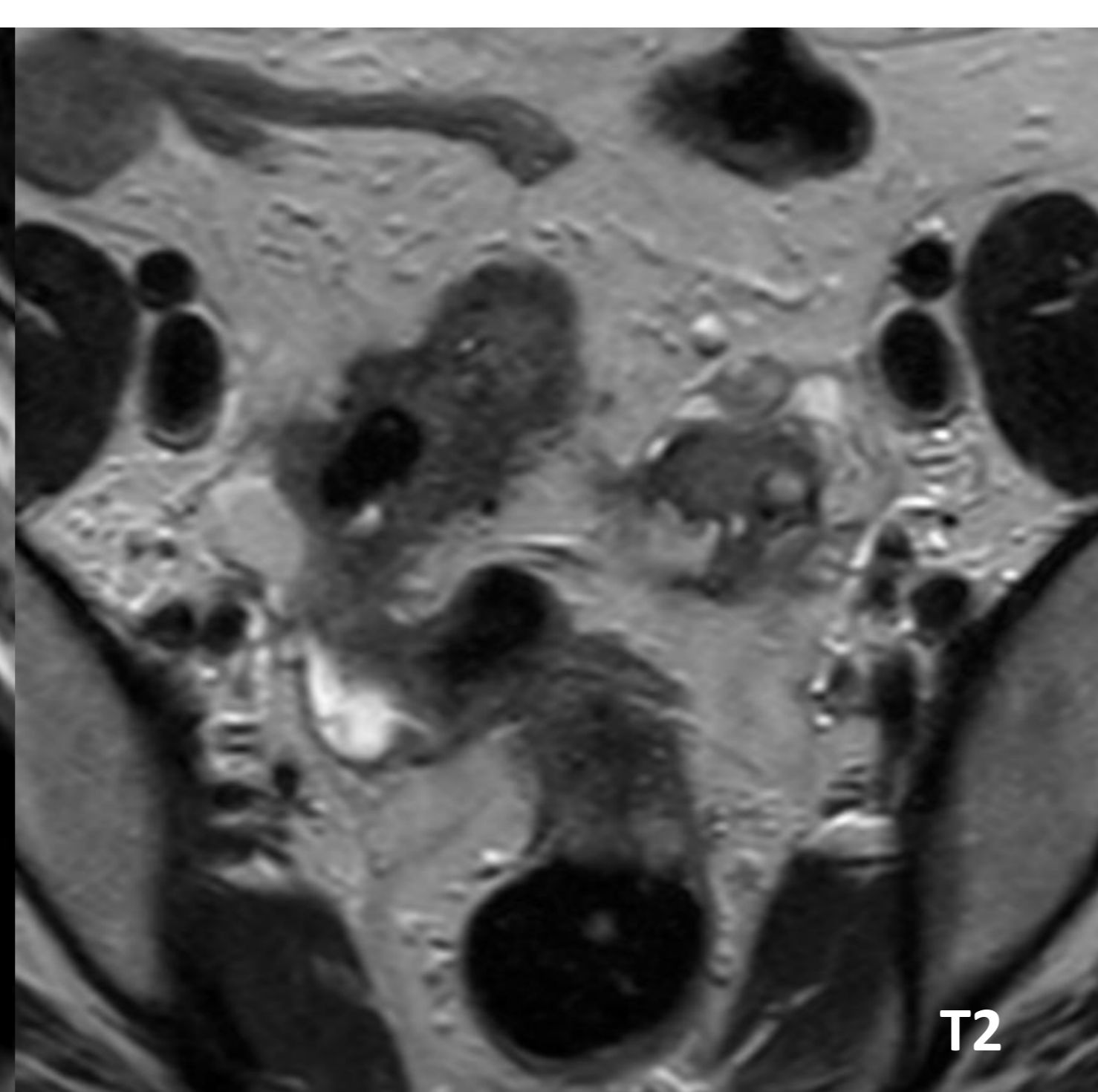
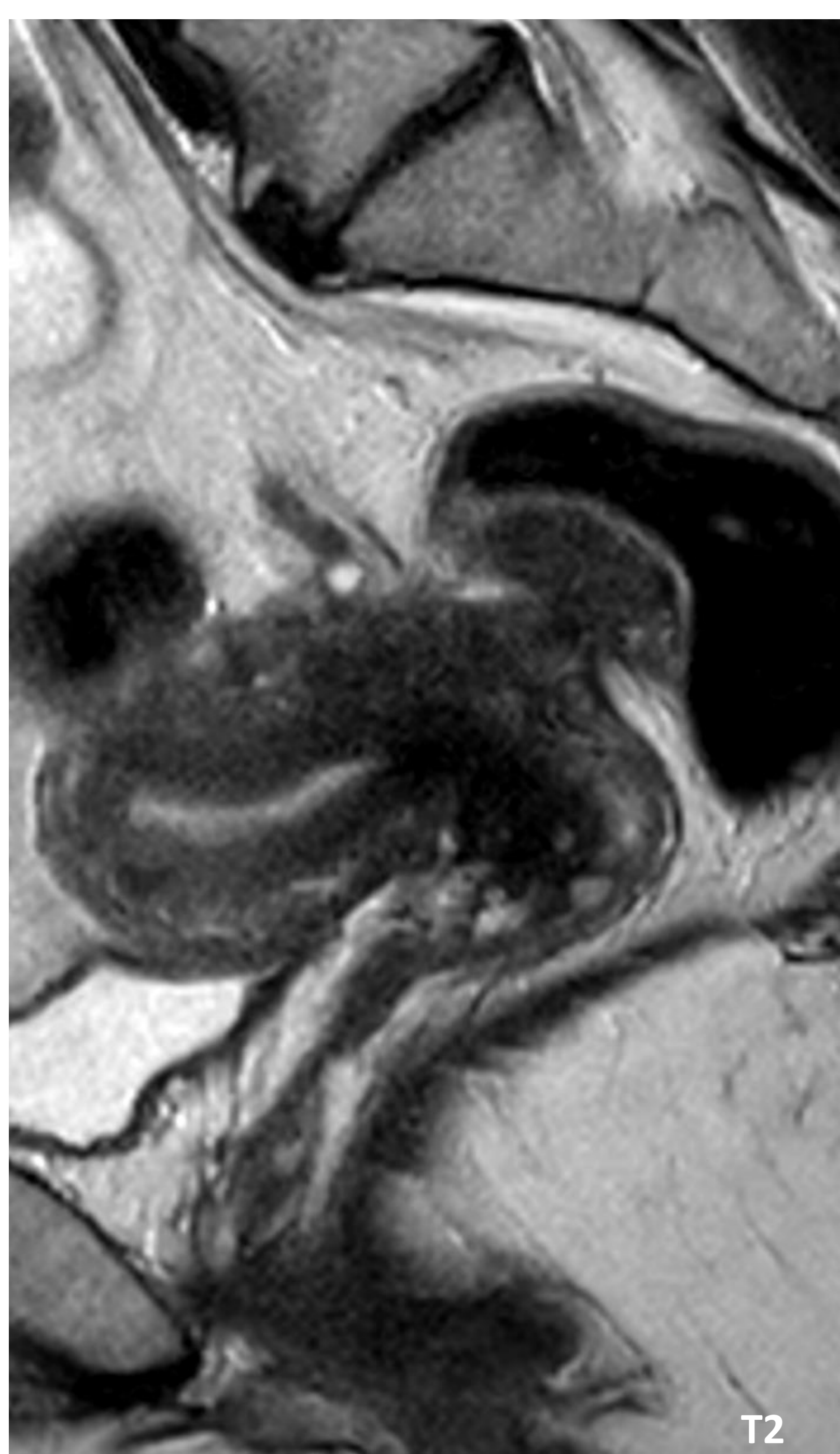
1. ENDOMETRIOSIS

- Patología ginecológica común consistente en **tejido glandular endometrial fuera de la cavidad uterina**.
- Pacientes **premenopáusicas** 25-29 años (5% postmenopáusicas) que pueden ser asintomáticas o tener historia de **dolor pélvico** y/o **infertilidad**, menos frecuentemente clínica digestiva.
- Más frecuentemente cursa como masas anexiales (**endometriomas**) pero pueden existir **implantes endometriósicos** en múltiples localizaciones. Las más habituales:
 - Fondo de saco de Douglas
 - Ligamentos úterosacros
 - Tracto digestivo (rectosigma>apéndice>ciego>ileon distal)
 - Tracto urinario



ENDOMETRIOMA OVÁRICO.

Masa anexial quística de contenido hemorrágico en estadios variables, habitualmente **hipointenso en T2** (*quistes de chocolate*) e **hiperintenso en T1**. Pueden tener **tabiques** o **debris** o **coágulos** pero la presencia de tejido sólido (que realza) es sospechosa, si bien **no suelen malignizar**.



ENDOMETRIOSIS INTESTINAL.

Masa ovárica izquierda mal definida, con componente hemorrágico **hiperintenso en T1FS** compatible con **endometrioma**, con extensión a un **tejido mal definido** de implantación en el **torus** uterino, que **tracciona** del **rectosigma**, en el cual se evidencia un **implante mural** que no sobrepasa la mucosa intestinal. Confirmado quirúrgicamente.

REVISIÓN DEL TEMA

MASAS OVÁRICAS BENIGNAS

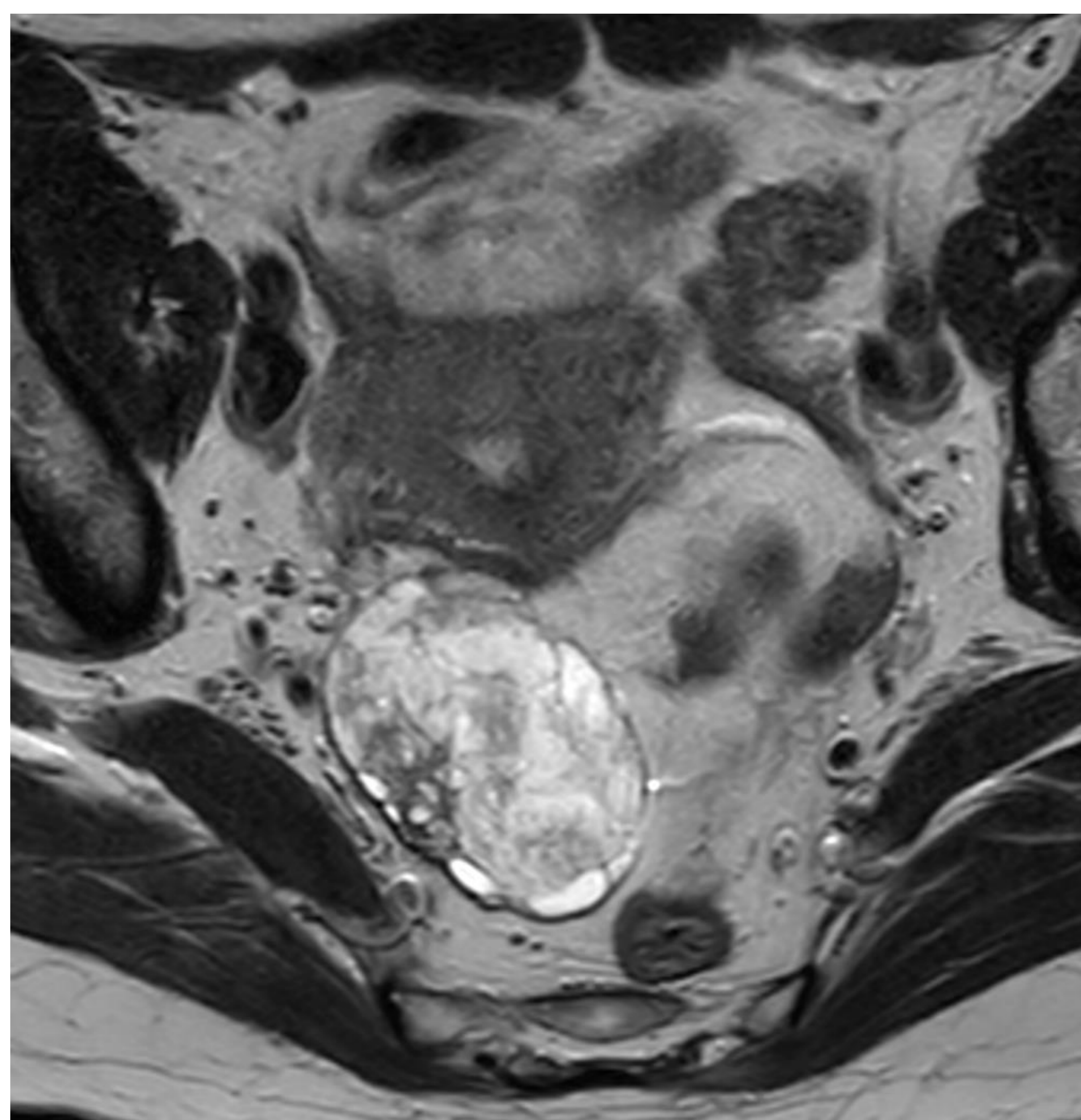
2. TUMORES EPITELIALES

- Los de estirpe epitelial son los tumores ováricos **más frecuente**. Aunque constituyen el 85% de las neoplasias malignas, el 60% de ellos son **benignos** [5].
- Son poco frecuentes en prepúberes, con un pico de incidencia entre los **60 – 70 años**.
- Habitualmente son masas **quísticas SIN tejido sólido**, entendido como aquel con **vascularización** en Doppler o **realce** y normalmente **restricción** a la DWI, **excluyendo tabiques finos y regulares**.

CISTOADENOMAS SEROSOS



CISTOADENOMAS MUCINOSOS



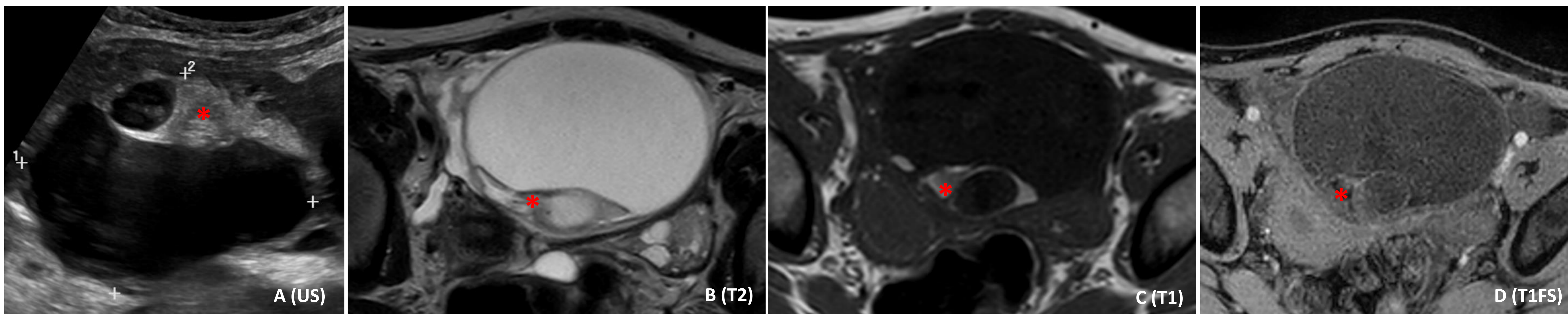
Más pequeños	TAMAÑO	Más grandes
Uniloculados	MORFOLOGÍA	Multiloculados
Homogénea	CONTENIDO	Heterogéneo
Groseras, común	CALCIFICACIONES	Lineales, raro
Frecuente	BILATERALIDAD	Raro
Mayor	% MALIGNOS	Raro

REVISIÓN DEL TEMA

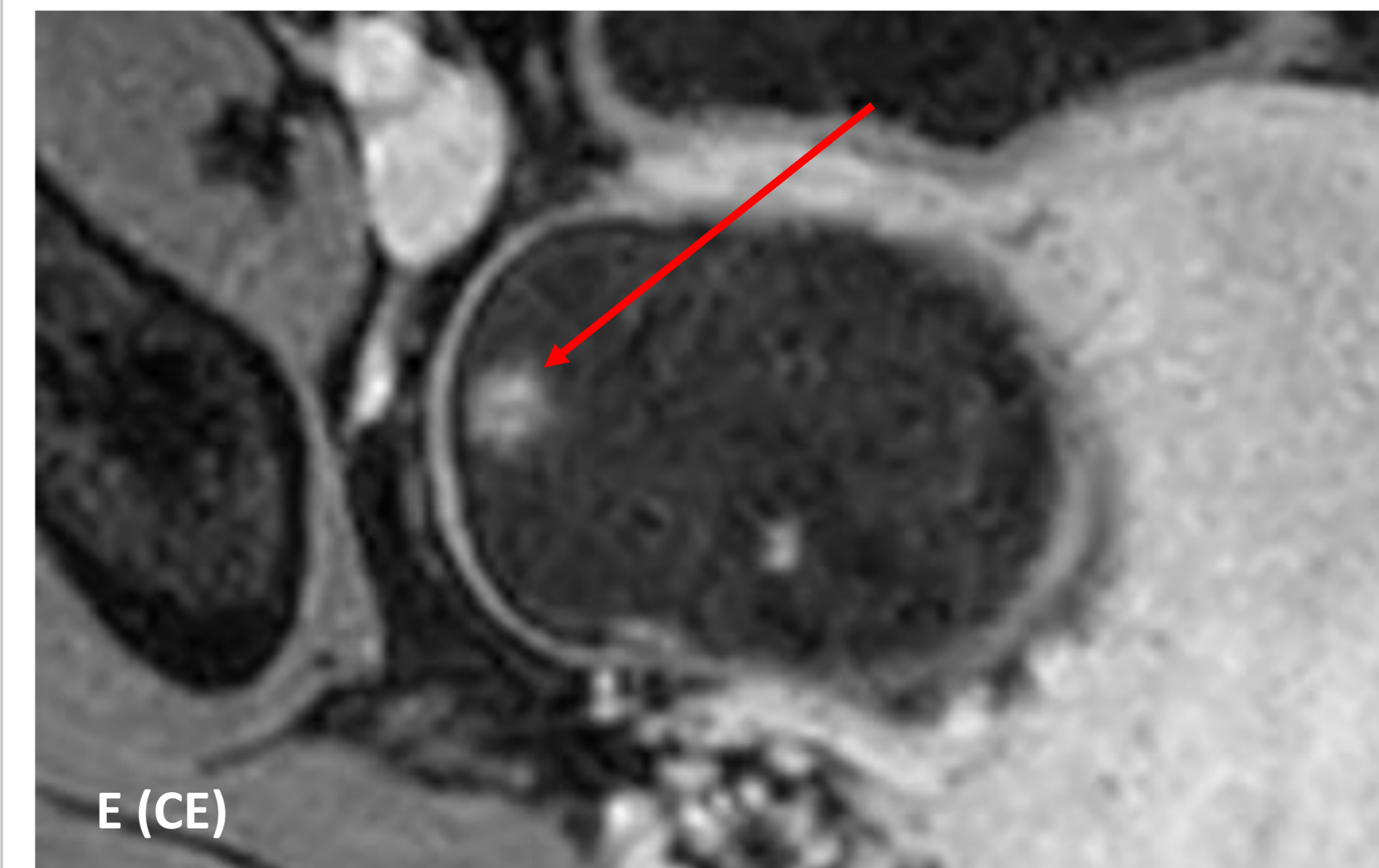
MASAS OVÁRICAS BENIGNAS

3. TUMORES GERMINALES

- Representan el 15 – 20 % de los tumores ováricos, siendo el segundo grupo en frecuencia.
- Típicos de pacientes **jóvenes**.
- El único benigno pero el más frecuente con diferencia es el **TERATOMA QUÍSTICO MADURO**.

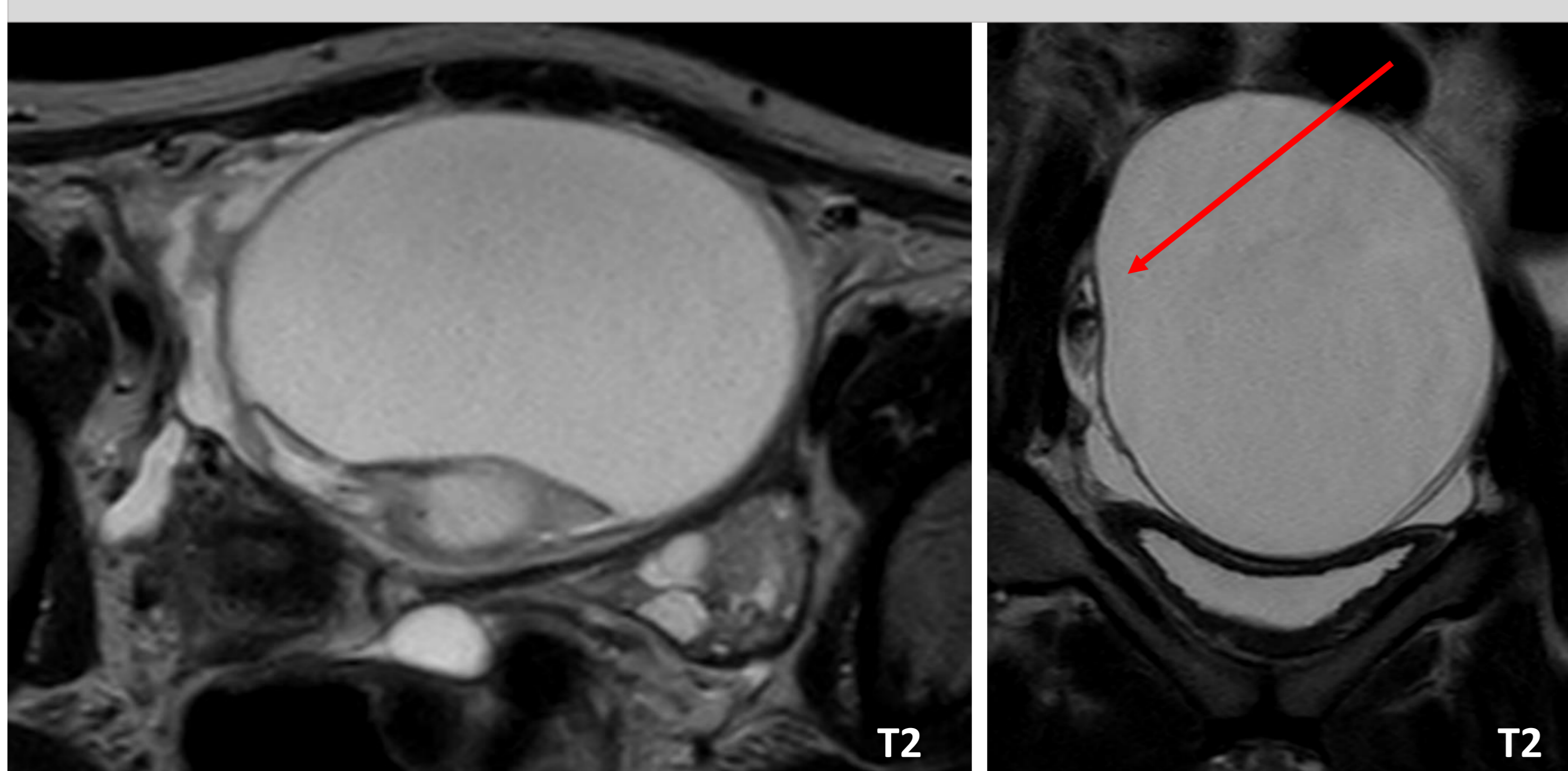


- Tumor benigno más frecuente en < 45 años.
- Deriva de ≥ 2 capas de tejido embrionario y por ello su apariencia en imagen es muy variable, desde **puramente quístico** (poco frecuente) hasta **masas complejas**.
- El **80%** presentan **grasa**
 - Hiperecogénica en ecografía (*asterisco en A*)
 - Hipodensa en TC
 - Hiperintensa en T1 y T2 en RM con supresión en *fatsat* (*asterisco en B, C, D*)
- Es frecuente que presenten una **proyección sólida \pm realce** que se conoce como **nódulo de Rokitansky** que no debe de ser grande (*flecha en E*).
- En ocasiones se puede identificar material como **calcificaciones**, **pelos** o **dientes**.



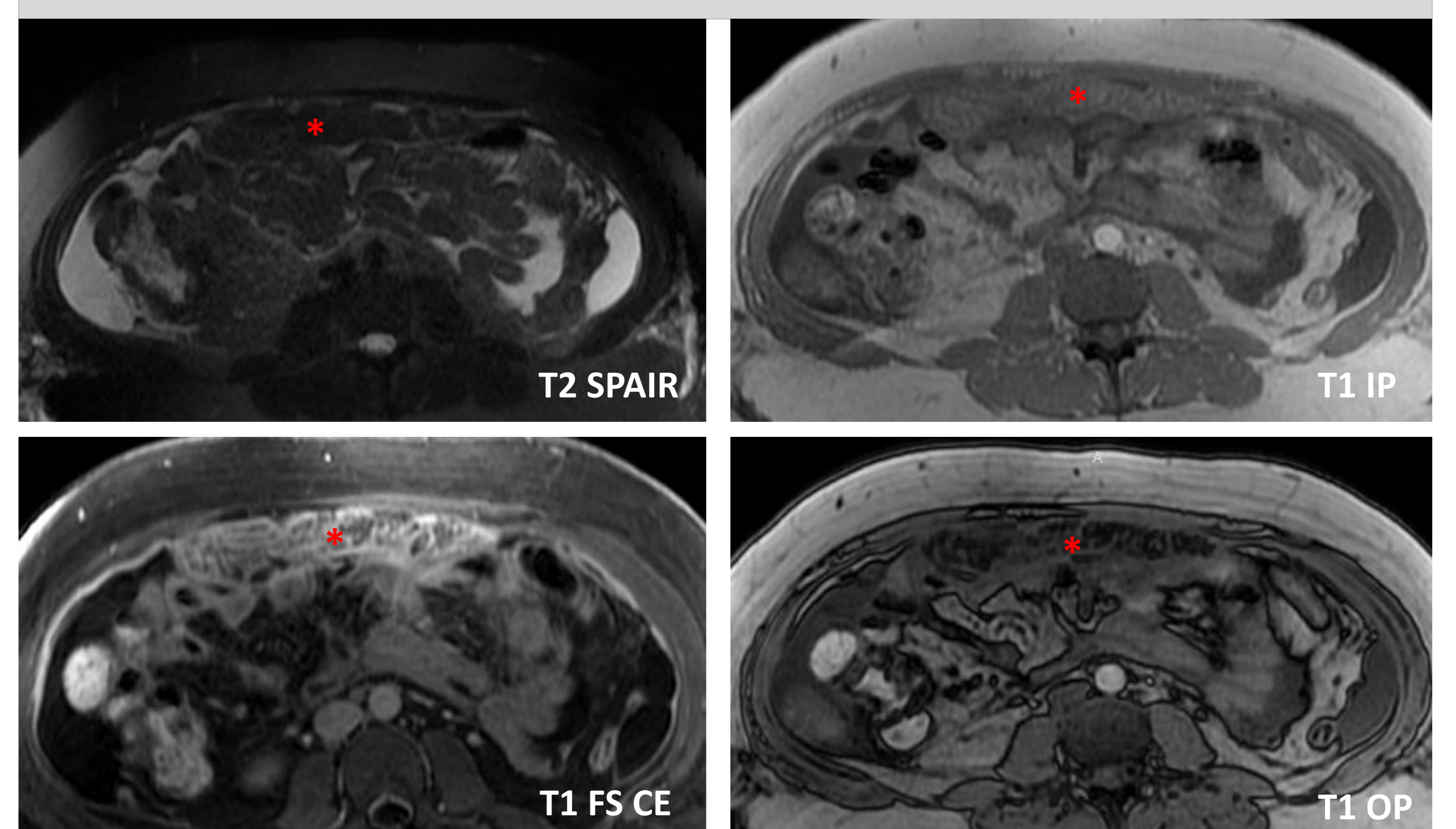
- Los teratomas pueden sufrir **complicaciones**

TERATOMA TORSIONADO



Ejemplo del teratoma mostrado arriba, que respecto a la imagen ecográfica se **gira** hacia la derecha (vemos cómo cambia de posición el componente graso de superficial a profundo), y se dispone **conjuntamente con el OI normal** en el lado izquierdo. El útero se desplaza hacia el lado derecho, de la torsión. En el plano coronal se apreciaba el **signo del remolino** (flecha).

ROTURA DE TERATOMA



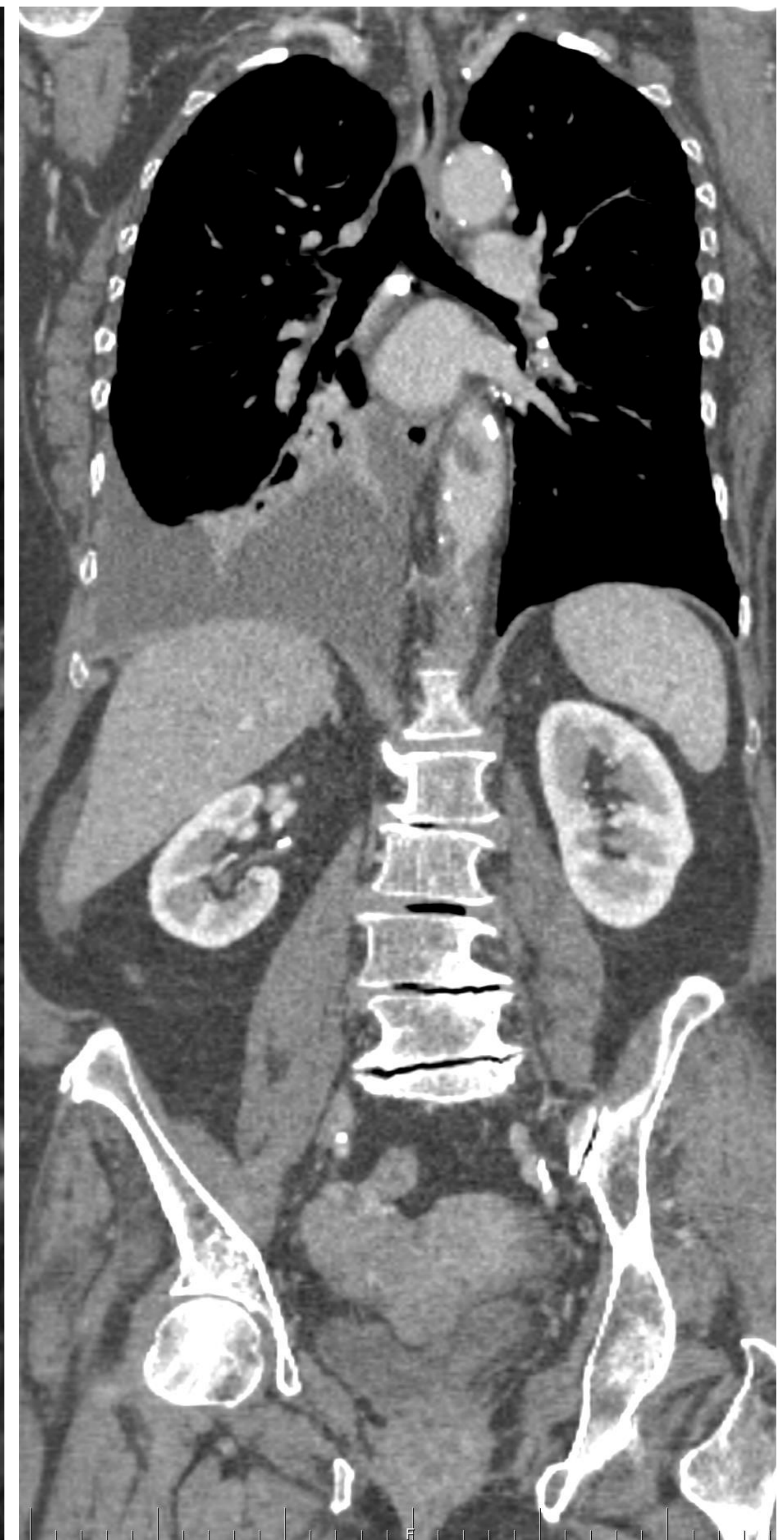
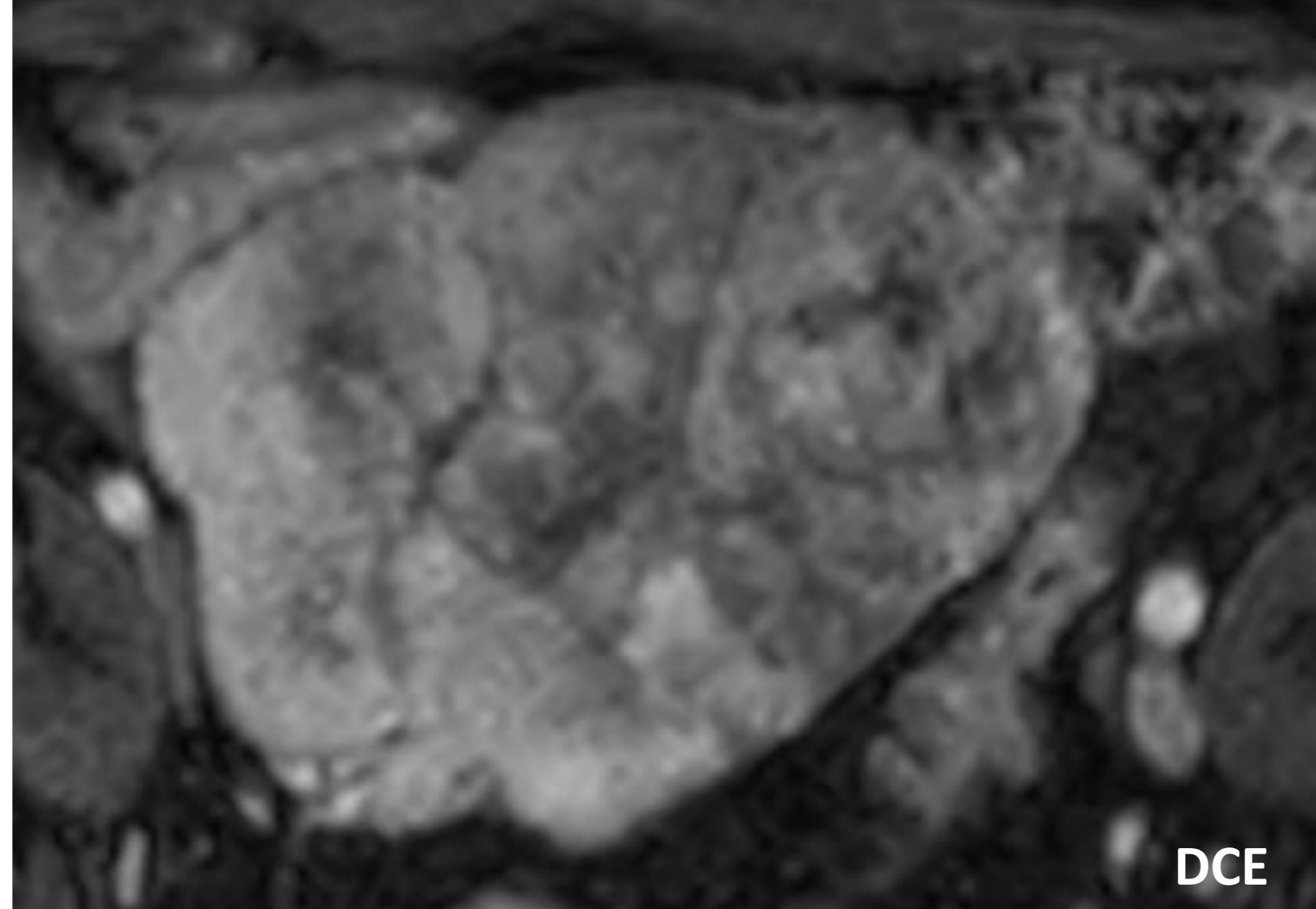
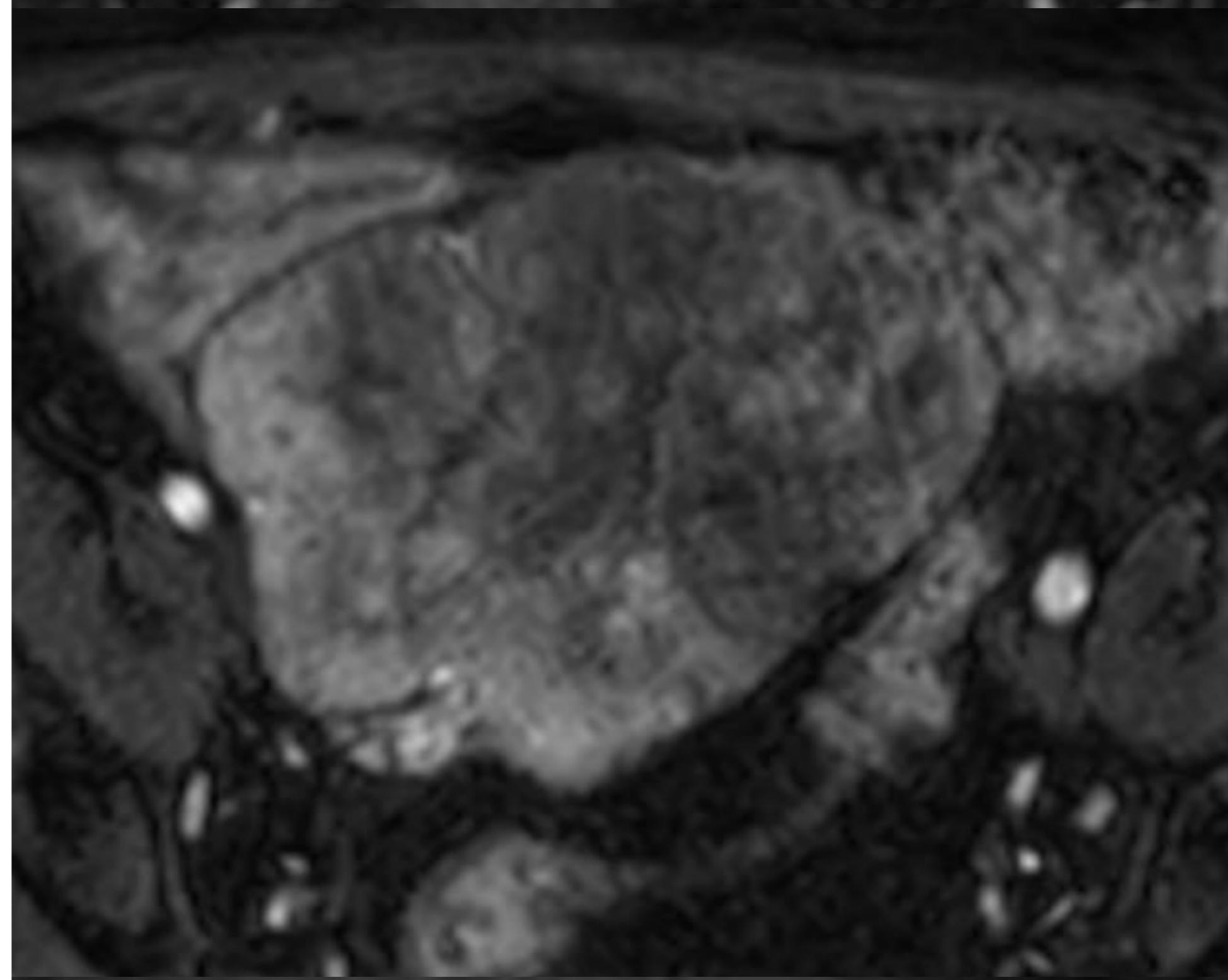
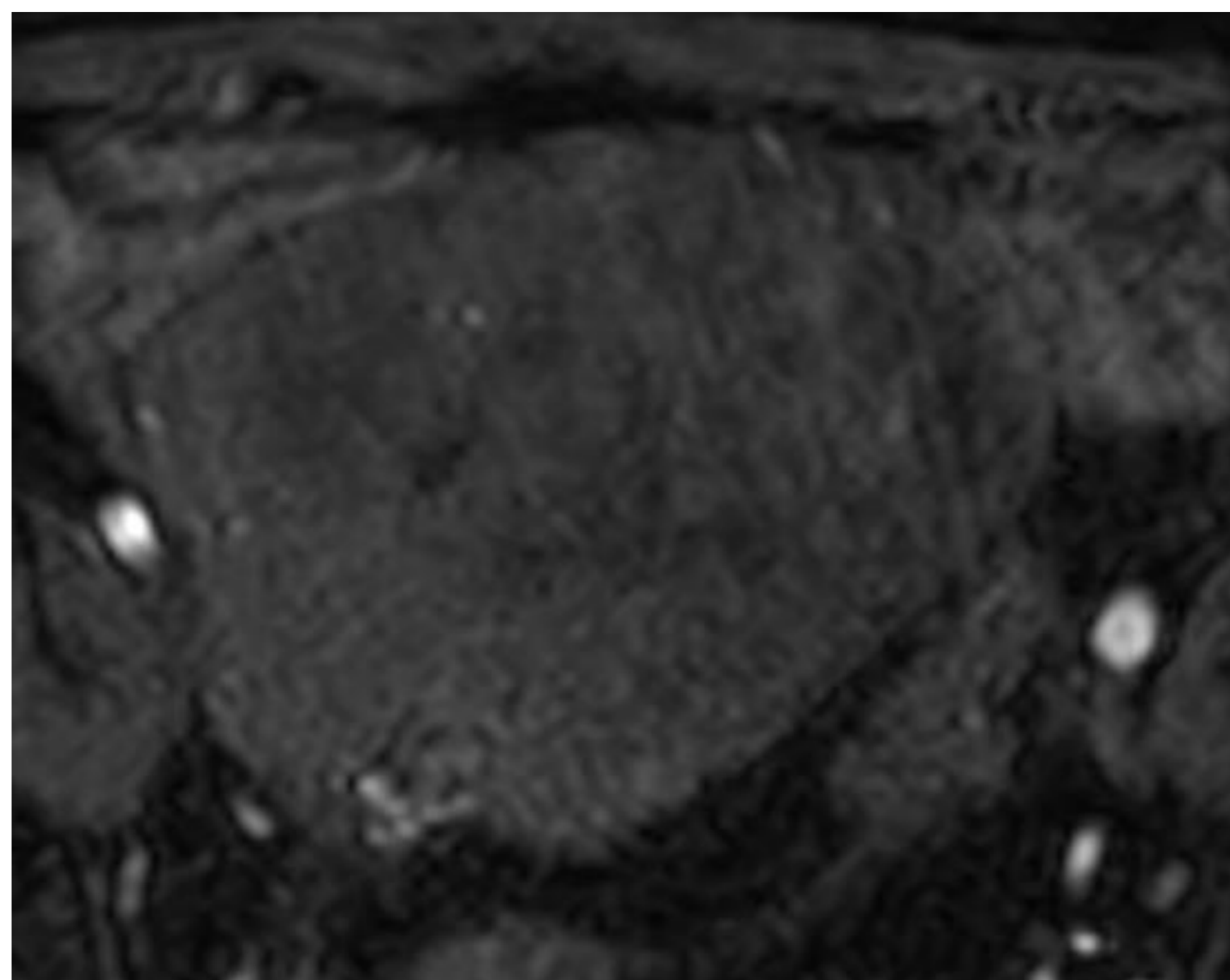
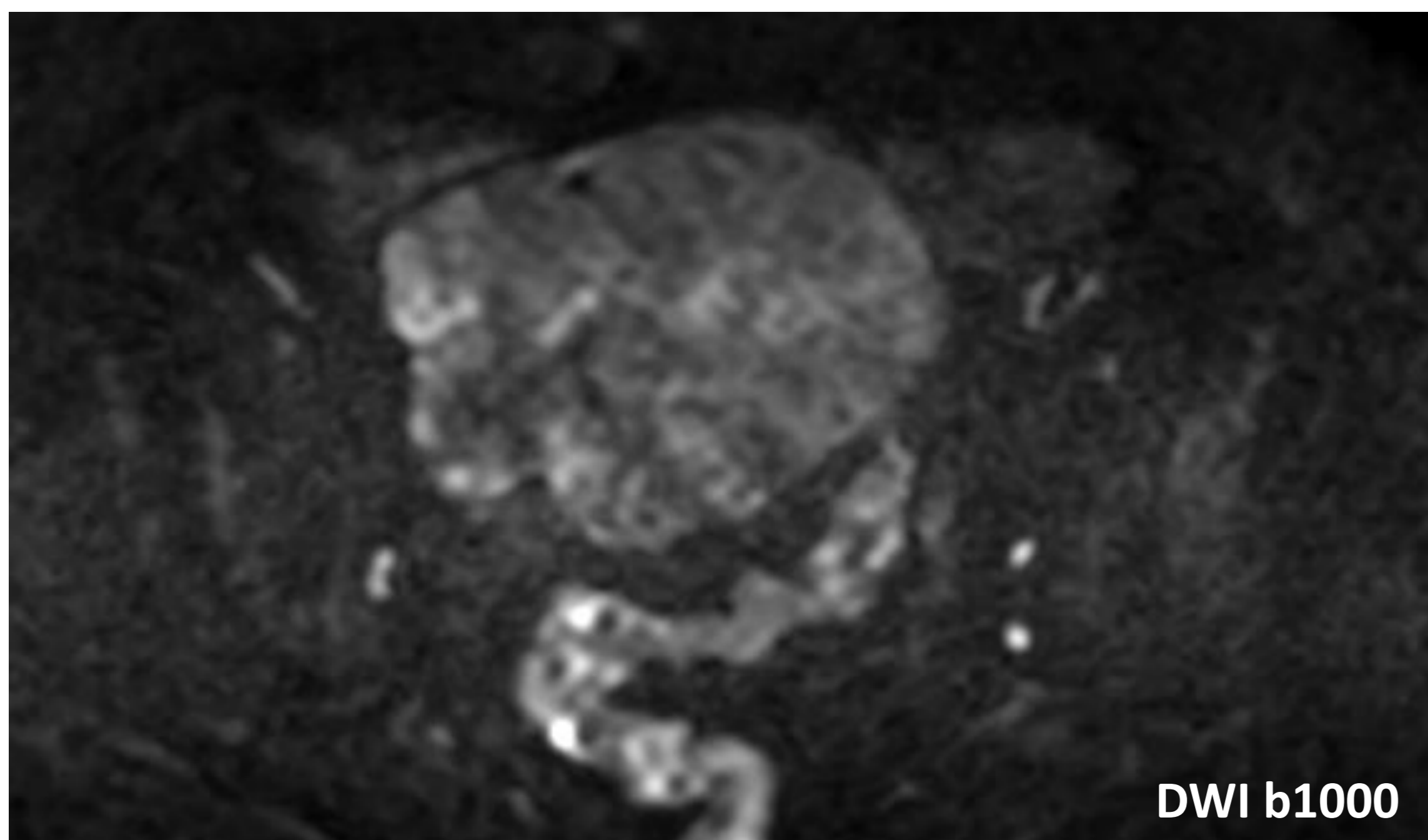
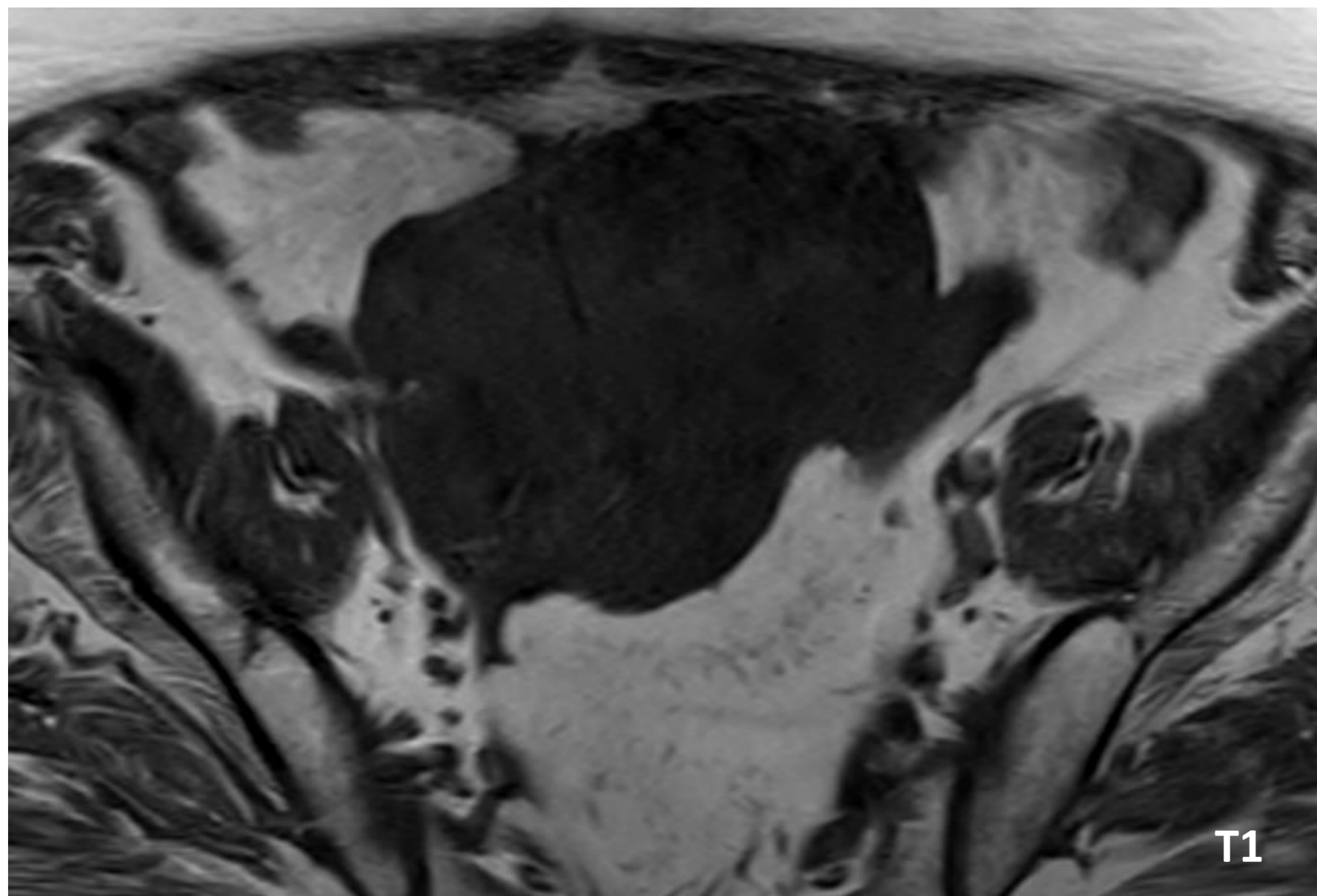
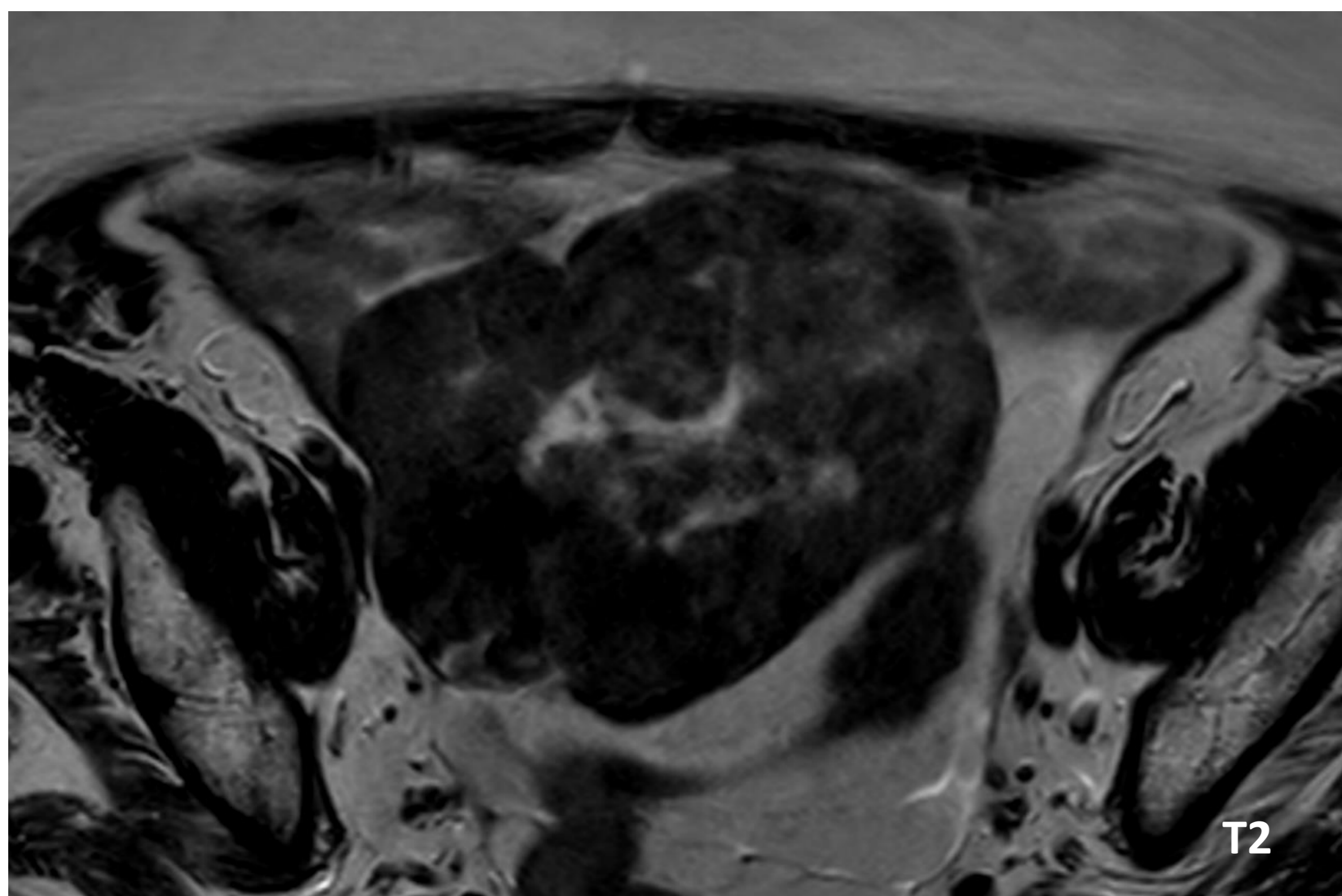
Efecto masa **hipercaptante** con **componente graso** en el epiplón (*asterisco*), **ascitis** difusa y **engrosamiento** e **hiperrealce del peritoneo** que imitan carcinomatosis, en una paciente con antecedente de rotura de teratoma quístico maduro durante la gestación.

REVISIÓN DEL TEMA

MASAS OVÁRICAS BENIGNAS

4. TUMORES DEL LOS CORDONES SEXUALES Y EL ESTROMA OVÁRICO

- La mayoría son benignos, dentro de los cuales destacan los **FIBROMAS Y FIBROTECOMAS**.
 - Pueden presentarse en mujeres pre y postmenopáusicas.
 - Aunque su apariencia es variable suelen ser masas **sólidas** con abundante contenido en colágeno, por tanto característicamente **hipointenso** en todas las secuencias de RM y con realce normalmente **leve y tardío** tanto en RM como en TC.
 - Pueden asociar **ascitis** y **derrame pleural** (normalmente derecho) en el **SÍNDROME DE MEIGS** simulando malignidad.



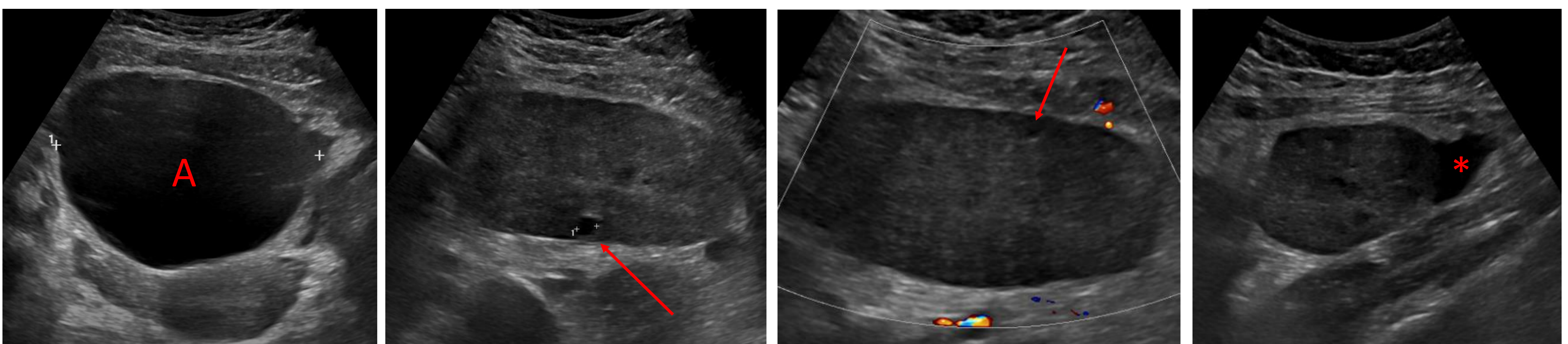
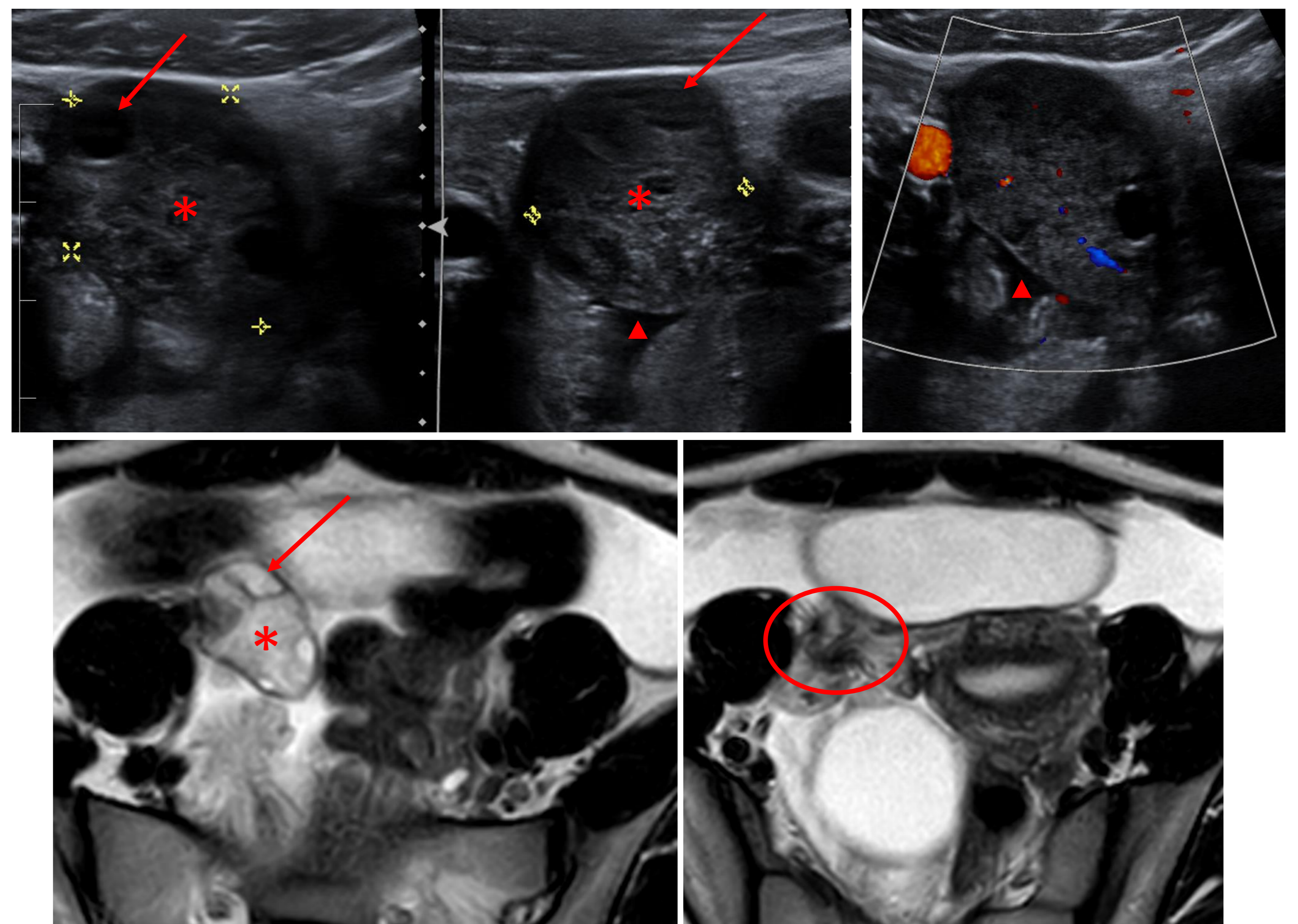
REVISIÓN DEL TEMA

PSEUDOMASAS

1. **TORSIÓN OVÁRICA** Torsión de ovario, y normalmente la trompa, sobre su ligamento suspensorio que condiciona compromiso vascular.

- **FACTORES DE RIESGO.** Habitualmente en premenopáusicas.
 - Presencia de una **masa**, habitualmente **benigna** (ausencia de adherencias o infiltración de estructuras vecinas que fijen el ovario).
 - Puede darse de forma **aislada**, normalmente **perimenarquia**, durante el **embarazo** o en casos de síndrome de ovario **poliquístico** o **hiperestimulación** ovárica.
- Cursa con **dolor abdominal agudo cólico** con irradiación inguinal ± peritonismo, náuseas y vómitos. Habitualmente con analítica normal.
- La **ecografía** es la primera técnica de imagen y normalmente suficiente. Ante dudas diagnósticas o bien de forma incidental, la torsión ovárica es fácilmente identificable con **RM**, con mayor resolución espacial y menos operador-dependiente.

- Aumento del tamaño
- Edema intersticial (*)
- Desplazamiento de los folículos a la periferia (↙)
- Ausencia de señal Doppler o solamente arterial
- Signo del remolino (giro vascular) (○)
- Desplazamiento el ovario fuera de su posición normal
- Tracción ipsilateral del útero por acortamiento anexial
- Líquido libre intraperitoneal (▲)



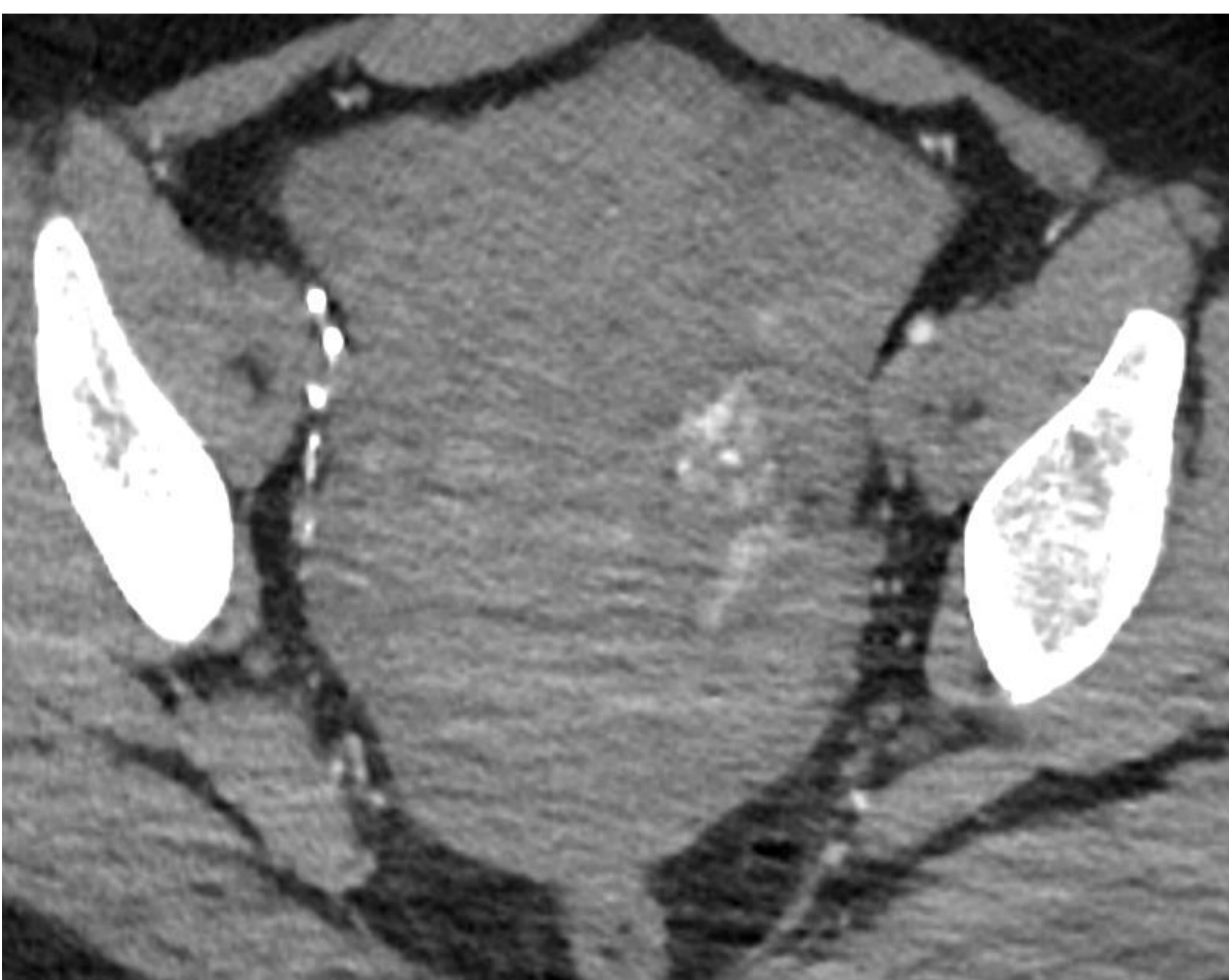
TORSIÓN OVÁRICA muy evolucionada, secundaria a **QUISTE SIMPLE OVÁRICO GIGANTE (A)**. Ovario izquierdo muy **incrementado** de volumen, con alteración significativa de su **ecogenicidad** y desplazamiento de **folículos** a la periferia (flechas), sin señal Doppler. Lámina de **líquido libre** perianexial (*).

REVISIÓN DEL TEMA

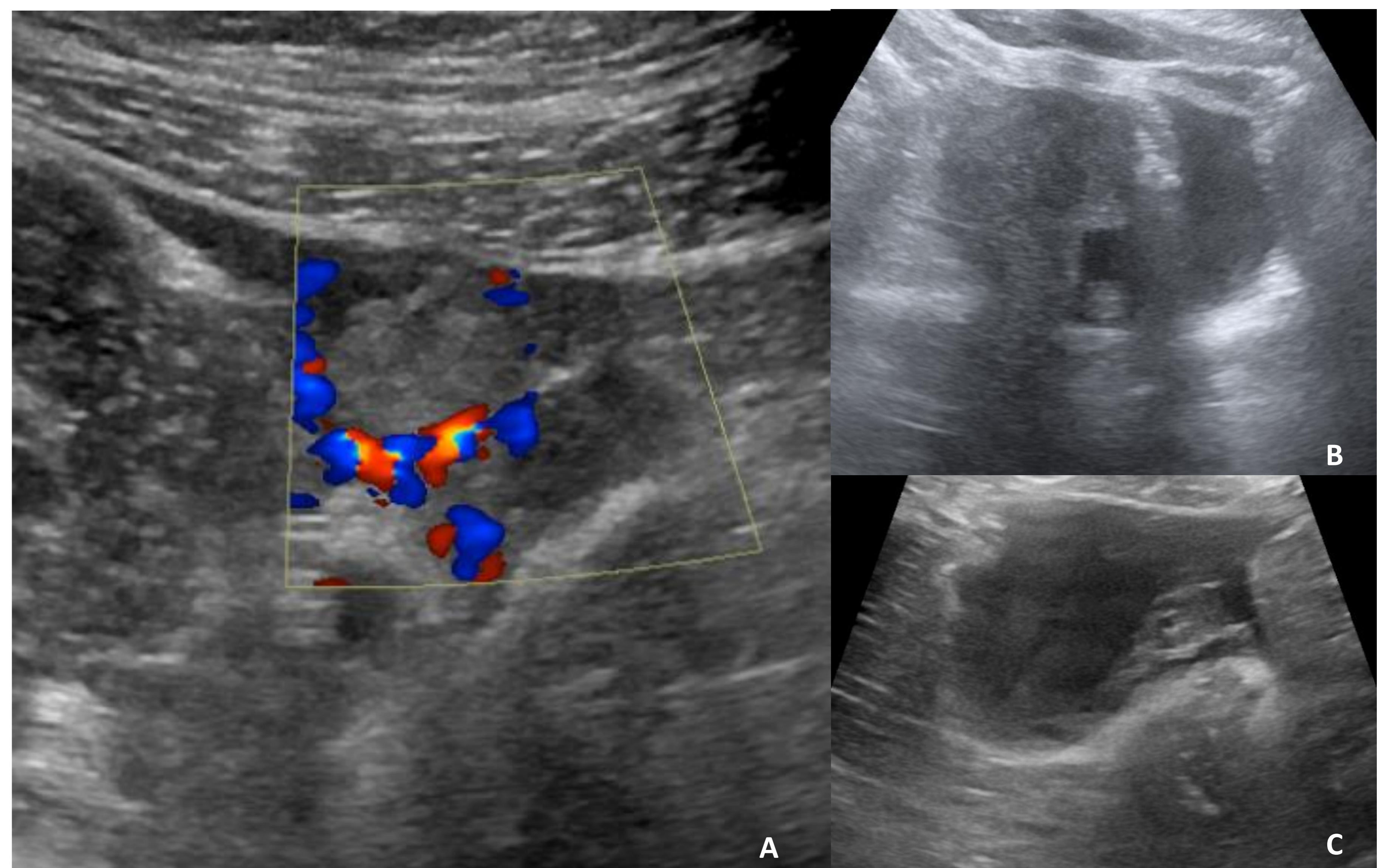
PSEUDOMASAS

2. **EMBARAZO ECTÓPICO** Implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, frecuentemente en las **trompas de Falopio**.

- **FACTORES DE RIESGO:**
 - Fecundación asistida
 - DIU
 - Antecedente de embarazo ectópico, EPI o cirugía ginecológica.
- La mayoría **asintomáticos**. Puede aparecer **dolor abdominal**, **masa** pélvica, **shock hipovolémico** (cuando se produce la **rotura** de la trompa).
- La **ecografía** es la prueba de elección. La **RM** puede emplearse en caso de dudas diagnósticas. En algunos casos en la urgencia, el diagnóstico es incidental con **TC**. Se visualiza como una **masa anexial compleja** o un **saco gestacional**, separado del ovario, con intensa vascularización periférica que se conoce como signos del “**anillo de fuego**” en Doppler.
- Se puede complicar con **ROTURA**, en cuyo caso aparece **hemoperitoneo** y/o **extravasación** de contraste en TC con contraste.
- El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con el **cuerpo lúteo**, **síndrome de hiperestimulación ovárica**, **torsión ovárica**.
- Aunque más raro, puede coexistir con una gestación uterina normal, en lo que se conoce como **GESTACIÓN HETEROTÓPICA**.



SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A ROTURA DE EMBARAZO ECTÓPICO. Mujer en edad **fértil** que toma **anticonceptivos**, sin embarazo conocido. **Hemoperitoneo** masivo con **extravasación** de contraste en región anexial izquierda.



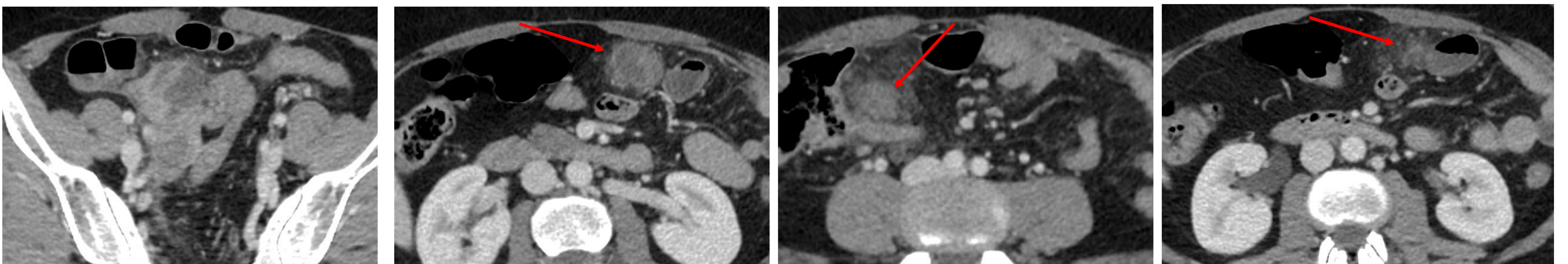
GESTACIÓN HETEROTÓPICA CON ECTÓPICO EN TROMPA DERECHA ROTO. Embarazada de 9 semanas con **dolor** abdominal cólico en FID. **Masa** con Doppler en “**anillo de fuego**” en FID (A) en una mujer con embarazo IU viable (B) con **hemoperitoneo** (C).

REVISIÓN DEL TEMA

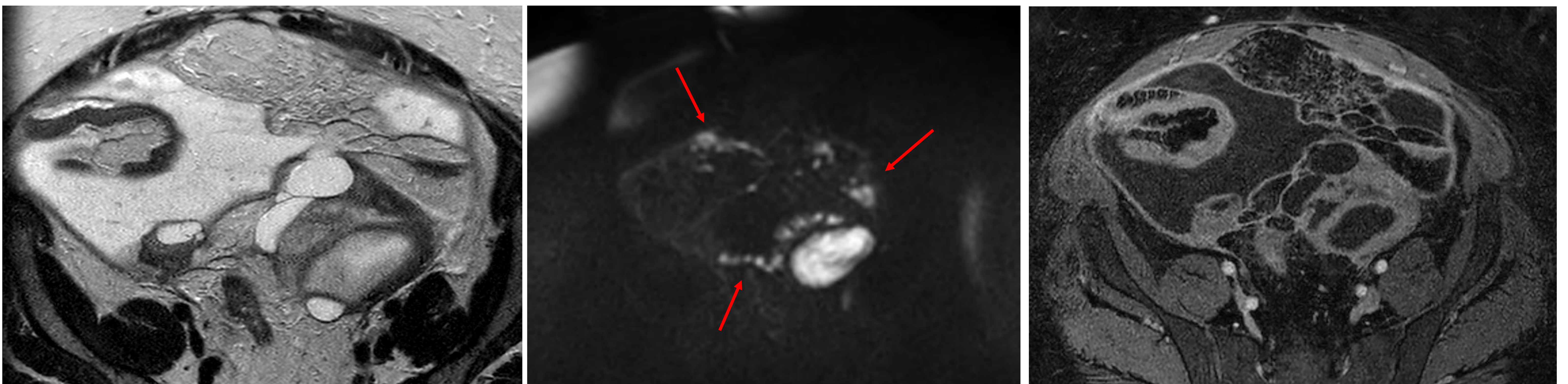
PATOLOGÍA PÉLVICA INFECCIOSA

1. **ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA** Infección del tracto genital femenino alto (endometrio, trompas y ovarios).

- Mujeres **jóvenes** en edad fértil. Dolor en hipogastrio, secreciones vaginales, fiebre y dispareunia. Alteración analítica de perfil infeccioso.
- **FACTORES DE RIESGO:** enfermedad de transmisión sexual o de causa yatrogénica.
 - Múltiples parejas sexuales
 - Antecedente de procedimiento intrauterino
 - DIU.
- Organismo responsable: **Chlamydia trachomatis**, Neisseria gonorrhoeae, polymicrobial infection >>> Mycobacterium tuberculosis, Actinomyces spp.
- **HALLAZGOS PRECOCES:** engrosamiento de los ligamentos úterosacros, edema de la grasa pélvica, adenopatías.
- **COMPLICACIONES:**
 - A corto plazo: piometra, piosálpinx, **abscesos tuboováricos**, **peritonitis**, uréterohidronefrosis, inflamación del cuadrante abdominal superior derecho (SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS).
 - A LARGO PLAZO: infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico.



EPI COMPLICADA CON ABSCESOS INTRAPERITONEALES. Mujer con dolor abdominal, fiebre y analítica **infecciosa**, que presenta una **masa compleja** en el anejo derecho y **múltiples lesiones peritoneales** (flechas) con borramiento de la grasa circundante, compatibles en el contexto con abscesos. Se objetiva también **uréterohidronefrosis** derecha. Diagnóstico diferencial con neoplasia ovárica con carcinomatosis peritoneal. Confirmación quirúrgica.



EPI COMPLICADA CON PERITONITIS. Mujer con dolor abdominal y analítica infecciosa, sospecha de apendicitis. Se realiza TC (no mostrado) que evidencia una masa aneja izquierda compleja, con ascitis y estriación de la grasa peritoneal, con alguna imagen nodular (no mostrada), que plantea diagnóstico diferencial con malignidad. Se realiza RM que muestra una masa con **restricción central** y **realce periférico**, semiología compatible con **absceso tuboovárico izquierdo**, con **intenso realce peritoneal** en relación con **peritonitis** y múltiples focos de restricción a la DWI en el contexto compatibles con **microabscesos** (flechas).

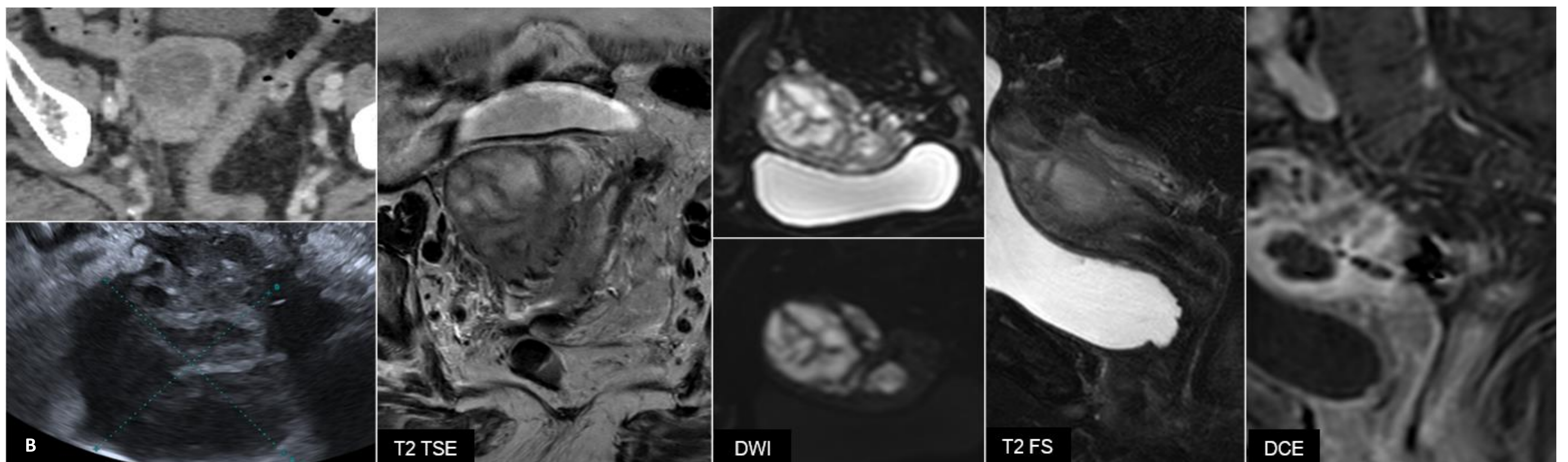
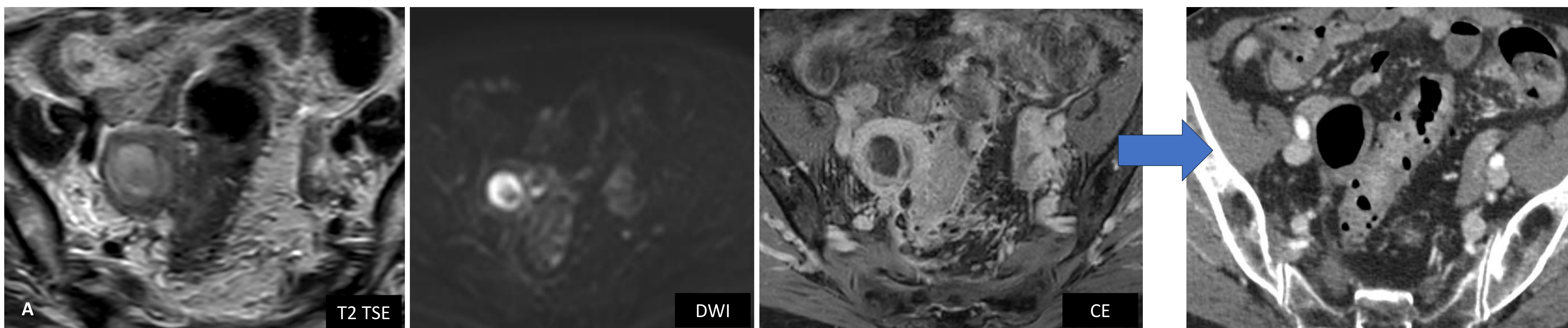
REVISIÓN DEL TEMA

PATOLOGÍA PÉLVICA INFECCIOSA

2. DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA

3. APENDICITIS

- La inflamación del **apéndice**, así como de un **divertículo cecal** o más frecuentemente **sigmoideo** puede insinuarse en el área anexial, especialmente cuando se complica con la formación de **abscesos**, en ocasiones generando diagnóstico diferencial con una masa anexial compleja.
- En estos casos el **contexto clínico** que oriente a una patología infecciosa es fundamental.
- También **signos radiológicos inflamatorios locorregionales** acompañantes sugerirán el diagnóstico correcto:
 - Semiología de absceso → colección de paredes gruesas hipercaptantes, con restricción central al a DWI.
 - Edema de partes blandas adyacentes.
 - Líquido libre locorregional.
 - Signos de diverticulitis/apendicitis



DIVERTICULITIS COMPLICADA CON ABSCESO PÉLVICO. Se presentan dos casos diferentes (A) y (B), remitidos para estudio de “masa anexial sospechosa” que resultó corresponder con un absceso, secundario a diverticulitis complicada. Nótese el comportamiento típico de la lesión, con **restricción central** y **realce periférico**, así como los **cambios inflamatorios** en la grasa y el sigma en vecindad, que presenta divertículos. Ambas mujeres habían consultado en varias ocasiones por **dolor abdominal**, con leve **alteración analítica**. Vemos en el primer caso (A) la evolución positiva en el seguimiento tras manejo conservador.

CONCLUSIÓN

- En el manejo de la patología pélvica femenina **siempre debemos descartar el cáncer de ovario**, como 2º cáncer más frecuente en mujeres y 1º en mortalidad.
- Su diagnóstico temprano es fundamental y esto puede conllevar en ocasiones cierta **precipitación**.
- Una **actitud crítica** y un enfoque **multidisciplinar** es clave en el correcto manejo de las pacientes.
- Lo más importante es **localizar** bien la masa para confirmar la dependencia ovárica, teniendo en cuenta los orígenes alternativos más habituales, sobre todo útero y rectosigma.
- Después debemos analizar sus **características** y saber identificar las lesiones **benignas** de comportamiento típico.
- En este análisis es importante también siempre tener en cuenta el **escenario clínico y analítico**. En un contexto infeccioso debemos descartar este tipo de causas, tanto de origen ginecológico como digestivo, como opciones más frecuentes en la pelvis. Mientras que en caso de dolor agudo, debemos pensar en la **torsión** y nunca olvidar la posibilidad, aunque infrecuente, del **embarazo ectópico** en mujeres en **edad fértil**, sobre todo si tienen **factores de riesgo** o signos sugestivos de **sangrado**.
- Debemos conocer las **complicaciones** que pueden ocurrir.
- En ocasiones es necesario el estudio **histológico** para descartar definitivamente malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elsherif, S.B.; Agely, A.; Gopireddy, D.R.; Ganeshan, D.; Hew, K.E.; Sharma, S.; Lall, C. Mimics and Pitfalls of Primary Ovarian Malignancy Imaging. *Tomography* 2022, 8, 100–119. <https://doi.org/10.3390/tomography8010009>
2. Nougaret, S., Nikolovski, I., Paroder, V., Vargas, H. A., Sala, E., Carrere, S., ... Lakhman, Y. (2019). MRI of Tumors and Tumor Mimics in the Female Pelvis: Anatomic Pelvic Space-based Approach. *RadioGraphics*, 39(4), 1205–1229.
3. Thomassin-Naggara I et al. *JAMA Network Open*. 2020;3(1):1–14.
4. Cendos Abdel Wahab, MD, Laure S. Fournier, MD, PhD et al. Diagnostic Algorithm to Differentiate Benign Atypical Leiomyomas from Malignant Uterine Sarcomas with Diffusion-weighted MRI. *Radiology* 2020; 00:1–11.
5. Jung, S. E., Lee, J. M., Rha, S. E., Byun, J. Y., Jung, J. I., & Hahn, S. T. (2002). CT and MR Imaging of Ovarian Tumors with Emphasis on Differential Diagnosis. *RadioGraphics*, 22(6), 1305–1325.
6. A.D. Diop, M. Fontarensky, P.-F. Montoriol, D. Da Ines. CT imaging of peritoneal carcinomatosis and its mimics. *Diagnostic and Interventional Imaging*. Vol 95, Issue 9, September 2014, Pages 861-872.