

MASAS QUÍSTICAS ABDOMINALES. CLAVES PARA UNA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Julia Mato Chaín**, Teresa Guerra Garijo, Irene Perez Alonso, Julio Gallego Beuth, Ana Pastor Valvuen, Juan Cristobal Valenzuela Claros

Objetivos Docentes

Definir los signos radiológicos que nos permitan realizar una orientación diagnóstica de las diversas masas abdominales de presentación quística, intentando establecer su origen y restringiendo el listado de su diagnóstico diferencial.

Indagar en la historia clínica del paciente buscando los datos clínicos que nos puedan ayudar a realizar un diagnóstico más específico para definir una adecuada conducta terapéutica según su etiología.

La presentación de una masa abdominal con componente de predominio quístico (quística pura o mixta), aunque ocasional, es un hallazgo relativamente frecuente en la clínica diaria, en muchas ocasiones como hallazgo casual en el curso de una exploración por otro motivo. No es infrecuente que la masa alcance gran tamaño, dificultando su orientación diagnóstica.

Para enfrentarnos adecuadamente a su estudio realizamos:

- Revisión de los signos radiológicos que nos permitan determinar su origen, si es posible.
- Determinar la lista de diagnóstico diferencial para el origen establecido.
- Valorar las circunstancias clínicas específicas de cada paciente (edad, sexo, antecedentes, sintomatología).
- Elección de la conducta terapéutica adecuada.

Revisión del tema

Hay un importante número de masas abdominales mayoritariamente quísticas, de muy diverso origen y con diversas implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Se realiza una revisión de los signos radiológicos, fundamentalmente en US y TAC, que permitan establecer la existencia o no de organodependencia de las principales vísceras sólidas abdominales. Si la hubiera, conocer las posibilidades según el órgano de origen. En los casos en que esta dependencia no se demuestre, se establecerá su origen retroperitoneal o mesentérico y la forma de aproximarse a su diagnóstico por su presentación radiológica y factores específicos de la historia clínica.

CLASIFICACIÓN DE LAS MASAS QUÍSTICAS ABDOMINALES

A efectos prácticos y para su mejor categorización las clasificaremos según su origen en:

- A) Masas originadas en órganos abdominales.
- B) Masas retroperitoneales.
- C) Masas mesentéricas y peritoneales.
- D) Masas pélvicas.

MASAS ORIGINADAS EN ÓRGANOS ABDOMINALES

Para sospechar que una masa se origina en un determinado órgano abdominal se debe valorar la existencia o ausencia de los signos radiológicos de **organodependencia**:

- **“Signo del pico” (“beak sign”)**: Cuando una masa deforma el borde de un órgano adyacente en pico lo más probable es que la masa se origine en ese órgano. Por el contrario, si el borde adquiere una forma roma, probablemente la masa lo esté deformando pero no se origina de él. [\(Fig 1\)](#)- **“Signo del órgano fantasma” (“phantom organ sign”)**: Cuando una gran masa se origina de un órgano pequeño éste llega a ser indetectable. Tiene falsos negativos ya que determinados tumores agresivos engloban estructuras pequeñas en proximidad (ejp . la glándula suprarrenal) que no son el origen de los mismos. [\(Fig 2\)](#)
- **“Signo del órgano incrustado” (“embedded organ sign”)**: Cuando una masa comprime un órgano adyacente con cierta plasticidad (tubo digestivo o VCI...), dicho órgano toma una forma de luna creciente (signo del órgano incrustado positivo). Sin embargo, cuando es el órgano el que parece estar embebido en el tumor (signo del órgano incrustado negativo), es probable que el tumor se origine a partir del órgano implicado. [\(Fig 3\)](#)
- **“Signo de la arteria nutricia prominente”** : Las masas hipervasculares suelen tener una arteria nutricia visible en TAC y RM que nos indica el origen de la masa. [\(Fig 4\)](#)

Todos los órganos sólidos abdominales pueden presentar numerosas lesiones quística más o menos comunes, neoplásicas y no neoplásicas. El establecimiento del órgano de origen delimita claramente el espectro diagnóstico en cada caso, aunque su descripción detallada, por su extensión no se incluye como objetivo en esta presentación. Citaremos como ejemplos los originados en: [\(Fig 5\)](#)

Páncreas : Especialmente la RM que permiten valorar la arquitectura interna de la lesión, el estado del parénquima pancreático subyacente y la relación con los conductos pancreáticos. Las lesiones quísticas primarias incluyen el pseudoquiste pancreático, cistoadenoma seroso, lesiones mucinosas benignas y malignas y quistes linfocelulares. Menos frecuentes son los cambios quísticos sobre neoplasia sólida, sobre todo el adenocarcinoma ductal, tumores neuroendocrinos y tumores pseudopapilares.

Hígado: Las lesiones neoplásicas van desde el cistoadenoma y cistoadenocarcinoma, el carcinoma hepatocelular, las metástasis. Las lesiones no neoplásicas incluyen el absceso, quiste hidatídico, el biloma y la enfermedad poliquística.

MASAS RETROPERITONEALES

Son un grupo raro de tumores compuesto por un amplio espectro de entidades patológicas benignas y malignas que se originan en el espacio retroperitoneal , pero siempre **fuera de los órganos mayores** de este espacio.

Como las implicaciones clínicas y el tratamiento varían mucho dependiendo de su causa, es importante el intento de filiación diagnóstica con herramientas no invasivas. Son entidades que se solapan mucho en su presentación radiológica, si bien algunos signos radiológicos junto con determinadas características clínicas pueden llevarnos al diagnóstico específico.

El primer paso es decidir si el tumor está en el retroperitoneo. Para eso nos ayudamos de varios signos :

A) Desplazamiento de las estructuras normales: El desplazamiento anterior de los órganos retroperitoneales (riñones, suprarrenales, colon ascendente y descendente, uréteres y porción retroperitoneal del duodeno) es altamente sugestivo del origen retroperitoneal. También el desplazamiento de vasos mayores y de algunas de sus ramas.

B) Identificación del órgano de origen: utilizando, para excluirlas, los signos de organodependencia descritos previamente.

CLASIFICACIÓN: Una vez establecido el origen retroperitoneal la lesión puede ser de dos tipos:

- **Lesiones neoplásicas**
- **Lesiones no neoplásicas**

LESIONES RETROPERITONEALES NEOPLÁSICAS

Linfangioma quístico: Son tumores congénitos benignos que se originan por fallo en el desarrollo del tejido linfático. Aunque son característicos de la edad pediátrica, pueden diagnosticarse en el adulto. Son masas de pared muy fina, uni o multiloculadas, llenas de linfa (también suero o sangre) y pueden afectar más de un componente retroperitoneal. Si son grandes pueden requerir tratamiento quirúrgico. US: masas quísticas multiseptadas, anecoicas o con ecos sedimentados o niveles líquido-líquido por debris.

CT : masa quística de septos finos, con densidades agua-grasa (ocasionalmente densas por sangre). Raramente calcifican.

RM: Depende del contenido en suero(T1 bajo y T2 elevado) o grasa y sangre (elevado en T1 y T2). ([Fig 6](#))

Cistoadenoma mucinoso: Se da en mujeres con ovarios normales. Su origen es incierto (de tejido ovárico ectópico o de un teratoma o de remanente embrionario o tras una metaplasia mucinosa). Es una masa unilocular y de difícil diagnóstico diferencial con masas similares (mesotelioma quístico, linfangioma, pseudoquistes no pancreático). Su tratamiento es la exéresis quirúrgica. ([Fig 7](#))

Teratoma quístico: Son tumores que contienen tejidos bien diferenciados de al menos dos de las tres capas germinales. Son más frecuentes en mujeres, recién nacidas asintomáticas. Las formas quísticas tienen gran probabilidad de ser benignas a diferencia de las formas sólidas.

US y CT: masa compleja bien definida con niveles líquido, tejido graso y calcificaciones. La presencia de grasa o calcificación en la pared aumenta la probabilidad del diagnóstico.

Mesotelioma quístico: Neoplasia benigna de origen mesotelial, rara en retroperitoneo y no relacionada con la exposición al asbesto. Tiene tendencia a la recurrencia local y es más frecuente en mujeres. Puede producir dolor abdominal

US y CT: masas quísticas uni o multiloculadas de pared fina, indistinguibles de otras lesiones quísticas como el linfangioma.

Quiste Müleriano: Es extremadamente raro y se origina en un remanente aberrante de un conducto müleriano por estimulación hormonal.

US Y CT: también es una masa quística uni o multiloculada de pared fina.

El contexto clínico es importante ya que aparece en mujeres jóvenes y de edad media que reciben tratamiento hormonal por trastornos menstruales. ([Fig 8](#))

Quiste broncogénico: Son anomalías congénitas raras originadas en el árbol traqueobronquial en desarrollo (tapizadas de epitelio respiratorio). Cuando ocurren en el retroperitoneo son de localización subdiafragmática. Suelen ser asintomáticas salvo que se compliquen (infección/perforación) o que sean muy grandes.

CT: Masa quística bien definida subdiafragmática, a veces densas por elevado contenido proteináceo y a veces con calcificaciones.

Paraganglioma: Originado en las células de las crestas neurales y productor de catecolaminas que son

responsables del cuadro clínico característico del paciente. La forma quística parece deberse a licuefacción tras hemorragia del tumor.(Fig 9)

Neurilimoma: Tumor encapsulado que se origina en la cubierta neural de los nervios periféricos. Se da en adultos jóvenes y de edad media y es dos veces más frecuente en mujeres. Suele tener una localización paravertebral o presacra y sufre cambios quísticos por aporte vascular insuficiente.

Pseudomixoma retroperitonei: Raro. Estaría causado por la rotura de una lesión mucinosa en un apéndice retrocecal. Radiologicamente tiene la misma expresión que el pseudomixoma peritonei (masa multiquística, de pared y septos gruesos que distorsionan estructuras vecinas. A veces con calcificaciones punteadas o murales).(Fig 10)

Neoplasias sólidas tras quimioterapia: pueden sufrir cambios quísticos. Ejp leiomioma y metástasis.(Fig 11)

LESIONES RETROPERITONEALES NO NEOPLÁSICAS

Pseudoquiste pancreático: En CT es una colección líquida organizada próxima al páncreas en paciente con antecedentes clínicos, analíticos y radiológicos de pancreatitis.(Fig 12)

Pseudoquiste no pancreático: Son masas quísticas sin recubrimiento celular que se originan de un hematoma o absceso mesentérico u omental que no se reabsorbe. Son por tanto masas de pared gruesa con septos y con contenido hemorrágico o purulento que determinan debris ecogénicos en US y niveles líquido-líquido en TC y RM.(Fig 13)

Urinoma: Colección encapsulada de orina extravasada. Puede tener causa obstructiva, traumática o yatrogénica y típicamente se localiza en el espacio perirrenal. Con frecuencia asocia determinado grado de hidronefrosis. En CT Colección líquida de densidad agua. A veces se demuestra el paso de orina (contraste) a la colección.(Fig14)

Linfocele: Tras linfadenectomía o trasplante renal. Puede comprimir venas y ocasionar complicaciones tromboembólicas. Se diagnostican por la existencia de masa quística o con densidad negativa(linfa) en el adecuado contexto clínico.(Fig 15)

Hematoma: El hematoma retroperitoneal puede tener su origen en una causa traumática, yatrogénica, por complicación aórtica o en una discrasia sanguínea .
CT: Su apariencia depende del tiempo de evolución desde su inicio siendo algo más denso en hematomas subagudo y encontrándose en rangos líquidos en las formas crónicas .(Fig 16)

MASAS MESENTÉRICAS Y OMENTALES

CLASIFICACIÓN: Distinguimos dos grandes grupos

QUISTES MESENTÉRICOS Y OMENTALES

- Linfangioma
- Quiste de duplicación
- Quiste entérico
- Quiste mesotelial
- Pseudoquiste no pancreático

OTRAS LESIONES: Son tumores benignos y malignos

- Mesotelioma quístico benigno
- Mesotelioma maligno
- Leiomioma-sarcoma

QUISTES MESENTÉRICOS Y OMENTALES [\(Fig 17:](#)

Linfangioma: Como en otras localizaciones consiste en una malformación congénita linfática. Falta la comunicación del tejido linfático del tubo digestivo con los vasos linfáticos mesentéricos, formándose masas quísticas, a veces muy grandes y que llegan a producir síntomas de suboclusión. Son características de la edad pediátrica y están íntimamente ligadas a la pared digestiva que en ocasiones hay que reseca junto al linfangioma (requieren una buena planificación prequirúrgica). El diagnóstico diferencial con la ascitis se basa en que no hay líquido en las recesos dependientes (gotieras, subhepático), frecuentemente tiene tabiques. Comprime y desplaza estructuras adyacentes. [\(Fig 18\)](#)

Quiste de duplicación: La pared del quiste “duplica” la pared del asa. El quiste normalmente es adyacente al asa pero a veces migra en el mesenterio y forma un quiste mesentérico.

US: lesión quística unicameral con pared con múltiples capas que recuerda a la pared de un asa digestiva.

CT y RM: pared gruesa captante y contenido seroso. Histopatológicamente contiene todas las capas de una pared digestiva normal: mucosa, capas musculares longitudinal y circular y serosa. [\(Fig19\)](#)

Quiste entérico: Procede de la migración de intestino delgado o de un divertículo colónico al mesenterio. Está tapizado por un epitelio y una finísima pared fibrosa sin capas musculares

US: masa hipoecoica de pared fina, a veces con septos.

TC y RM: Masa quística sin pared discernible, hipodensa en CT e hipointensa en T1 por su contenido seroso.

Quiste mesotelial: Por fallo en la fusión de las hojas peritoneales que no llegan a coalescer. Son quistes uniloculados con material seroso y células mesoteliales tapizando su superficie interna.

Los hallazgos US, CT y RM son similares a los anteriores pero a diferencia de los linfangiomas no presenta tabicación interna. [\(Fig 20\)](#)

Pseudoquiste no pancreático: de localización peritoneal.

OTRAS LESIONES:

Mesotelioma quístico: Es una neoplasia rara, no relacionada con la exposición al asbesto. Benigna aunque con tendencia a la recurrencia. Casi siempre en mujeres de edad media.

Está compuesto por múltiples quistes de tamaño variable (mm a cm), de pared fina tapizada por células mesoteliales. [\(Fig 21\)](#)

Leiomioma y leiomioma: cuando sufren una necrosis licuefactiva central y hemorragia, toman un aspecto quístico. Es frecuente ver una masa mixta abigarrada, con septos gruesos y captación periférica con /sin infiltración local.

Teratoma quístico: Neoplasia benigna en paciente pediátrico conteniendo varios tejidos. Son masas de pared muy bien definida conteniendo líquido, grasa y calcificaciones. [\(Fig 22\)](#)

MASAS PÉLVICAS

Son muy frecuentes en la pelvis femenina, constituyendo la patología de origen ginecológico la primera causa de masa quística, incluyendo una gran diversidad de procesos patológicos.

CLASIFICACIÓN: Con el fin de orientar el diagnóstico se dividen en lesiones ovárica y no ováricas.

LESIONES OVÁRICAS

Desde el quiste funcional a los tumores ováricos benignos y malignos de predominio quístico

(cistoadenoma y cistoadenocarcinoma serosos y mucinosos, border line, tertomas). Su diagnóstico específico no es objeto de este poster([Fig 23](#)) ([Fig 24](#))

LESIONES NO OVÁRICAS:

El espacio peritoneal contiene los ovarios, i. delgado, colon transverso y 2/3 superiores del recto.

El espacio extraperitoneal es inferior y posterior al peritoneo y contiene útero, vejiga, uréteres pélvicos, colon ascendente, descendente, el tercio inferior del recto, vasos ilíacos y linfáticos y el espacio presacro.

El ligamento ancho es la principal sujeción de trompas y ovarios y constituye una importante referencia en la imagen seccional

El desplazamiento de los órganos es una pista para determinar el origen. Por ejemplo:

- Si el ureter se desplaza anteriormente o los vasos ilíacos se desplazan medialmente: Origen extraperitoneal.
- Si una masa desplaza los vasos ilíacos, el útero o el intestino lateralmente: Origen peritoneal.
- La compresión y el desplazamiento del recto inferior: Origen presacro.

Distinguiremos:

Lesiones intraperitoneales:

Peritoneales
Uterinas
Tubáricas

Apendiculares

Lesiones extraperitoneales: localizadas en:

Espacio presacro
Sist. vascular y linfático.

Lesiones intra y extraperitoneales:

Absceso
Hematoma
Divertículo vesical

LESIONES NO OVÁRICAS

Intraperitoneales

Quiste de inclusión peritoneal: Es una proliferación mesotelial no maligna de células peritoneales como respuesta a una agresión (endometriosis, EPI, cirugía o trauma previo)

- Ocurre casi exclusivamente en mujeres premenopáusicas con ovarios activos, adherencias pélvicas y disminución de la reabsorción de líquido peritoneal. Se forman masas quísticas que se adaptan a los contornos de la cavidad peritoneal.

- Los ovarios están típicamente incluidos pero claramente separados de los quistes (“entrapped ovarian cyst”).([Fig 25](#))

Quiste de paraovario: Constituyen un 10%-20% de las masas anexiales. Los hallazgos de imagen suelen ser específicos: en US quiste simple uniloculado redondo u oval, anecogénico, muy próximo pero separado del ovario. El diagnóstico diferencial incluye el quiste ovárico, quiste de inclusión, hidrosalpinx.([Fig 26](#))

Mucocele apendicular: Hay 4 tipos histológicos, quiste de retención, hiperplasia mucosa, cistoadenoma y cistoadenocarcinoma. Es importante su identificación prequirúrgica para evitar su ruptura, lo que puede producir un pseudomixoma peritonei. Son hallazgos incidentales aunque a veces producen dolor.

CT: masa quística con paredes calcificadas (apéndice en porcelana) con origen cecal y separada del ovario.(Fig 27)

Hidrosalpinx: En 8% de mujeres con EPI o endometriosis. Aparece en US y RM como una lesión tubular de pared fina o estructura en sacacorchos centrada en la trompa de Falopio. Puede estar adherida a ovarios. Otros hallazgos muy característicos son el signo de la rueda dentada o el signo de collar de cuentas. En CT el contraste oral permite diferenciarlo de un asa digestiva.(Fig 28)

Piosalpinx: Similar al hidrosalpinx , pero suele ser bilateral , con engrosamiento de la pared tubárica y de los ligamentos uterosacos , edema de la grasa presaca e íleo. La causa mas frecuente es la EPI, a veces abigarrada y requiere diagnóstico diferencial con neoplasia ovárica, torsión anexial y apendicitis . Tiene un contexto clinico infeccioso. Frecuentemente el ovario forma parte de la imagen.(Fig 29)

Hematosalpinx: Dilatación y obstrucción de la trompa por productos sanguíneos. Suele asociarse a endometriosis pero también a otras situaciones de sangrado tubárico (embarazo ectópico, EPI, torsión anexial o trauma). En US se ven ecos homogéneos de baja intensidad, alta atenuación en CT y alta señal en T1 con supresión grasa en RM (a diferencia del piosalpinx). Las adherencias pueden desplazar las trompas y los ovarios a la línea media “ signo de los ovarios que se besan” o incluir el ovario y dar una apariencia de masa quística compleja.(Fig 30)

Mioma uterino: Afecta a un 40% de mujeres en edad fértil. El mioma subseroso puede ser exofítico y pedunculado, conectado al miometrio por un tallo fino y aparentar una masa ovárica. Además un 4% de los miomas sufren una degeneración quística. Para diagnosticarlo hay que buscar en la imagen el pedículo o un vaso que una miometrio y mioma(signo del puente vascular).

Adenomiosis: Presencia de glándulas endometriales y estroma heterotópicos en el espesor del miometrio. En mujeres multíparas. La adenomiosis quística es una variante rara producida por sangrado menstrual en el miometrio dando lesiones quísticas de tamaño variable . También puede afectar a una lesión pedunculada y dar imágenes similar al mioma quístico pedunculado. El mioma pedunculado y la adenomiosis pueden cursar con CA- 125 elevado. En US puede ser muy similar a una masa ovárica quística. En RM se demuestra la presencia de productos de la sangre(alta señal en T1 supresión grasa y media –alta señal en T2).

Útero unicorn: Si el cuerno uterino rudimentario se obstruye, se dilata y se llena de secreciones y sangre dando una masa quística compleja de pared gruesa similar a una masa ovárica. Hay que buscar el ovario ipsilateral normal.(Fig 31)

Extraperitoneales:

Quiste meníngeo espinal o quiste aracnoideo: Se origina por un divertículo del saco meníngeo espinal, de la vaina de las raíces nerviosas o de la aracnoides. Pueden ser uni o multiloculados. La clave es identificar la continuidad de la lesión con el área sacra, siendo la RM la técnica de elección para demostrar la conexión con el saco tecal o las raíces nerviosas. El diagnóstico diferencial incluye teratoma sacrococcígeo quístico, quistes anales y tumor neurogénico quístico.(Fig 32)

Quiste retrorectal o hamartoma quístico rectal (tailgut cyst): Lesión quística rara originada de vestigios de tejido embrionario, con localización típicamente presaca. En ella se incluyen el quiste dermoide, epidermoide y entérico. Puede ser multicéntrico y a veces difícil de diferenciar de una masa ovárica en US. La RM vuelve a ser la técnica de elección para determinar sus relaciones con el recto, ovarios y columna. Al originarse en el espacio retroperitoneal crecen desplazando hacia adelante los uréteres, útero y recto y no están conectados a la dura . Raramente pueden malignizar(adenocarcinoma).(Fig 33)

Lymphocele: Es una complicación frecuente tras linfadenectomía pélvica(12%-24%) y aparece 3-8 semanas post-cirugía. A veces no se puede diferenciar de otras complicaciones como hematoma, seroma, absceso o recidiva tumoral, con distinto manejo terapéutico y requiere punción o drenaje. La clínica depende de su tamaño y localización. Aparece como una lesión quística unilocular de pared fina y típicamente sigue el curso de las cadenas ganglionares. Esto es fácil de identificar en los de pequeño tamaño pero no cuando es grande y distorsiona las estructuras próximas. No obstante siempre mantienen su relación lateral a las estructuras vasculares pélvicas vecinas.[\(Fig 34\)](#)

Linfangiomiomatosis(LAM):Rara. Hay una proliferación anómala de células de músculo liso. Ocurre casi exclusivamente en mujeres premenopáusicas. En el tórax produce espacios quísticos, quilotórax y neumotórax. En el abdomen puede haber adenopatías y espacios quísticos con linfa por proliferación de células musculares que obstruyen v. linfáticos
CT y RM: masas retroperitoneales de baja densidad (negativa) por linfa en CT e hiperintensas en T2 (variable en T1 dependiendo del contenido). También niveles grasa-líquido y ascitis quilosa.

Linfangioma quístico: Edad pediátrica. Similar a los de otra localización.

Hemangioma: Edad pediátrica (muy raro en adultos). RM es la mejor prueba para determinar su naturaleza y extensión(Hiperseñal con contraste, trombos, calcificaciones). La forma quística puede simular una lesión ovárica. Identificando los ovarios normales y el origen extraperitoneal tenemos el diagnóstico.[\(Fig 35\)](#)

Carcinoma mucinoso perianal: Se origina de una fístula o o conducto anal extendiéndose a tejidos blandos perianales.[\(Fig 36\)](#)

Lesiones Intra y extraperitoneales:

Absceso: Dependiendo del origen puede ser intra o extraperitoneal. Se asocia a fiebre y datos analíticos de infección. Las imágenes son muy variable con colecciones simples o complejas y datos inflamatorios de estructuras próximas.[\(Fig 37\)](#)

Hematoma: Su aspecto radiológico dependerá del tiempo de evolución desde el sangrado. Hay que valorar antecedentes y tratamientos previos.

Divertículo vesical: Por herniación de la mucosa en un punto de debilidad de la pared (meato uretral o pared vesical posterolateral). Cuando se une a la vejiga por un cuello muy fino puede simular una masa quística. A veces contiene litiasis o sufre una malignización en un contexto de inflamación crónica.[\(Fig 38\)](#)

Imágenes en esta sección:

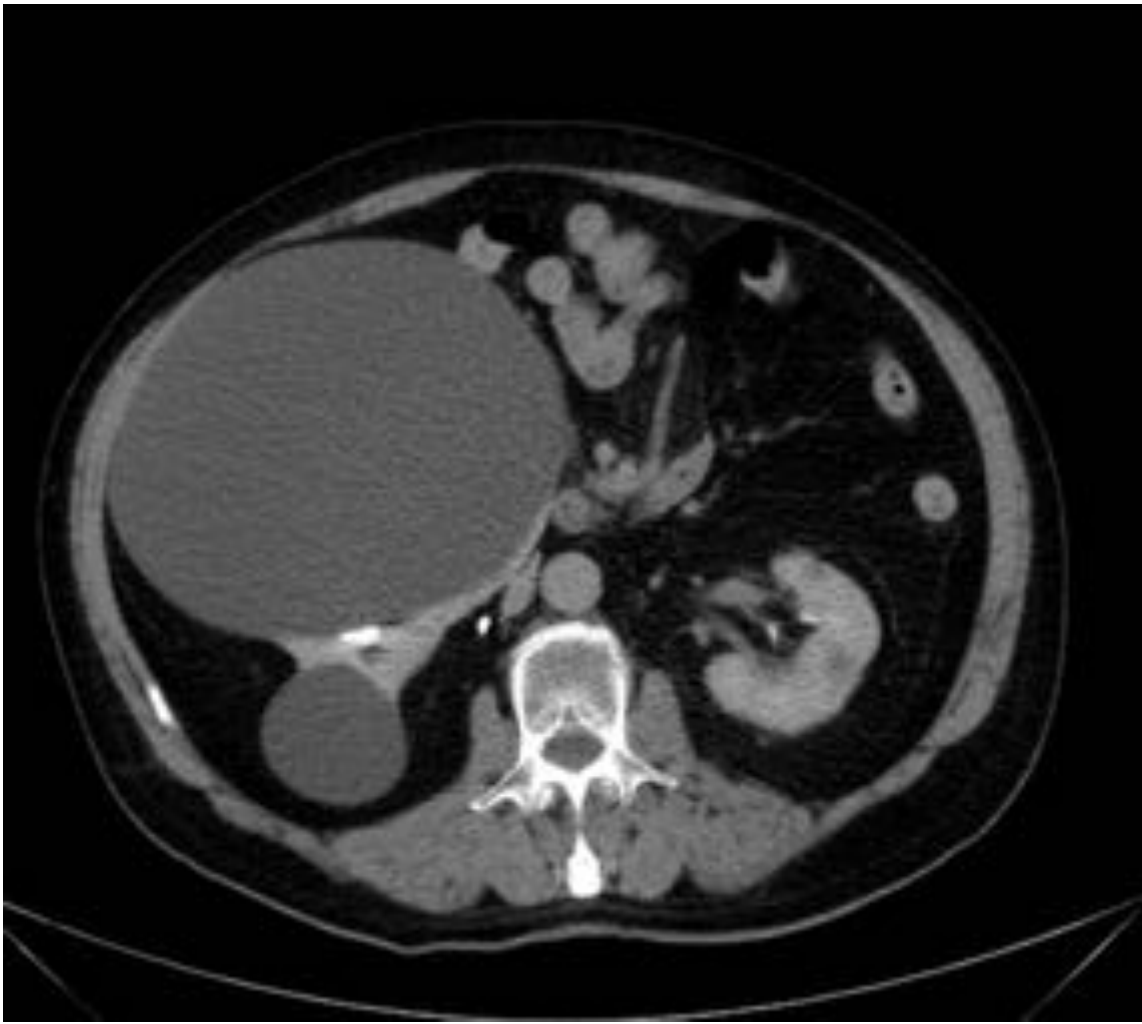


Fig. 1: Signo del pico. Quiste renal simple de gran tamaño que deforma la cortical renal “en pico” indicando que la lesión se origina en el riñón.

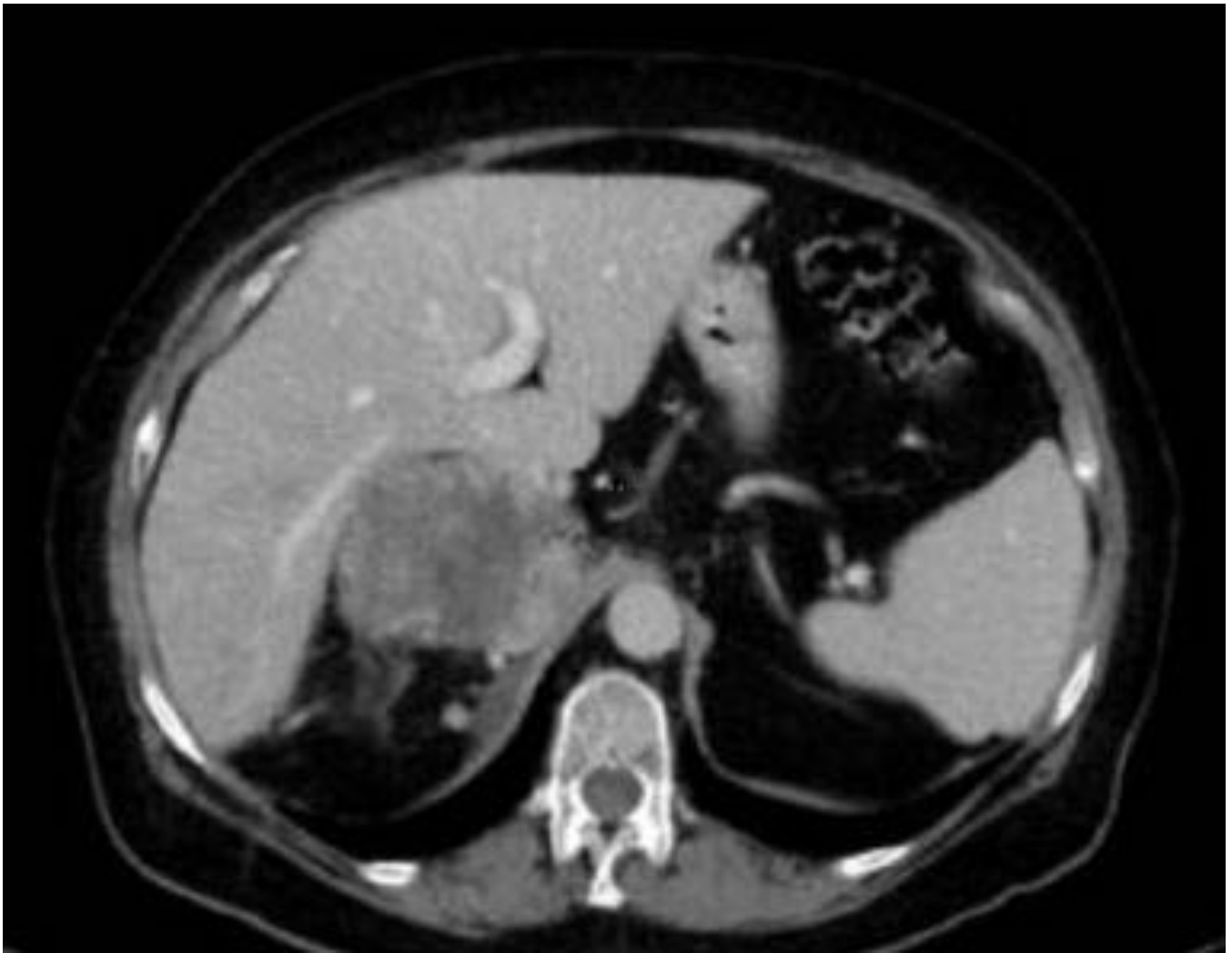


Fig. 2: Signo del órgano fantasma. Metástasis suprarrenal de neoplasia pulmonar. Ha "desaparecido" la glándula suprarrenal.



Fig. 3: Signo del órgano incrustado. Pseudoquiste pancreático de gran tamaño que comprime en “ luna creciente” al duodeno y cuerpo pancreático.

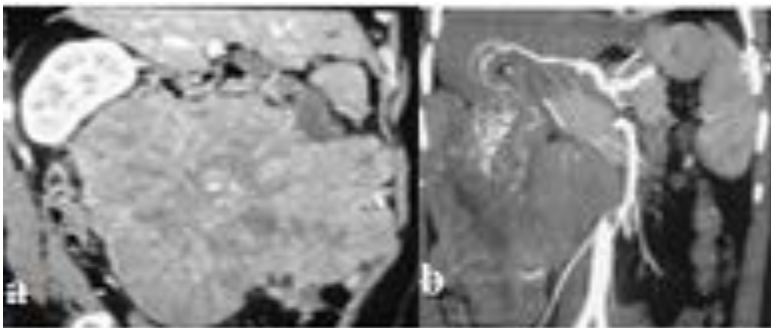


Fig. 4: Signo de la arteria nutricia . En CT MPR coronal y MIP coronal se identifica claramente la arteria nutricia de la masa originándose de la vascularización hepática.

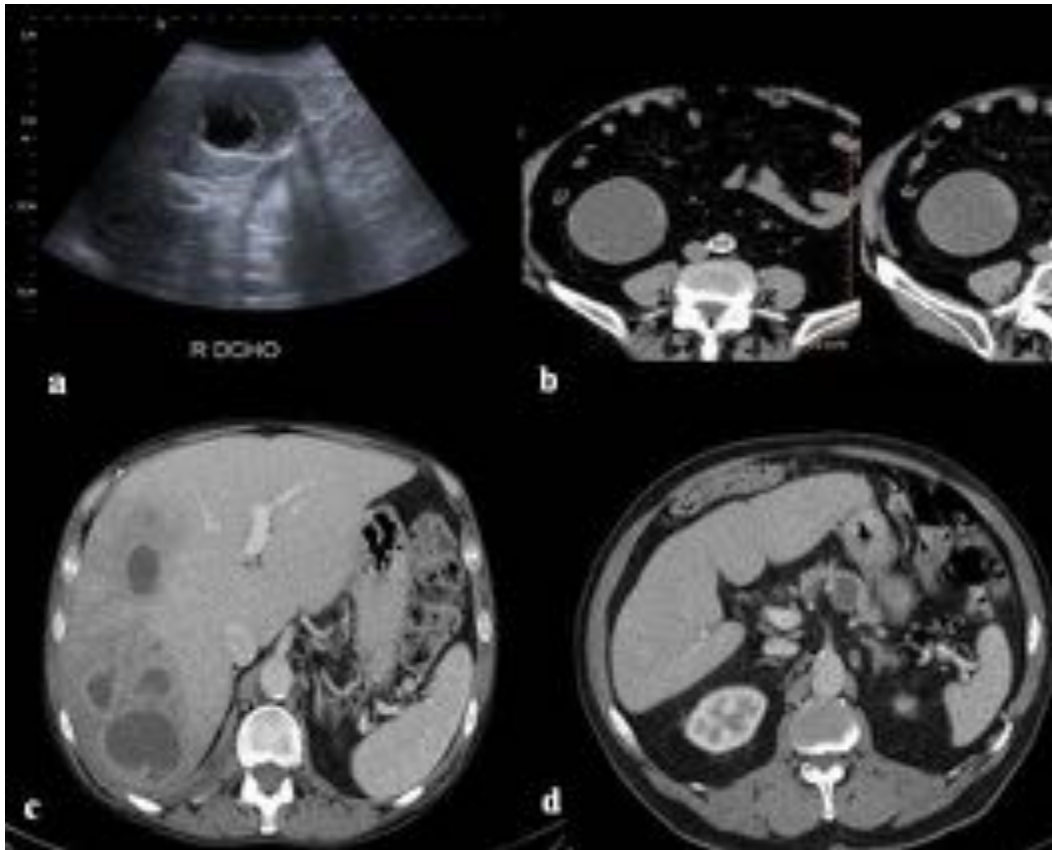


Fig. 5: Masas quísticas organodependientes de distinto origen : a) quiste hidatídico hepático b) quiste renal Bosniak 3 c) abscesos hepáticos d) tumor neuroendocrino pancreático.

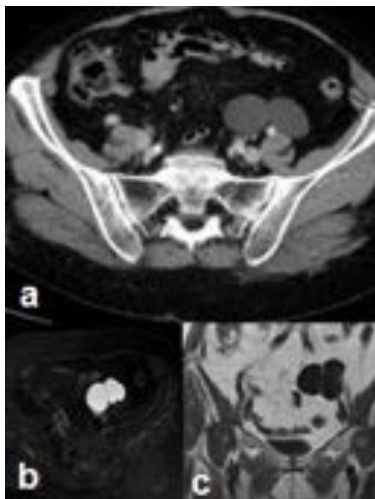


Fig. 6: Linfangioma quístico. a) Masa quística biloculada anterior a los vasos iliacos internos izquierdos en CT. b) Imagen axial RM FSE T2 saturación grasa c) RM FSE T1



Fig. 7: Cistoadeoma mucinoso retroperitoneal. El TC con contraste muestra una masa hipodensa, homogénea, de pared muy fina en el espacio retroperitoneal derecho que desplaza anteriormente el colon.

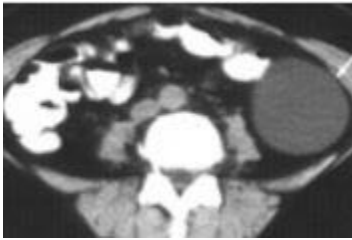


Fig. 8: Quiste mülleriano en mujer de 57 años. Masa quística bien definida en el espacio retroperitoneal izquierdo.

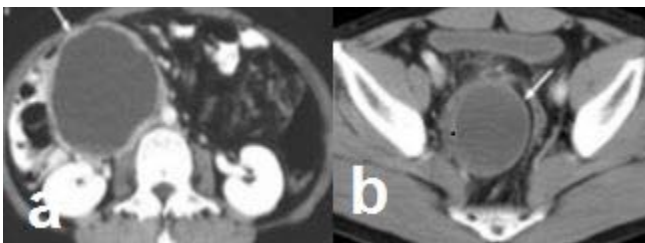


Fig. 9: a) Paraganglioma en paciente con hipertensión. Masa quística de pared irregular en el espacio pararenal anterior. b) Neurilimoma con cambios quísticos. Masa quística en retroperitoneo pélvico.



Fig. 10: Pseudomixoma retroperitonei resultante de la ruptura de un carcinoma mucinoso apendicular. En TC con contraste se identifica una masa quística loculada en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

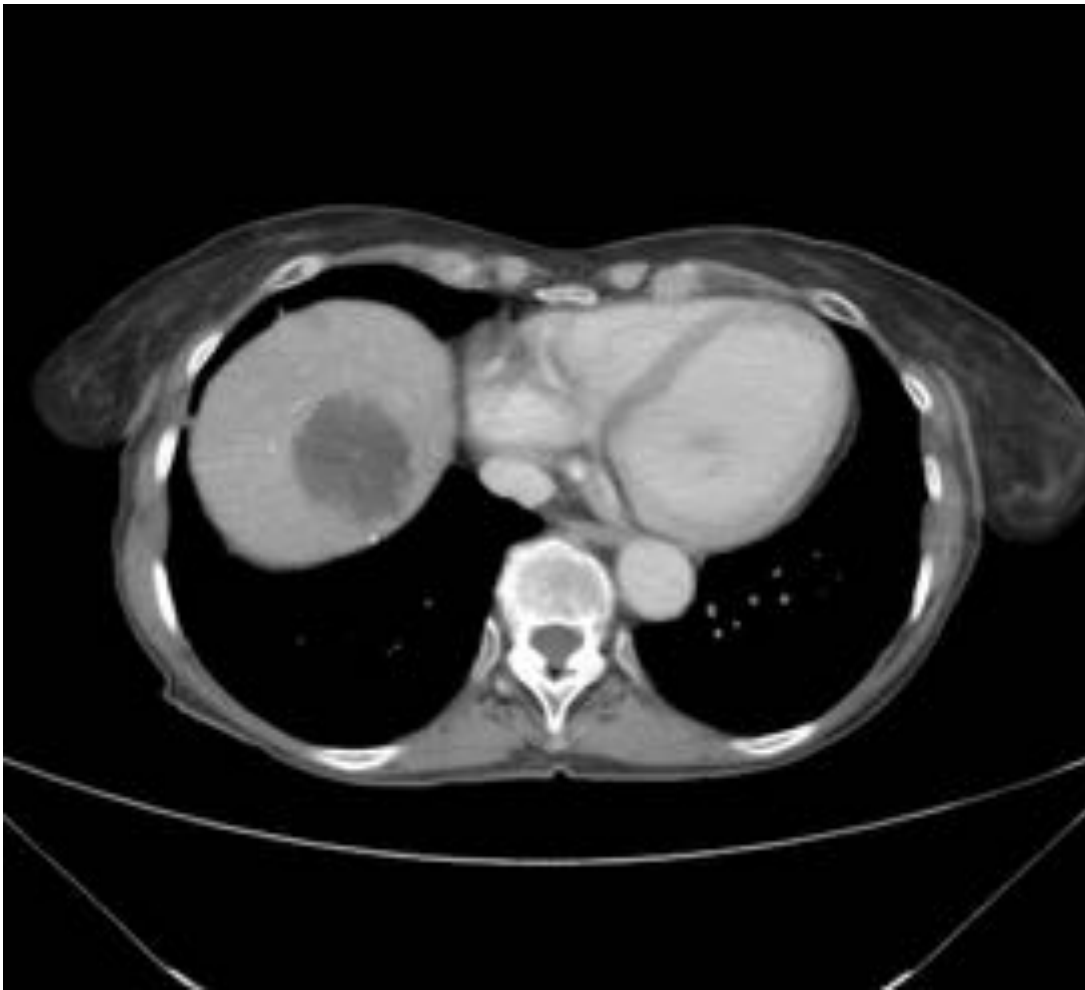


Fig. 11: En la figura se muestra el cambio sufrido por una gran metástasis hepática de un tumor neuroendocrino pancreático tras el tratamiento.



Fig. 12: Pseudoquiste pancreático. Colección de pared gruesa y bien definida dependiente de la cola pancreática en adecuado contexto clínico (antecedentes de pancreatitis).



Fig. 13: Pseudoquiste no pancreático. Masa quística de pared bien definida por delante del riñón derecho.



Fig. 14: Urinoma. Masa quística lobulada en el espacio pararenal posterior izquierdo por extravasación de orina en paciente con leve hidronefrosis.



Fig. 15: Linfocele en paciente con fiebre y dolor abdominal. La paciente tiene antecedente de histerectomía radical por carcinoma de cervix tres meses antes. En CT con contraste aparece una masa quística en el espacio obturador izquierdo que comprime la vejiga.

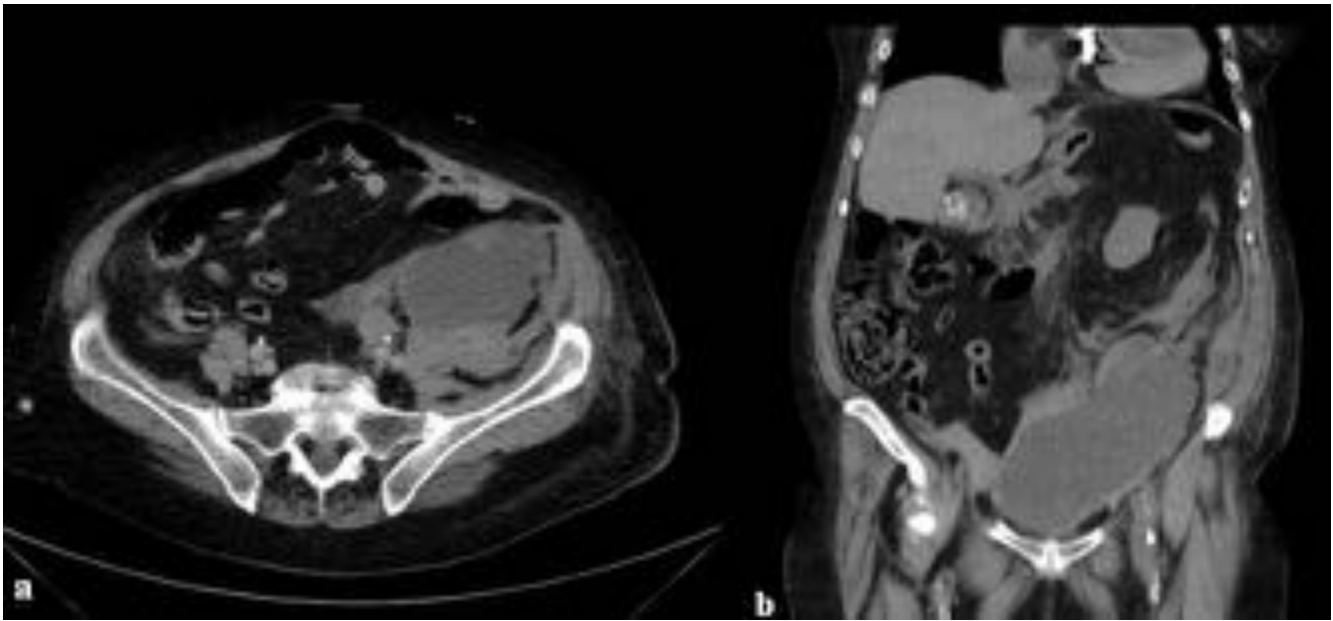


Fig. 16: Gran colección retroperitoneal izquierda en paciente con tratamiento anticoagulante. Presenta una zona anterior de mayor densidad que correspondería a un sangrado más reciente.

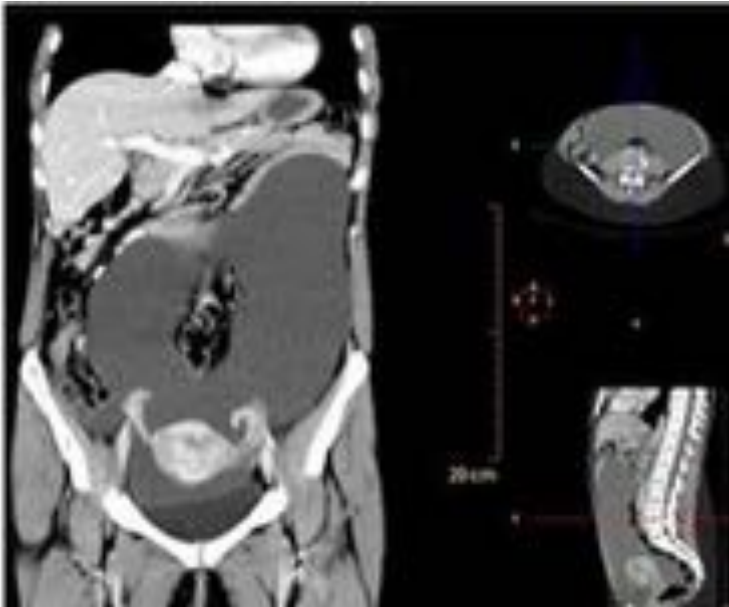


Fig. 17: Quiste mesentérico. Hallazgo casual en mujer de 50 años en estudio por distensión abdominal, sin antecedentes de interés.

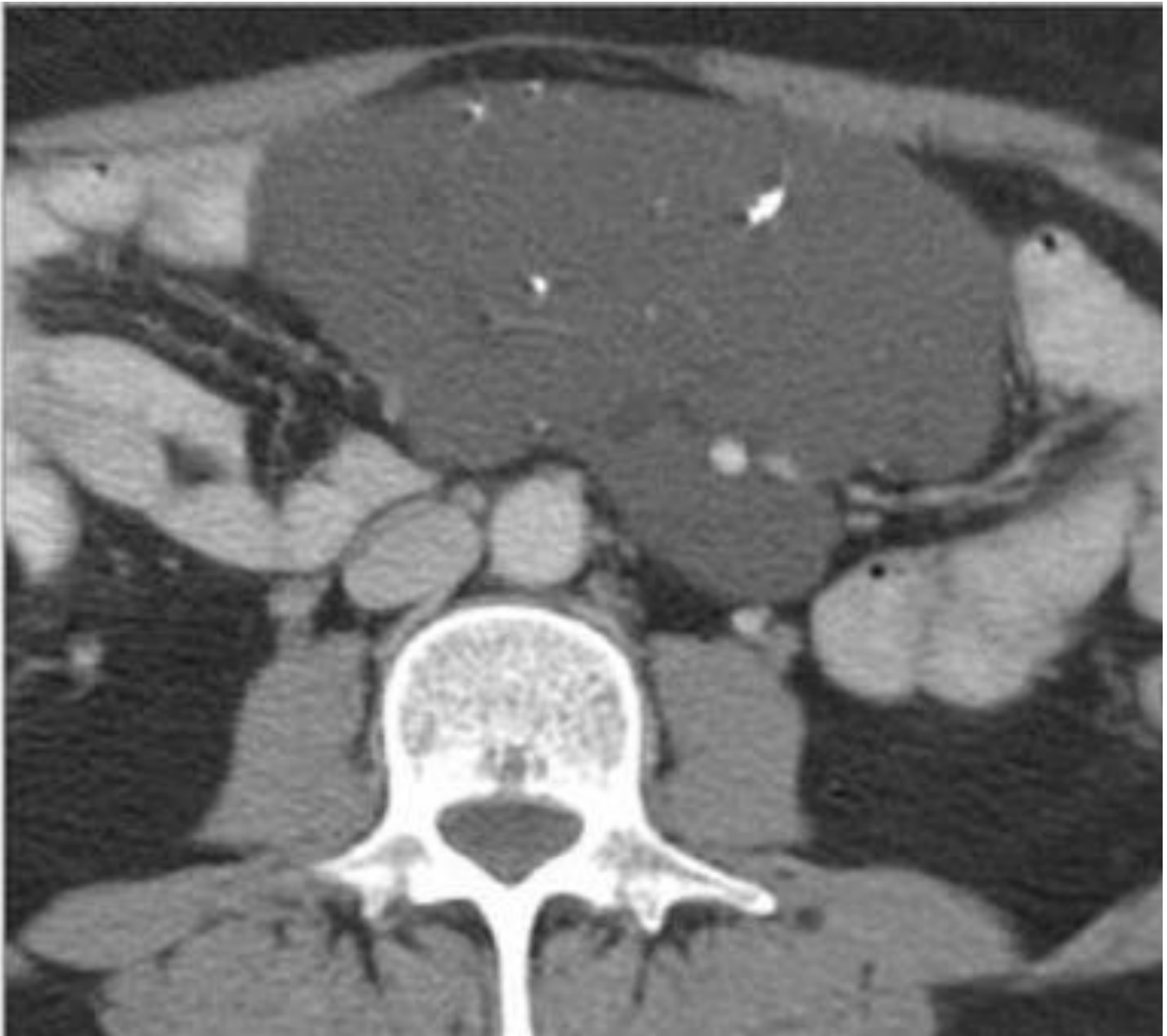


Fig. 18: Linfangioma mesentérico en mujer de 42 años con dolor abdominal crónico. El CT con contraste oral e iv muestra una masa bien definida que rodea vasos mesentéricos. Calcificaciones punctatas en la pared del quiste.

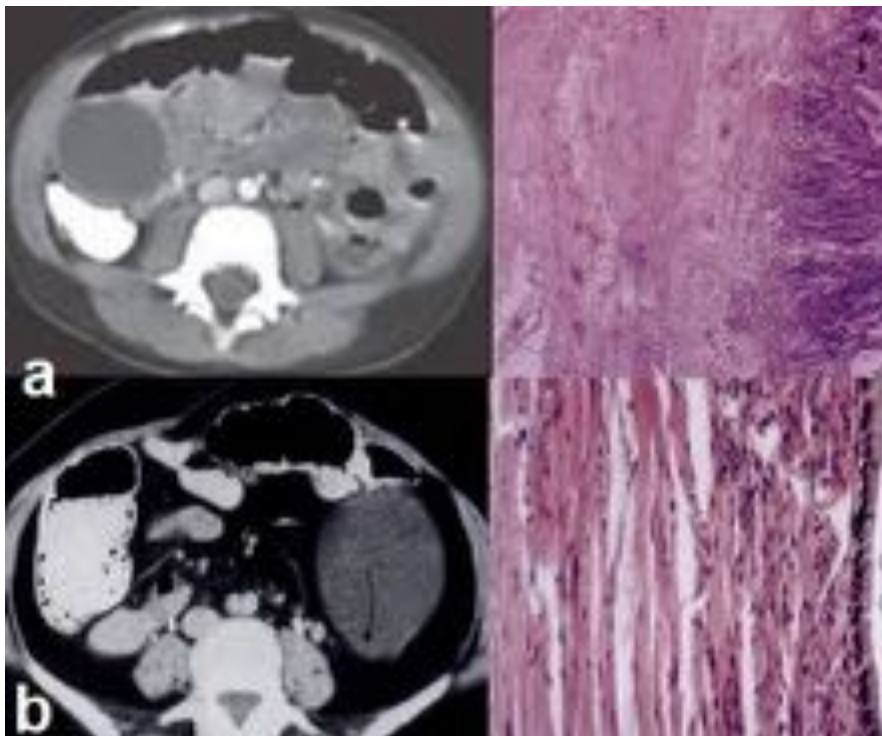


Fig. 19: a) Quiste de duplicación . En CT se ve una masa quística unilocular de pared gruesa y en el corte histopatológico se diferencian la mucosa y las capas musculares longitudinal y muscular. b) Quiste entérico Masa quística de pared muy fina. El I corte histopatológico muestra un recubrimiento entérico y una capa fibrosa(sin capas musculares).

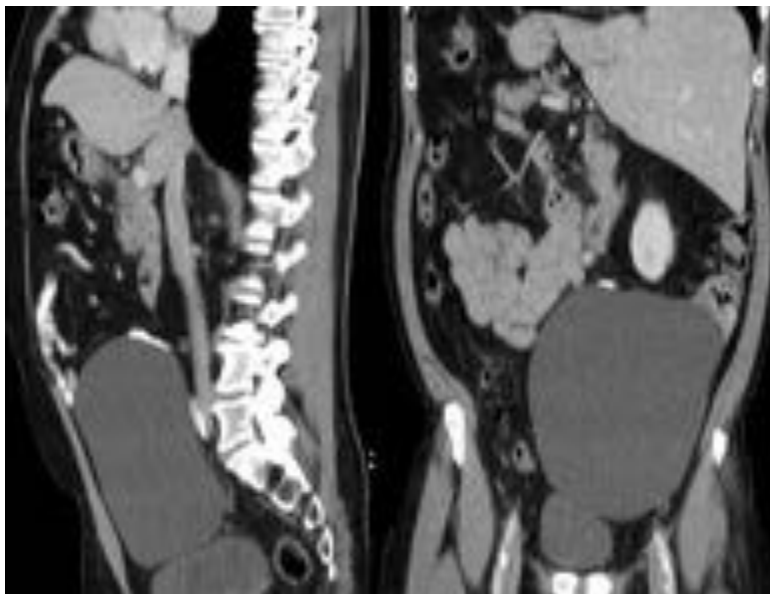


Fig. 20: Quiste mesotelial. Hallazgo casual en estudio de extensión en un paciente recientemente diagnosticado de Linfoma no Hodgkin de alto grado.

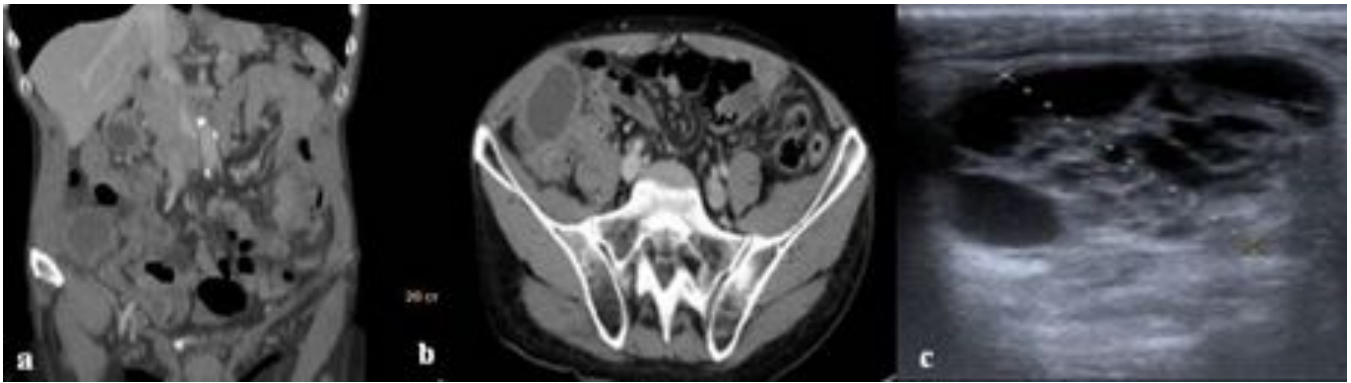


Fig. 21: Mesotelioma quístico en varón de 57 años que presenta dolor en la fosa iliaca derecha, sin datos de infección. La imagen MPR coronal(a) y axial (b) de CT con contraste iv muestran una masa quística de pared gruesa definida. c) En el estudio ecgráfico la masa muestra multiples tabiques internos que delimitan espacios quístico de distinto tamaño.



Fig. 22: Teratoma quístico maduro en mujer joven. Masa quística bien definida en pelvis derecha con nivel líquido-líquido y grasa

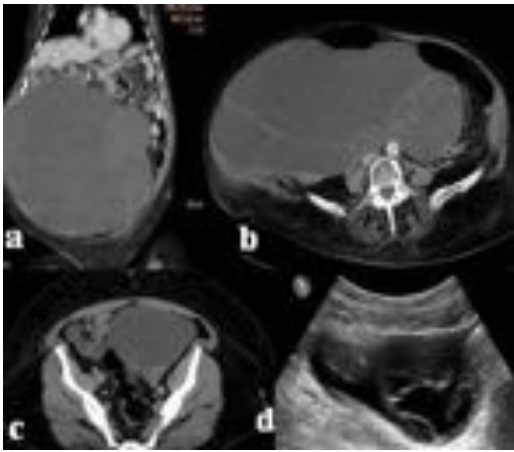


Fig. 23: Tumores de origen ovárico. a) y b) Cistoadenoma mucinoso multilocular. Imagen MPR coronal y axial en CT con contraste iv. que muestra una masa quística gigante multilocular que desplaza y comprime las vísceras abdominales. c) Cistoadenoma seroso. Masa quística unilocular de pared fina en hemiabdomen derecho. d) Quiste ovárico hemorrágico.

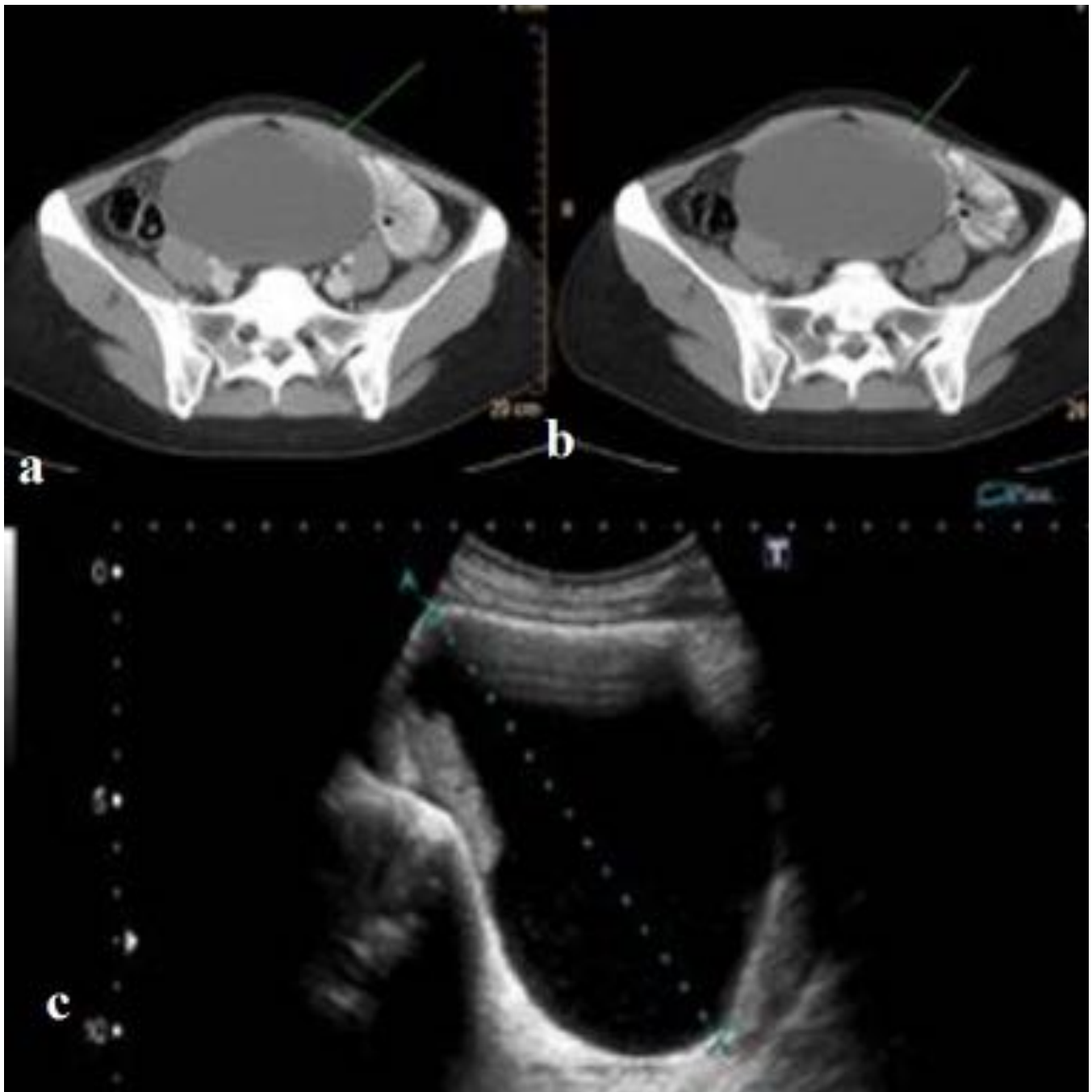


Fig. 24: Tumoración ovárica "border line" en mujer de 45 años a) y b) En CT sin y con contraste iv. Se identifica una masa mayoritariamente quística con pequeña zona sólida captante en su margen superoanterior izquierdo c) En el estudio ecográfico se identifica la pequeña zona sólida periférica superior en el interior de la masa quística.

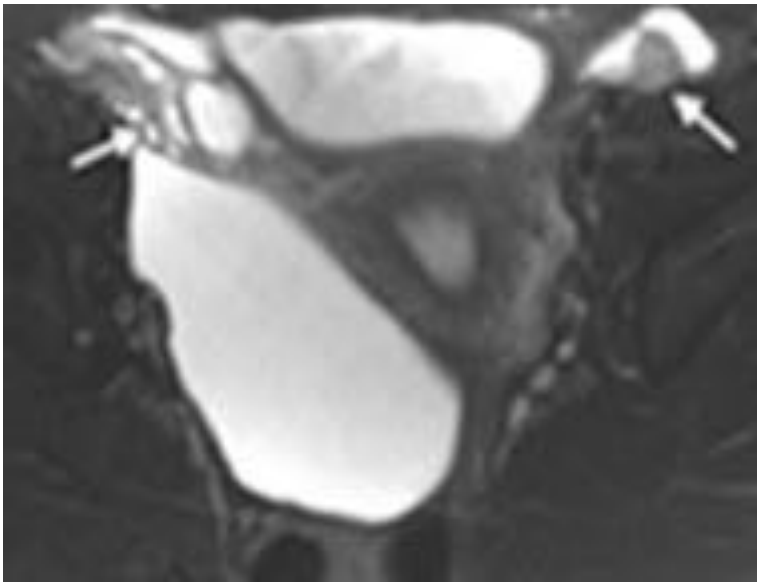


Fig. 25: Quiste de inclusión peritoneal en paciente de 18 años con dolor en fosa iliaca izquierda. La imagen de RM-T2 muestra una imagen quística con hiperseñal que se adapta a los contornos peritoneales. El ovario derecho está atrapado en el quiste de inclusión.

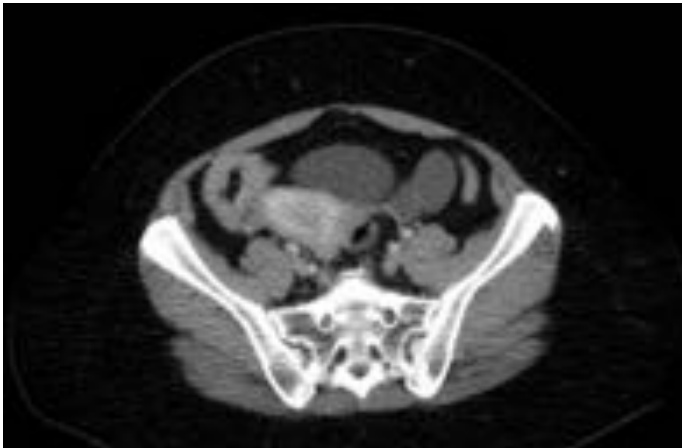


Fig. 26: Quiste de paraovario izquierdo. Imagen quística biloculada de pared fina en pelvis izquierda. En el hemiabdomen derecho se identifica un engrosamiento irregular hipercaptante de la pared del ciego que corresponde a un adenocarcinoma cecal.

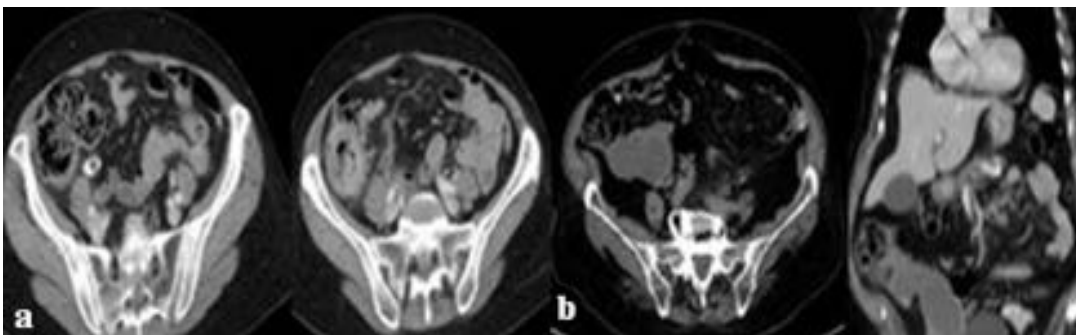


Fig. 27: a) Neoplasia cecal y mucocele apendicular ("apéndice en porcelana"). b) Adenocarcinoma

mucinoso sobre mucocele apendicular.

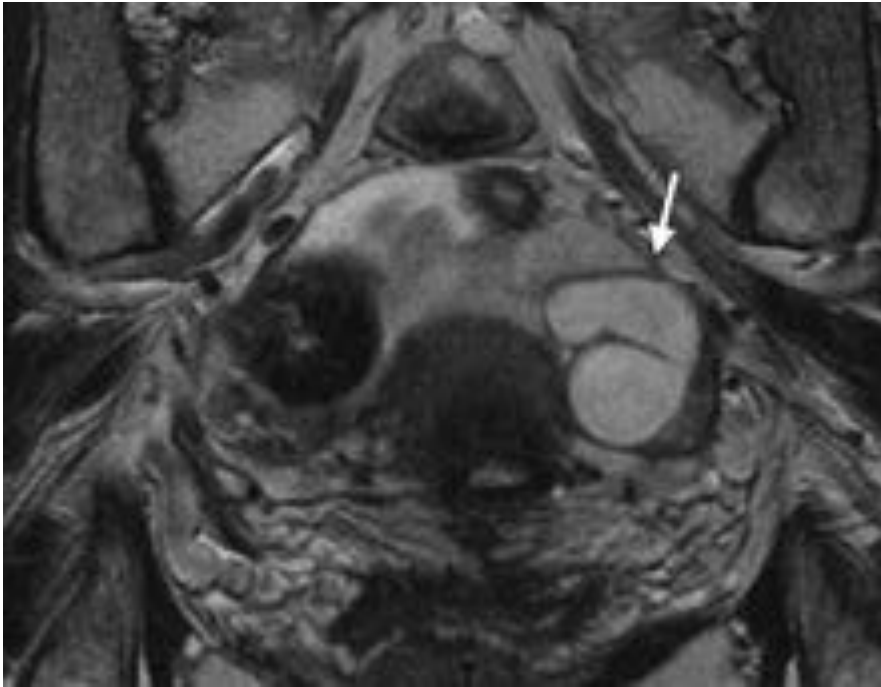


Fig. 28: Hidrosalpinx. En RM-T2 se observa una imagen tubular serpiginosa de pared fina con hiperseñal de localización parauterina izquierda.

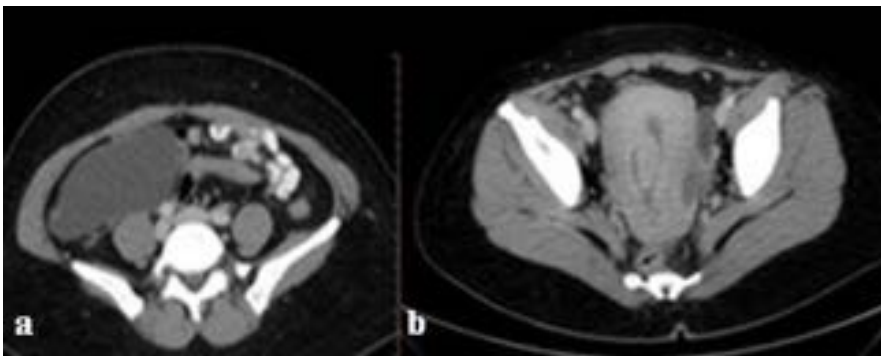


Fig. 29: Piosalpinx . a) Quiste mesentérico en hemiabdomen derecho. b) La misma paciente presenta una imagen líquida tubular de pequeño calibre parauterina izquierda que corresponde a un piosalpinx. Gran pólipo endometrial.



Fig. 30: Hematosalpinx. En CT con contraste iv, se observan masas pélvicas quísticas bilaterales, de morfología serpiginosa en el lado derecho, que corresponde a hematosalpinx.

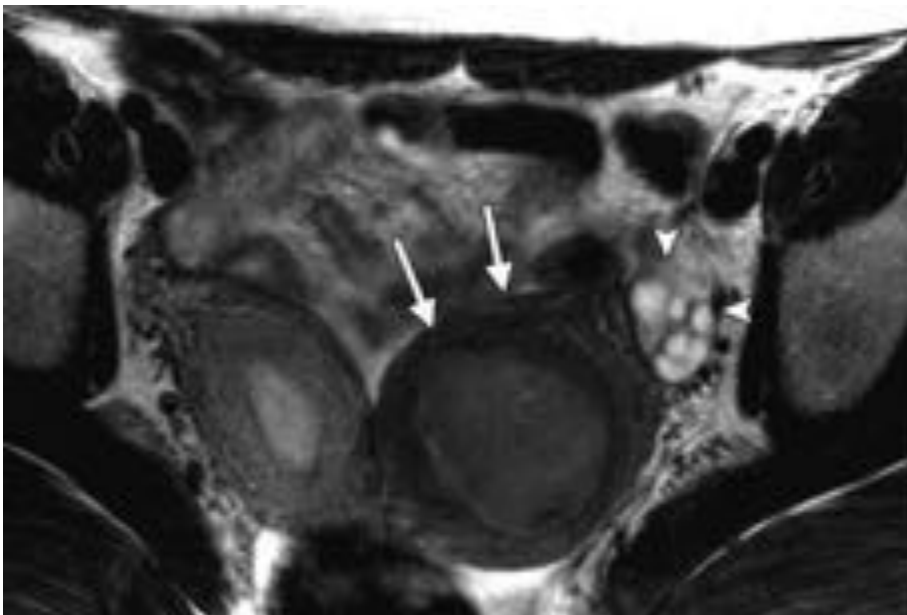


Fig. 31: Útero unicorne con un cuerno izquierdo rudimentario obstruido en mujer de 18 años con dolor pélvico y Ca-125 elevado. En RM-T1 se muestra una imagen quística de pared muy gruesa (miometrio) adyacente al útero.

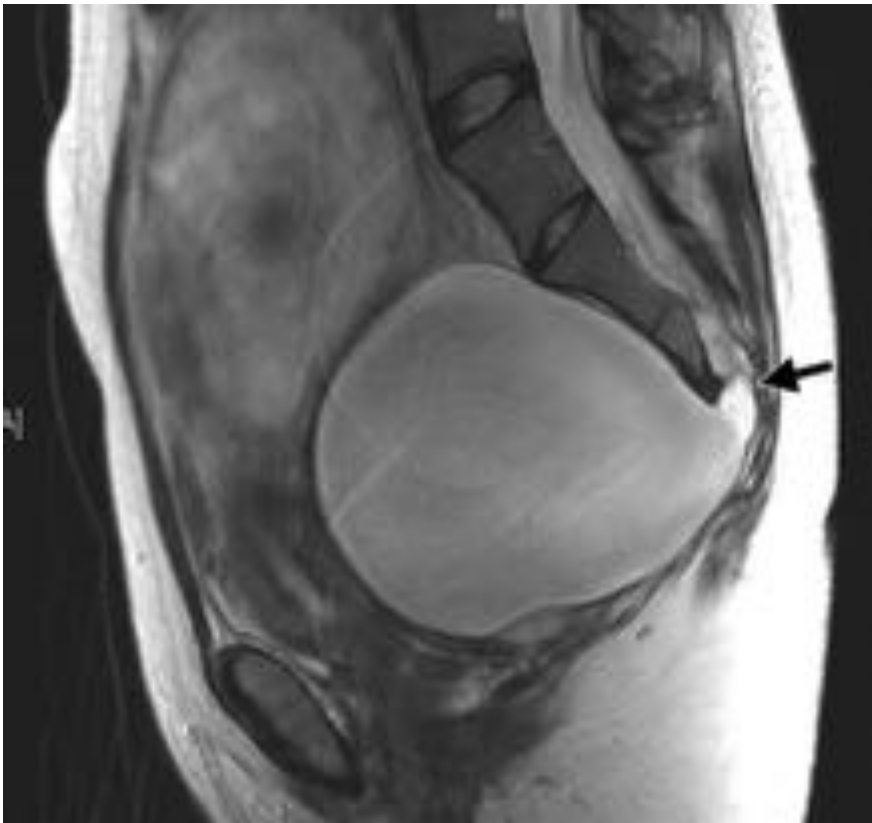


Fig. 32: Quiste meníngeo espinal unilocular. La imagen RM sagital demuestra la continuidad de la lesión quística con el saco tecal sacro.

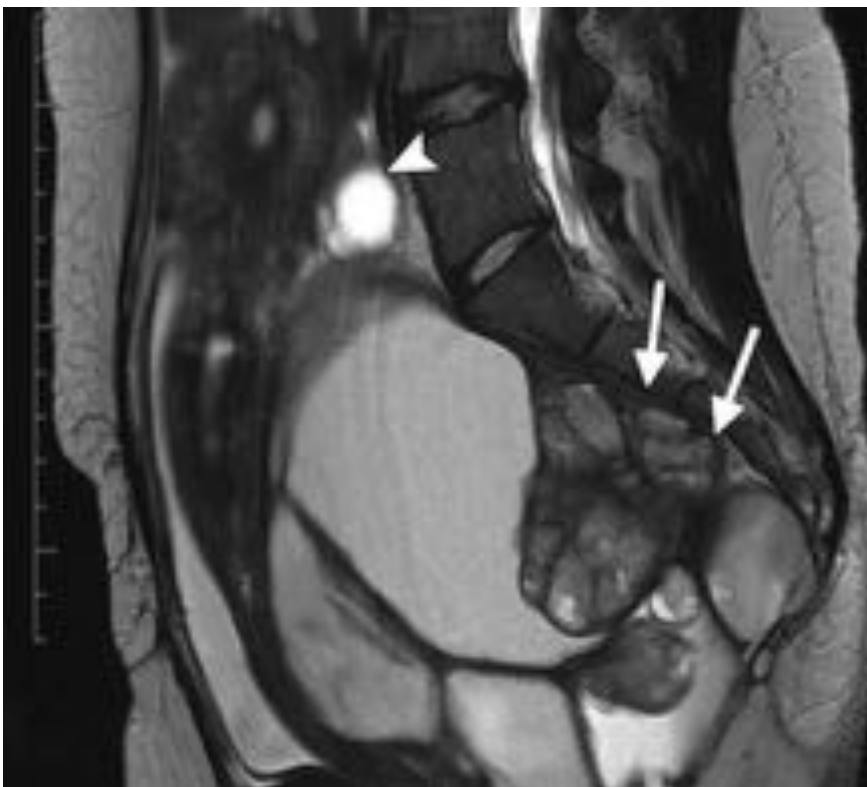


Fig. 33: Hamartoma quístico rectal. La imagen sagital RM-T2 muestra una lesión multiquística de localización presacra con un nódulo sólido mural (flechas). No tiene continuidad con el saco tecal y está separada del ovario (cabeza de flecha)

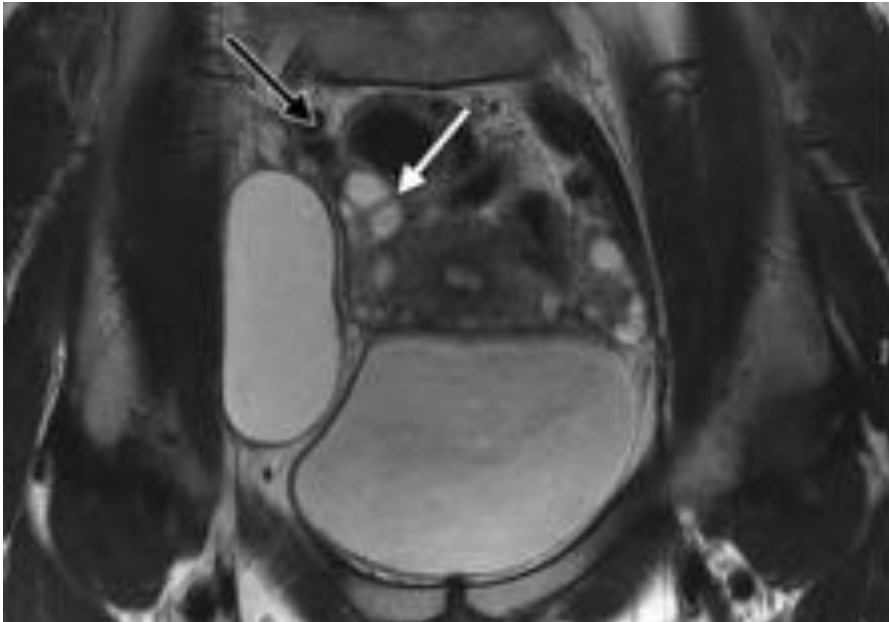


Fig. 34: Linfocele en mujer de 41 años con antecedente de linfadenectomía pélvica por carcinoma de cérvix. En RM-T2 coronal se ve una imagen quística en la localización de cadena iliaca externa derecha. Vasos iliacos comunes derechos (flecha negra) desplazados superior y medialmente. Ovario (flecha blanca) medial al linfocele

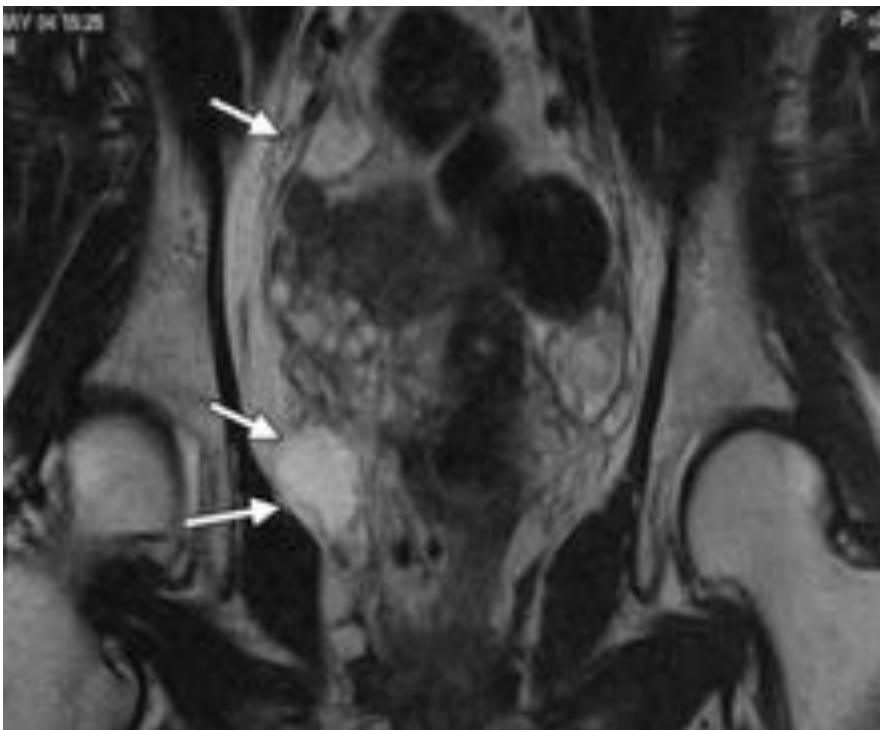


Fig. 35: Hemangioma en paciente con síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber. En imagen coronal

RM-T2 se ven múltiples hemangiomas que siguen el curso de la vascularización pélvica (flechas).

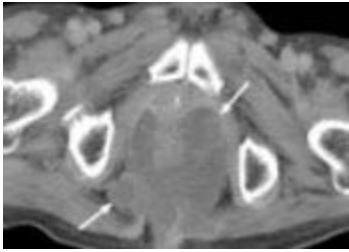


Fig. 36: Carcinoma mucinoso perianal. Paciente con fistula anal de 20 años de evolución con gran masa quística lobulada en la región perianal

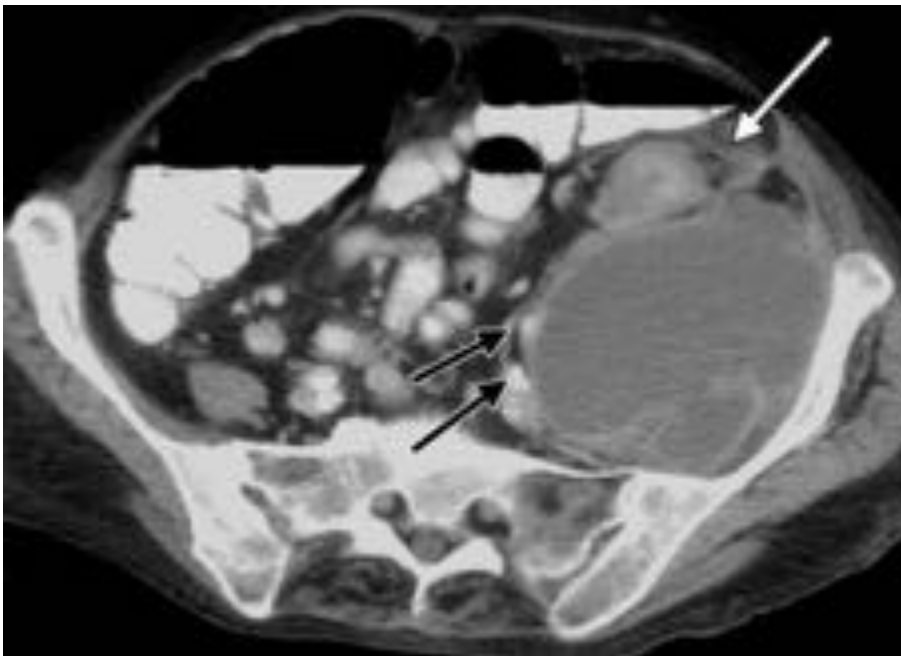


Fig. 37: Paciente con cuadro febril y dolor en la fosa iliaca izquierda. En CT con contraste iv se observa una coleccion quística de pared hipercaptante, con tabicación interna, en contacto con la pala iliaca izquierda. Estriación de la grasa adyacente

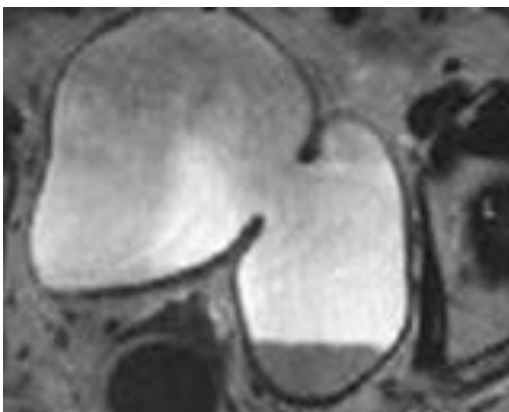


Fig. 38: Gran diverticulo vesical. EN RM -T2 coronal se demuestra el cuello del divertículo que conecta

con la vejiga.

Conclusiones

El conocimiento de la variedad de masas quísticas abdominales, de sus signos radiológicos diferenciales, así como de los factores clínicos asociados, nos permiten un diagnóstico de presunción estrecho y la elección adecuada de su tratamiento si precisa.

En algunos casos y especialmente en lesiones quísticas y omentales, el conocimiento de la lesión histiológica específica subyacente ayuda a comprender su presentación radiológica. El papel fundamental de la radiología es determinar su naturaleza quística y origen mesentérico u omental y buscar signos asociados que permitan el diagnóstico diferencial.

Un importante porcentaje de las lesiones pélvicas femeninas no son ováricas y es importante tenerlas en consideración por el distinto manejo que requieren. Es importante estar familiarizado con sus características, su localización y los datos clínicos asociados.

Bibliografía / Referencias

- “Retroperitoneal Cystic Masses : CT, clinical and patologic findings and literature review”. Dal Mo Yang et al. Dal Mo Yang. Dong Hae Jung, MD . Hana Kim, MD. Jee Hee Kang, MD. Sun Ho Kim, MD. Ji Hye Kim, MD. Hee Young Hwang, MD. Radiographics 2004; 24:1553-1365.
- “Non ovarian cystic lesions of the pelvis” Penelope L. Moyle, MBChB • Masako Y. Kataoka, MD, PhD • Asako Nakai, MD, PhD • Akiko Takahata, MD, PhD • Caroline Reinhold, MD Evis Sala, MD, PhD. RadioGraphics 2010; 30:921–938.
- ”Bubbles in the belly: Imaging of cystic mesenteric or omental masses”. Cristophoros Stoupis, MD. Pablo R. Ros, Md. Patricia L. Abbitt, MD. Sharon S. Burton, MD. JörG Gauger, MD. Radiographics 1994; 14:729-737
- “Abdominal linfangiomas: Imaging features with pathologic condition”. Angela D Levy, Vito Cantisani, Markku Miettinen. American Journal of Roentgenology. 2004;182:1485-1491.