

LESIONES QUISTICAS PELVICAS NO GINECOLOGICAS : QUÉ TENEMOS QUE DECIR LOS RADIÓLOGOS.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Carlos Sánchez Almaraz, **Begoña Díaz Barroso**, Victor Manuel Suarez Vega, Carmelo Palacios Miras, Ana Bernardo Fernandez, Belen Brea De Diego

Objetivos Docentes

Describir e ilustrar los hallazgos de imagen asociados a lesiones quísticas pélvicas no ginecológicas.

Revisión del tema

Las lesiones quísticas pélvicas son muy comunes en la pelvis femenina siendo la mayoría de origen ovárico. Las lesiones quísticas pélvicas son de origen no ginecológico si podemos identificar adecuadamente los ovarios y útero normales.

Los diferentes tipos de patología quística no ginecológica pueden tener unos hallazgos de imagen similares. Es importante entender la relación de la lesión con los órganos y estructuras pélvicas adyacentes, identificar los ovarios y el útero normales, y evaluar la lesión en el contexto clínico del paciente para evitar errores diagnósticos.

Lesiones no ginecológicas que pueden simular patología ginecológica son: linfocele, hematomas, abscesos, patología del peritoneo (quiste de inclusión peritoneal, quiste mesotelial), degeneración quística de adenopatías e implantes peritoneales, lesiones rectales e intestinales (mucocele apendicular, etc), lesiones uretrales y vesicales, quiste de la vesícula seminal y lesiones neurales.

Hemos revisado de forma retrospectiva pacientes con lesiones quísticas pélvicas no ginecológicas a los que se les realizaron diferentes técnicas de imagen en nuestros hospitales. Mostraremos los hallazgos radiológicos de las lesiones quísticas no ginecológicas más relevantes.

LINFOCELE

Complicación frecuente tras la realización linfadenectomía (hasta el 25% de los pacientes a las 4-8 semanas postcirugía).

Importante realizar el diagnóstico diferencial con otras complicaciones postquirúrgicas (seroma, hematoma, absceso, recidiva de tumor quístico) ya que el manejo terapéutico es distinto.

Unilocular.

Localizado en el sitio de la linfadenectomía y mantienen una relación lateral con los vasos pélvicos adyacentes.

Si hay realce tras la administración de contraste sugiere recidiva tumoral.

Figura 1.

HEMATOMA

Secundario a cirugía, traumatismo y coagulopatía.

Intra- o extraperitoneal.

Es imprescindible conocer la fecha de la cirugía o comienzo del sangrado porque los hallazgos radiológicos dependen del tiempo de evolución del hematoma.

Ecografía: Lesión hiperecogénica que se hace hipocogénica con el paso del tiempo. Puede tener septos y pared.

TC: Hematoma agudo de alta densidad (50-80 HU). En 2-3 semanas se hace hipodenso (DD con otras lesiones quísticas pélvicas).

RM: Hematoma agudo y subagudo son hiperintensos en T1. Anillo hipointenso periférico en T1 y en T2 con anillo hiperintenso interno en T1 (signo del anillo concéntrico).

El hematoma subagudo puede tener hallazgos radiológicos similares a la recidiva tumoral pero no capta tras la administración de contraste y disminuye de tamaño con el paso del tiempo.

Figura 2.

ABSCESO

El absceso pélvico puede ser secundario a patología infecciosa entérica, rectal o genitourinaria.

Más frecuente secundario a apendicitis, diverticulitis, EII, fuga anastomótica, sobreinfección de un hematoma, linfocele, seroma o urinoma,

Intra- o extraperitoneal.

Paciente asintomático o séptico. Sospecha en pacientes con clínica y analítica compatible.

Hallazgos de imagen:

Colecciones simples o complejas de pared por lo general gruesa.

Trabeculación de la grasa.

Líquido libre.

Afectación por contigüidad de órganos adyacentes.

Aire si hay organismos productores de gas o fistulización de un asa de intestino o el recto adyacente.

Figura 3.

Figura 4.

PATOLOGIA DEL PERITONEO

1. Quiste de inclusión peritoneal

Lesión benigna que se produce debido a un daño en el peritoneo que origina una proliferación mesotelial anómala reactiva

Se diagnostica en mujeres premenopáusicas como hallazgo incidental

Secundario a cirugía, traumatismo previo, endometriosis, EPI, entre otras.

El quiste se adapta a la cavidad peritoneal y puede recidivar.

Los ovarios están incluidos pero separados del quiste de inclusión.

Uni- o bilateral

Puede tener contenido hemorrágico (hiperintenso en T1 e hipointenso en T2).

Figura 5.

2. Quiste mesotelial

Lesión benigna de tamaño y localización variable .

Asintomático.

Quiste unilocular de pared fina y en ocasiones con calcificaciones.

Puede tener contenido graso o quiloso.

Figura 6.

DEGENERACIÓN QUÍSTICA DE ADENOPATÍAS. IMPLANTES PERITONEALES QUÍSTICOS

Enfermedad metastásica generalmente secundaria a carcinoma del tracto gastrointestinal y genitourinario.

En la mayoría de los pacientes el diagnóstico de la enfermedad metastásica es claro debido a que es conocido la presencia de un tumor primario en otra localización. En ocasiones, el tumor primario puede no ser conocido y hay que hacer diagnóstico diferencial entre la enfermedad metastásica y tumores peritoneales primarios.

Muchas neoplasias pueden dar metástasis en el peritoneo, las más frecuentes: ovario, colon, estómago, páncreas, útero, vejiga.

Los implantes peritoneales o adenopatías pueden tener una apariencia muy variable dependiendo fundamentalmente de su origen, la existencia de necrosis, la confluencia de lesiones y los posibles tratamientos previos. Estas lesiones pueden tener apariencia quística por necrosis o cambios quístico-necróticos en el curso del tratamiento oncológico.

Figura 7.

Figura 8.

LESIONES RECTALES E INTESTINALES

Patología rectal que afecta a la submucosa y muscularis propia o incluso lesiones extramurales que afectan a la pared rectal

El diagnóstico de estas lesiones con colonoscopia óptica es limitada debido a la integridad de la mucosa. Otras técnicas de imagen, como TC, ecografía endoscópica y RM, ayudan a completar el estudio tras colonoscopia óptica, permitiendo valorar por completo la pared rectal y el tejido circundante.

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)

Se originan en la capa muscular y suelen tener un crecimiento extrínseco, con base de implantación ancha.

El potencial maligno depende de la tasa mitótica y del tamaño del tumor.

Son más frecuentes en intestino delgado que en colon y recto.

Se comportan como una masa mural exofítica con bordes bien definidos, que muestra baja señal en T1, hiper-isointensa en T2 y con realce intenso tras la administración de gadolinio.

Pueden presentar calcificaciones, necrosis o ulceración.

Figura 9 y 10.

Divertículo rectosigma

Evaginaciones de la mucosa, normalmente en comunicación con la luz rectal.
Pueden ser de gran tamaño y complicarse con un proceso inflamatorio que afecta al rectosigma y al tabique rectovaginal.

Figura 11.

Mucocele apendicular

El apéndice se obstruye y de forma secundaria se dilata y se llena de mucina.

Raro (0.2-0.3%).

Mujeres de edad media.

Histológicamente hay cuatro subtipos: quiste de retención, hiperplasia mucosa, cistoadenoma y cistoadenocarcinoma (estos dos últimos secretan mucina).

Es importante el diagnóstico previo a la cirugía para evitar la rotura y el pseudomixoma peritoneal.

Valorar siempre el riesgo de transformación maligna (puede elevar varios marcadores tumorales: CEA, CA 19-9 y CA 125).

Ecografía: Contenido “en jalea” (heterogéneo, con ecos internos y refuerzo posterior).

TC: Puede tener la pared calcificada.

El grosor de la pared no se relaciona con la malignidad, si se relaciona el realce nodular de la pared (sugestivo de cistoadenocarcinoma).

Figura 12.

Lesiones quísticas del desarrollo en el recto

Quistes epidérmicos, dérmicos, quistes de origen entérico (quistes de duplicación rectal y hamartomas quísticos retrorrectales o *tailgut cyst*), neuroentéricos.

Los más frecuentes los quistes epidérmicos y los hamartomas quísticos.

Más frecuentes en mujeres. Asintomáticos en el 50% de los casos al diagnóstico.

Complicaciones infecciosas y degeneración maligna.

Las técnicas de imagen (TC y RM) orientan al diagnóstico inicial.

El diagnóstico definitivo de estas lesiones es anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

Figura 13.

LESIONES URETRALES y VESICALES

Divertículo vesical

En ocasiones pueden aparecer como una alteración del contorno vesical.

Más frecuentemente como una colección bien definida, redondeada/ ovalada anecoica, con origen en la base de la vejiga o alrededor del orificio ureteral.

Tras micción no siempre se vacía, pudiendo incluso aumentar de tamaño, clave en su diagnóstico.

Figura 14.

Divertículo del uraco

El uraco se forma de la vertiente superior del seno urogenital y conecta la cúpula vesical con el ombligo durante la etapa fetal.

Situado detrás de pared abdominal y anterior a peritoneo (en espacio de Retzius).

Si no se oblitera, puede persistir como uraco persistente, quiste, seno o divertículo.

En ecografía el quiste de uraco se localiza anterosuperior con respecto a la vejiga, en línea media, como lesión quística (heterogénea de forma variable en función del grado de complicación) y con dependencia de la cúpula vesical.

Neovejiga

La cistectomía radical es el procedimiento quirúrgico indicado en el tratamiento de lesiones neoplásicas. Las cirugías que pueden ser continentes o no continentes; en las primeras se realizan reservorios a partir de segmentos de intestino (íleon) que se prefiere antes que el colon. Dentro de las técnicas continentes, la más característica es la de Studer.

Figura 15.

Ureter ectópico

Inserción anómala de uréter distal.

En niños se inserta en uretra posterior, vertiente inferior de vejiga, vesícula seminal o conducto eyaculador.

En niñas se inserta en cuello vesical, uretra, vestíbulo o vagina.

Puede asociarse a duplicación ureteral completa en el 70%. En estos casos el uréter que drena el pielón superior se inserta inferiormente y medial a su localización habitual en el triángulo.

El diagnóstico se realiza cuando hay dilatación del sistema colector del polo superior y/o ureteroceles, y/o reflujo del polo inferior que se manifiesta con uréter dilatado.

Ureteroceles

Es una ectasia quística subepitelial del segmento intravesical del uréter, siendo por tanto intravesical. Morfología redondeada, que se suele continuar con un ureter dilatado, de tamaño variable y pudiendo prolapsarse.

Simple (posición normal en vejiga), o ectópico.

Asociación a uréter único o duplicidad (75%), y en este caso drena el pielón superior, que suele estar obstruido y displásico.

Figura 16.

QUISTE DE LA VESICULA SEMINAL

La enfermedad quística de las vesículas seminales es una patología poco frecuente que puede ser congénita o adquirida.

La alteración del desarrollo del conducto mesonéfrico da lugar a quiste de vesícula seminal asociado a anomalías genitourinarias (agenesia renal), óseas y vasculares.

La clínica es de dolor pélvico o perineal, infección o urgencia miccional.

Cuando se realiza el diagnóstico de quiste de la vesícula seminal es necesario buscar anomalías asociadas.

Figura 17.

LESIONES NEURALES

El disrafismo espinal incluye un amplio espectro de anomalías congénitas de fusión de una o más estructuras dorsales de la línea media incluyendo piel, tejido subcutáneo, cuerpos vertebrales, meninges y tejido neural.

Dos categorías de los disrafismos espinales: abierto y cerrado. En el disrafismo abierto hay un defecto de piel y tejido neural expuesto al exterior, mientras que en el cerrado el tejido neural está cubierto por piel. Este último se subclasifica a su vez por la presencia o no de masa subcutánea. Dentro del disrafismo espinal cerrado con masa lumbosacra subcutánea distinguimos, entre otros, el meningocele.

MENINGOCELE.

Herniación del LCR y meninges a través de un defecto espinal posterior con piel intacta que recubre el meningocele.

El saco está tapizado por aracnoides y sólo tiene LCR, sin restos de tejido neural.

Muestra una espina bífida con un estrecho defecto focal o una lesión mas amplia con láminas delgadas, separadas y evertidas dorsalmente y un saco delimitado que contiene líquido con señal igual al LCR en todas las secuencias de pulso sin tejido neural.

No asocia otras anomalías espinales o medulares. El cono medular no está descendido.

Figura 18.

Imágenes en esta sección:

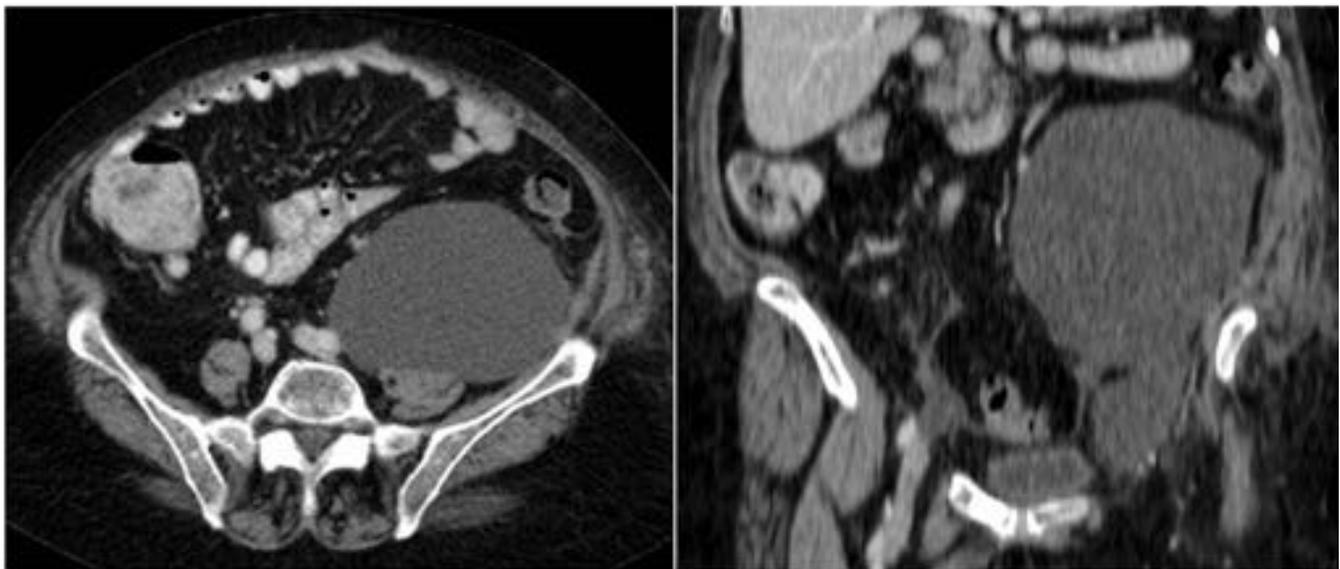


Fig. 1: TC abdominal axial y reconstrucción coronal. Linfocele en paciente con histerectomía y linfadenectomía.

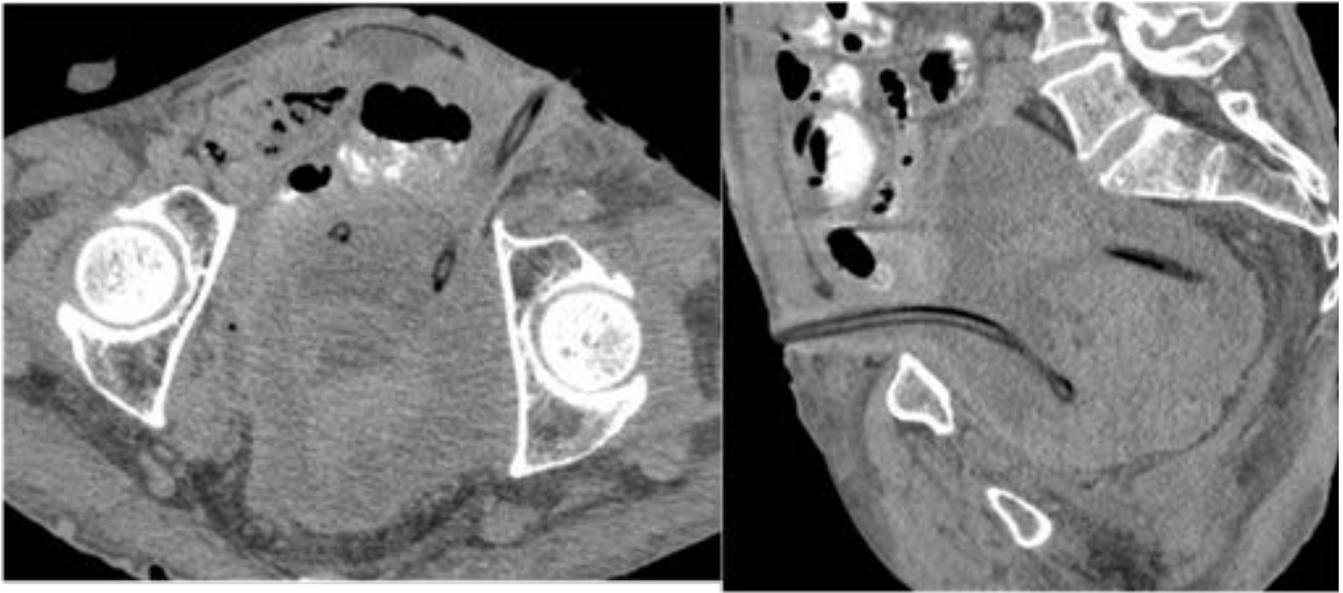


Fig. 2: TC abdominal axial y reconstrucción sagital. Hematoma pélvico con drenaje tras la realización de cistectomía radical.

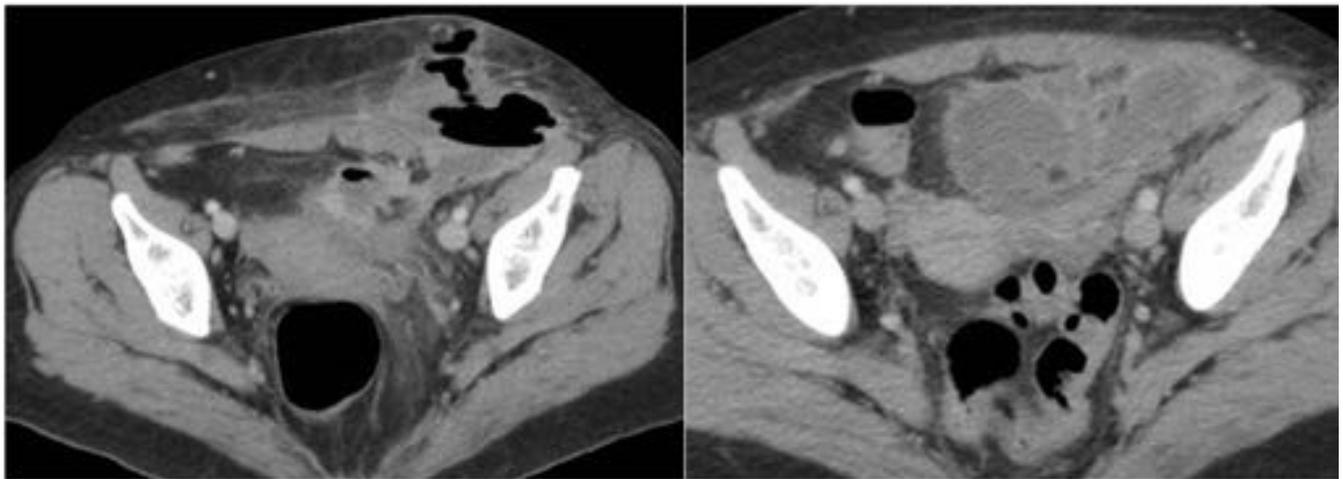


Fig. 3: TC abdominal. Diverticulitis complicada. Abscesos pélvicos que fistulizan a la pared abdominal anterior.

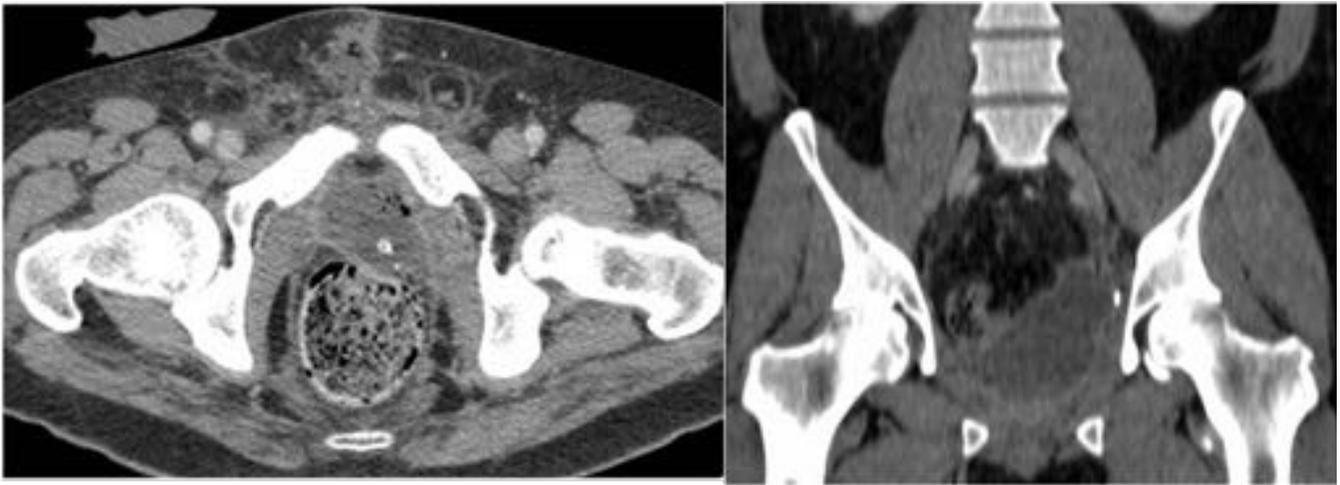


Fig. 4: TC abdominal axial y reconstrucción coronal. Absceso pélvico que drena a través de la uretra.

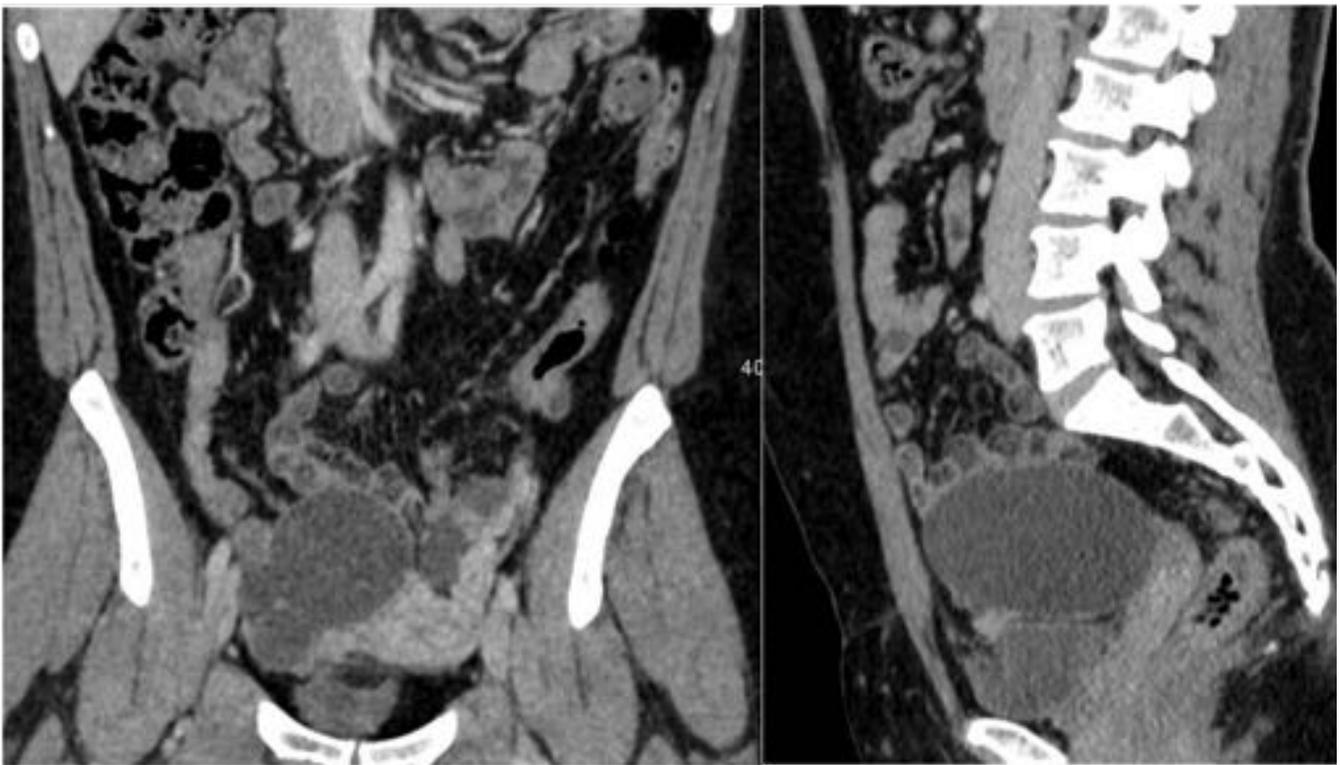


Fig. 5: TC abdominal axial y reconstrucción sagital. Quiste de inclusión peritoneal en paciente con antecedente de EPI.

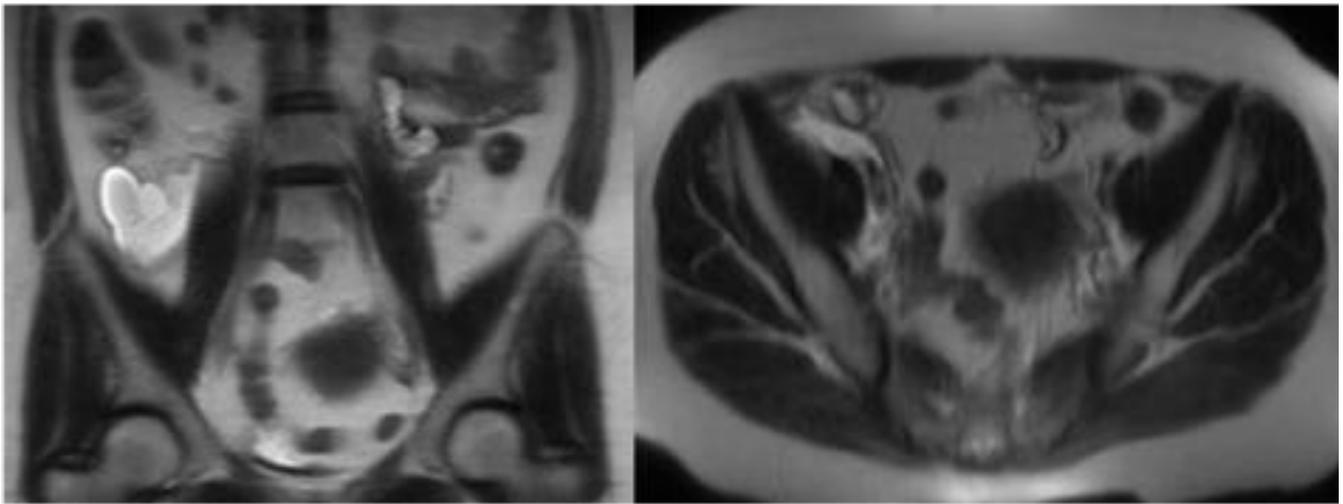


Fig. 6: RM pélvica coronal y axial T2. Lesión quística pélvica en relación con quiste mesotelial.



Fig. 7: TC abdominal. Adenopatía quística en la pelvis. Paciente con neoplasia urotelial. Cistectomía y reconstrucción tipo Bricker.

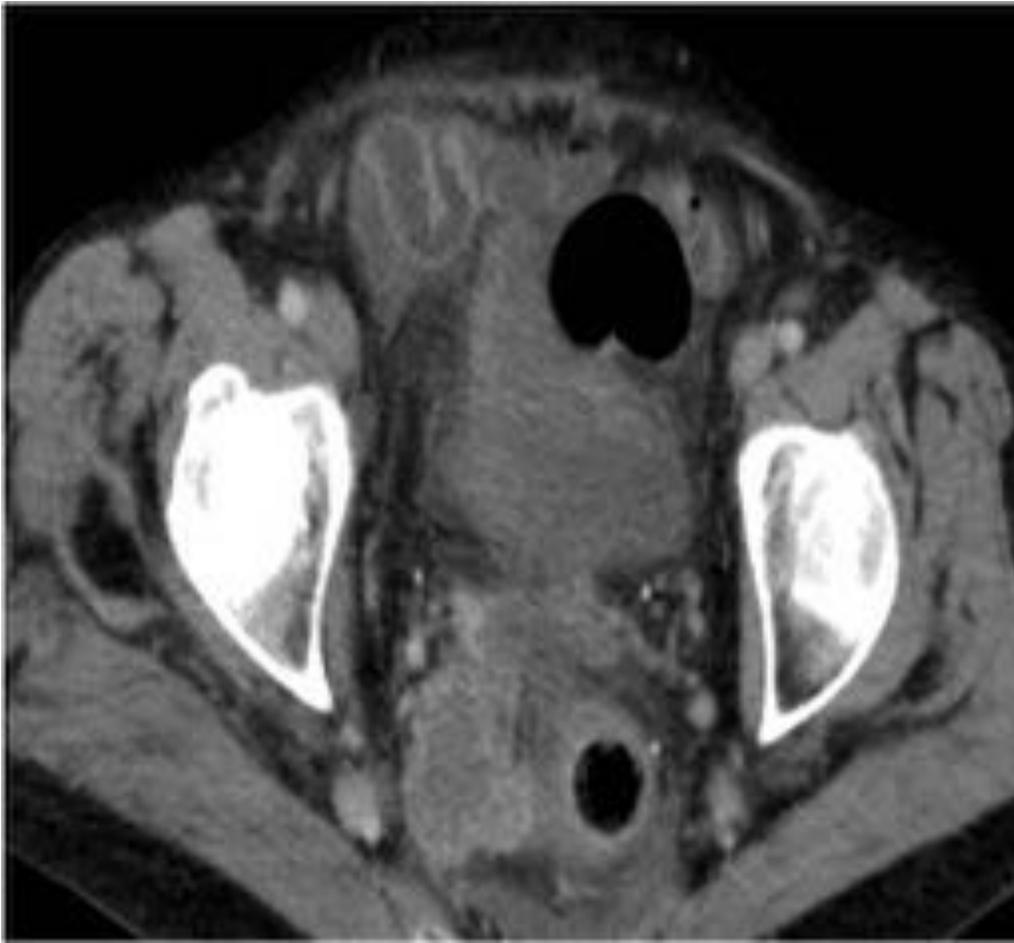


Fig. 8: TC abdominal. Implante tumoral pélvico de aspecto quístico en paciente con antecedente de neoplasia uterina endometriode.

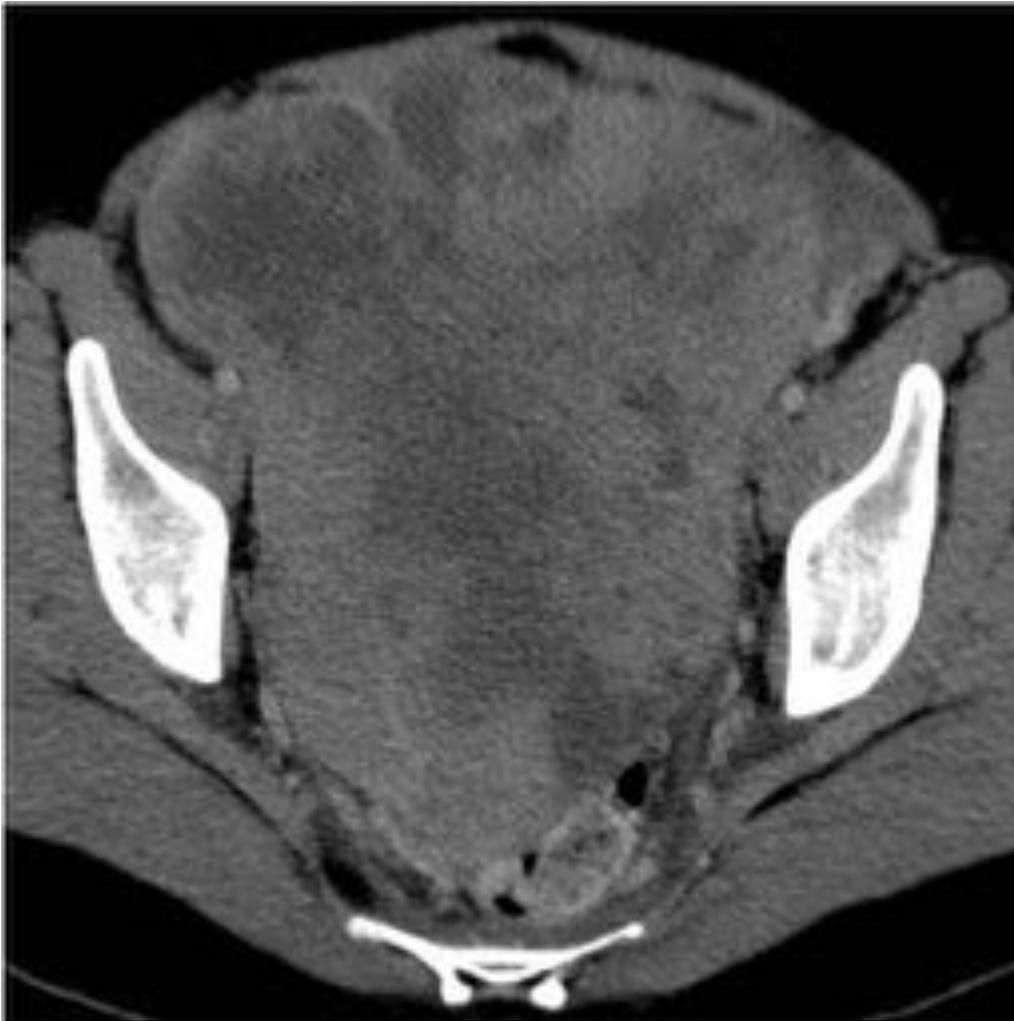


Fig. 9: TC abdominal. Tumoración abdomino-pélvica sólido-quística de gran tamaño. GIST con origen en un asa intestinal pélvica.

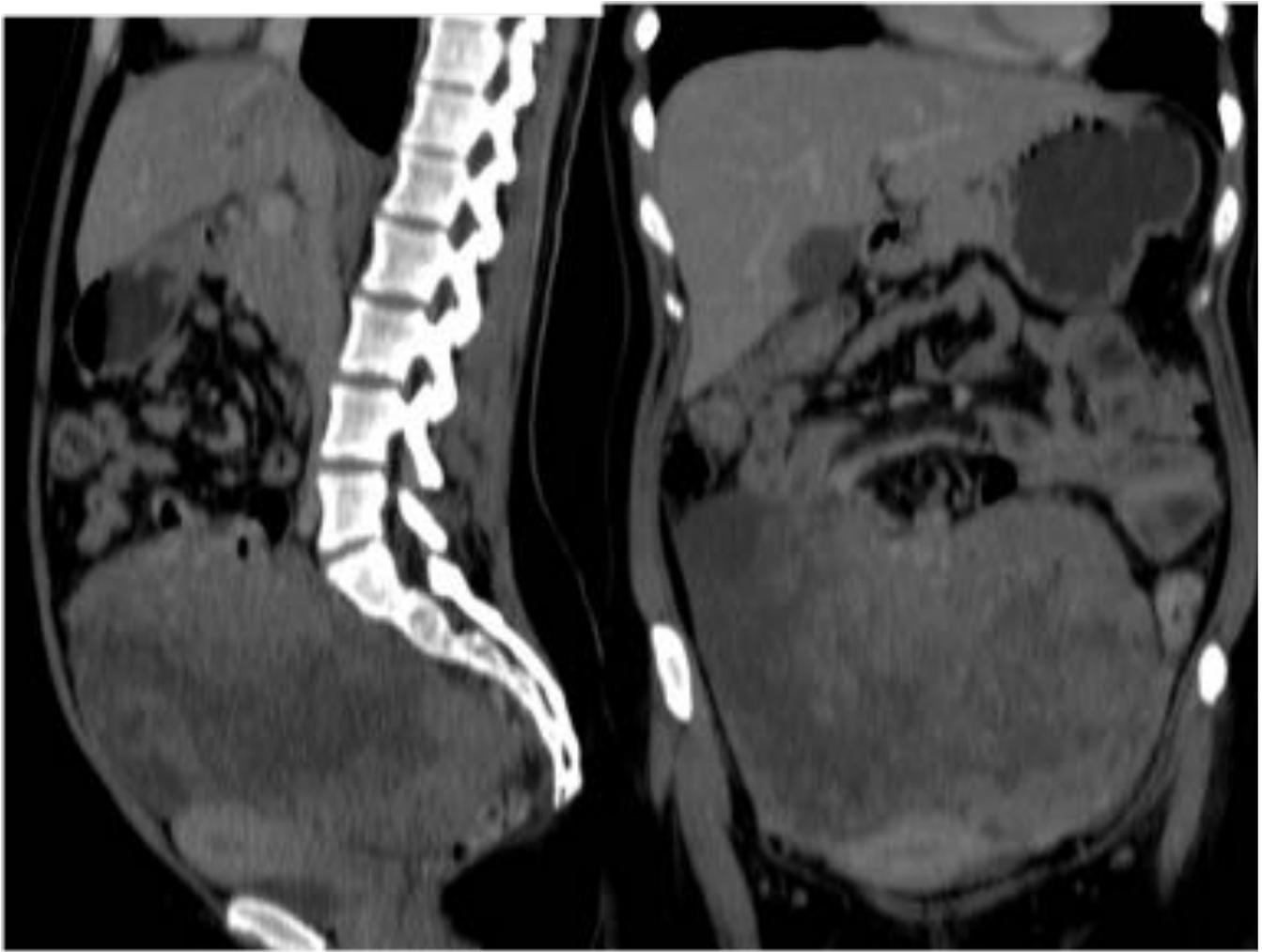


Fig. 10: TC abdominal reconstrucción sagital y coronal. Tumoración abdomino-pélvica sólido-quística de gran tamaño. GIST con origen en un asa intestinal pélvica.

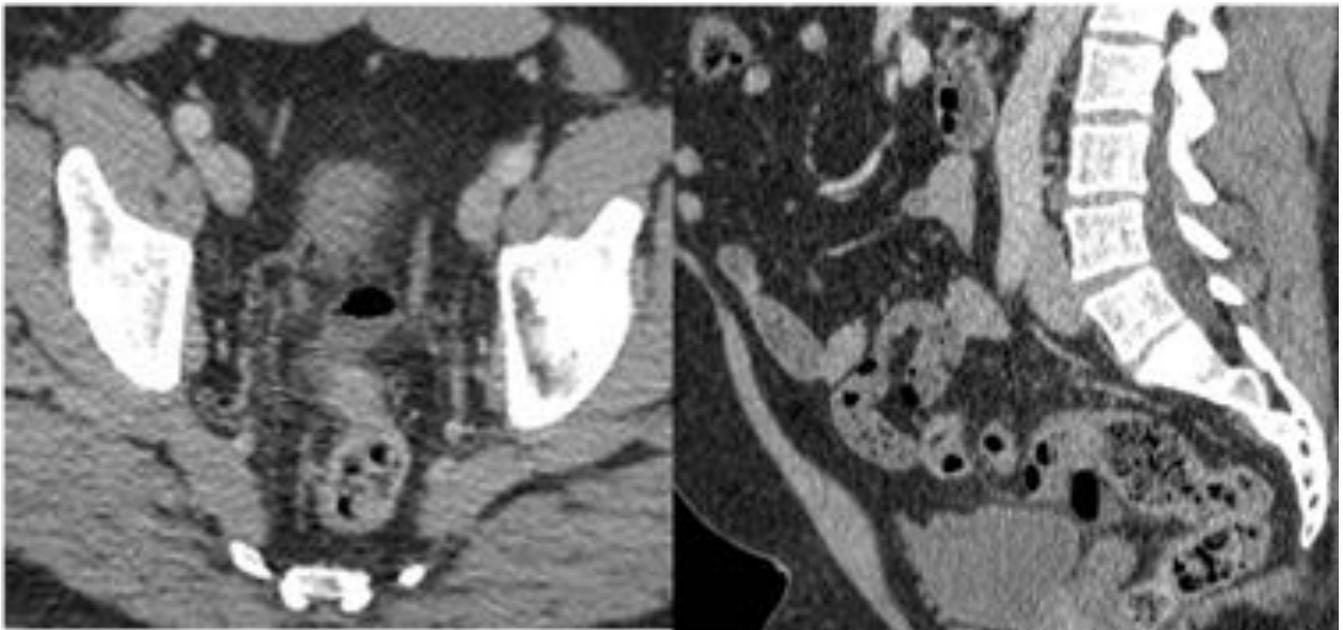


Fig. 11: TC abdominal axial y reconstrucción sagital. Divertículo en recto-sigma.



Fig. 12: TC abdominal. Lesión quística pélvica con calcificación periférica en relación con mucocele apendicular.

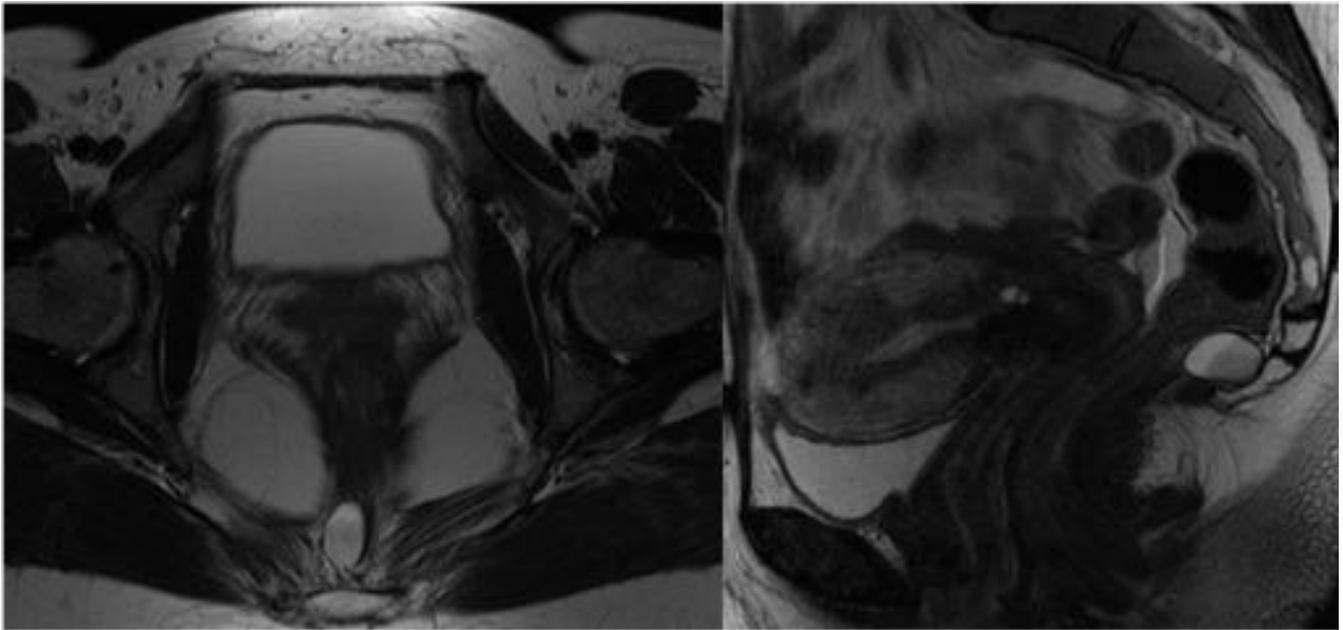


Fig. 13: RM de p elvis axial y sagital T2. Lesión quística retrorectal con contenido hemático en relacion con quiste epidérmico.

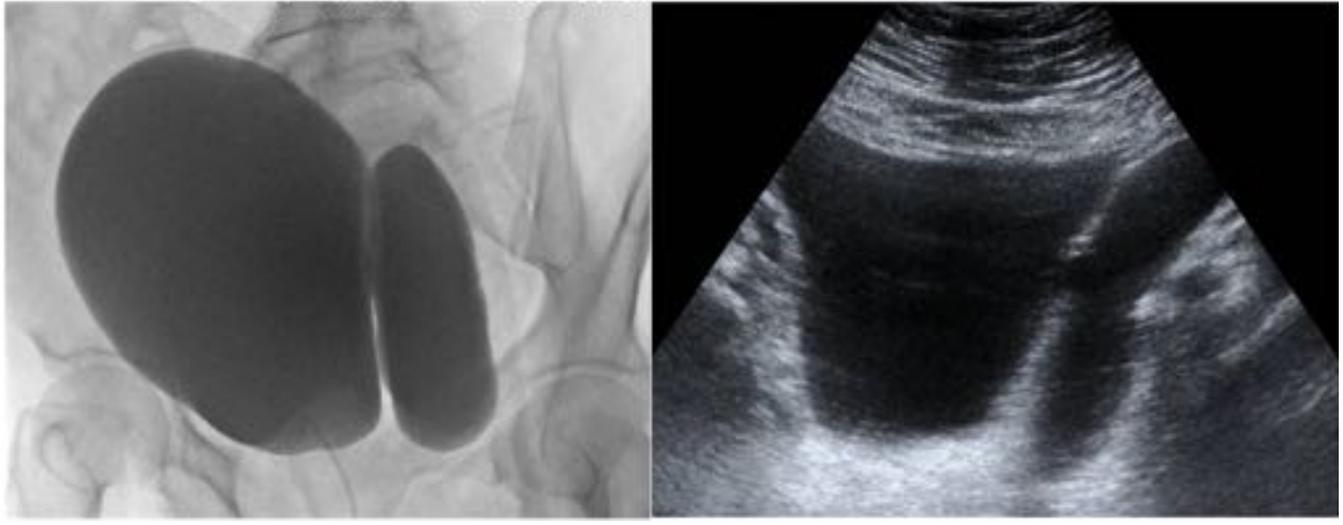


Fig. 14: Cistograf a y ecografía. Divertículo vesical de gran tamaño.

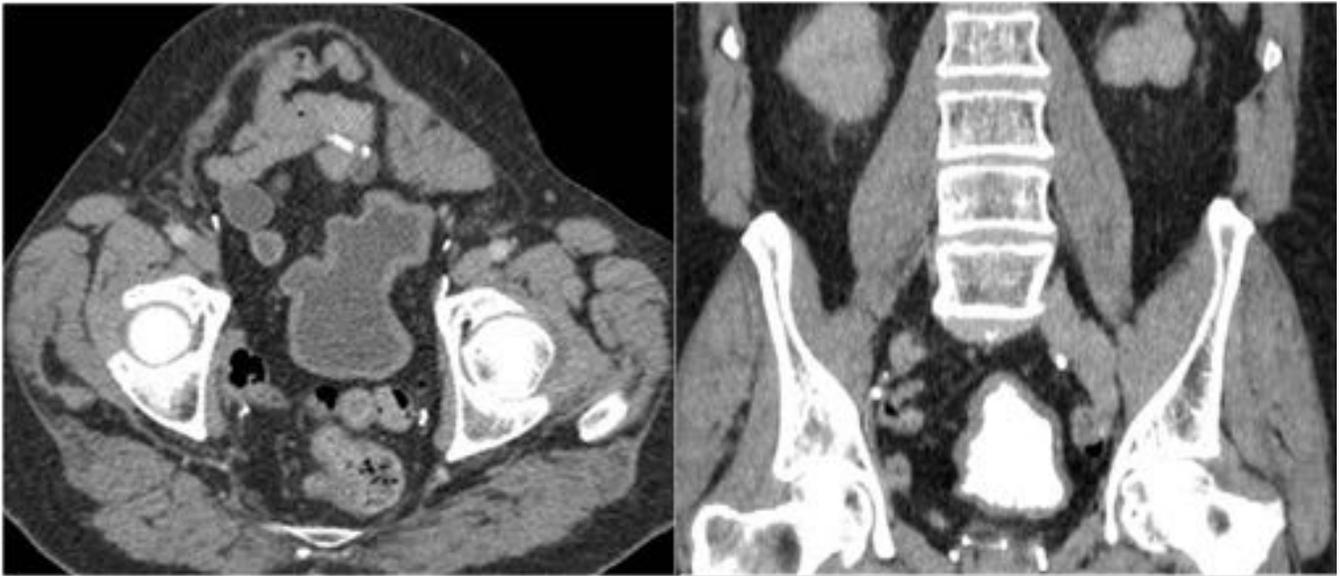


Fig. 15: TC abdominal axial en fase venosa y coronal en fase excretora. Cistectomía radical y reconstrucción tipo Studer.

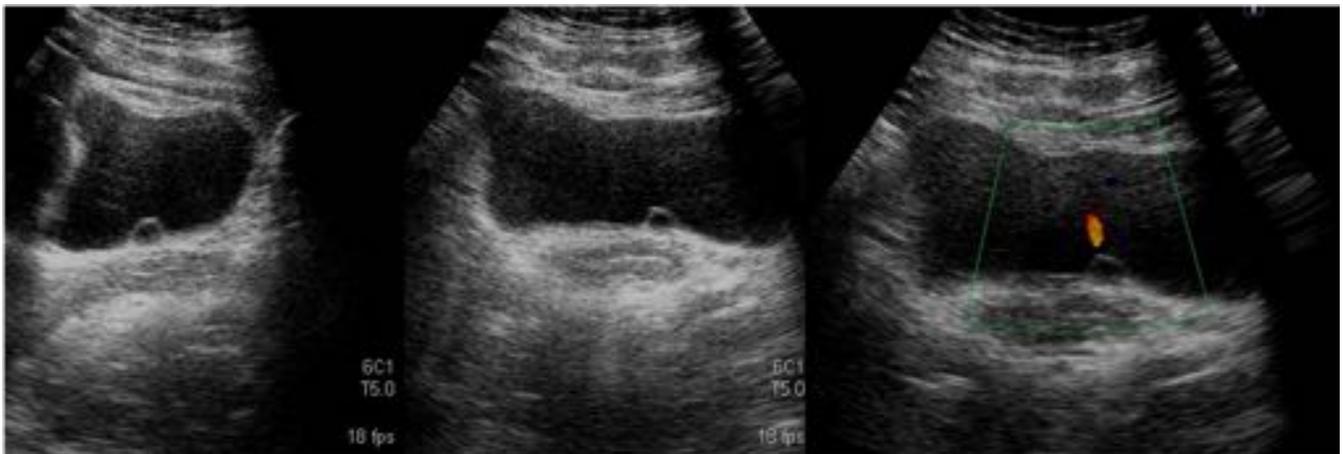


Fig. 16: Ecografía. Lesión quística en el uréter distal izquierdo en relación con ureteroceles.

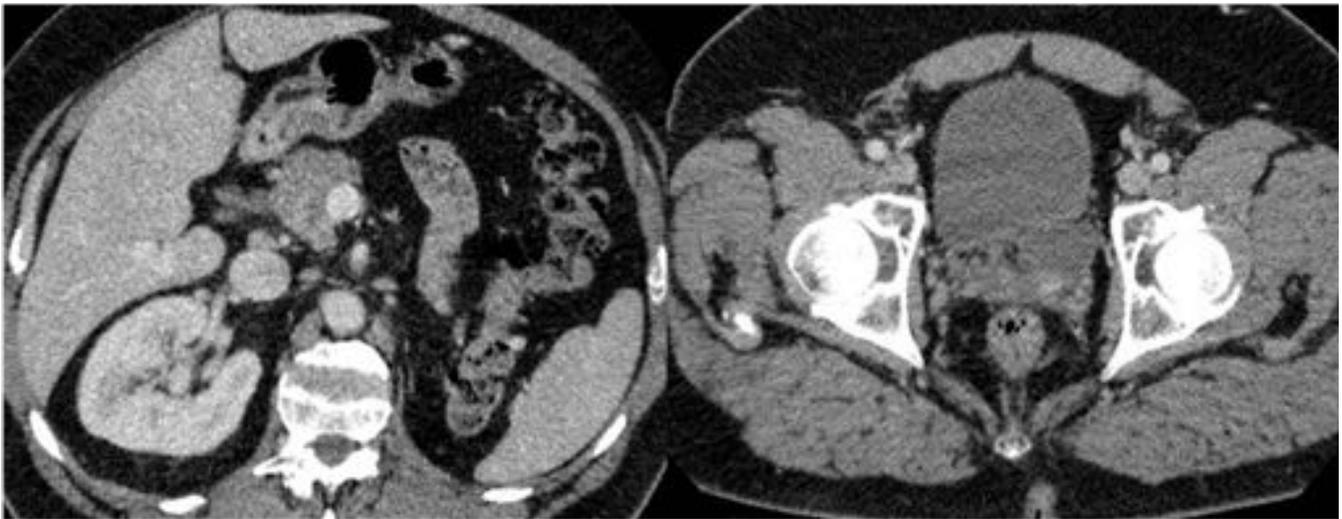


Fig. 17: TC abdominal. Agenesia renal izquierda y quiste en vesícula seminal izquierda.

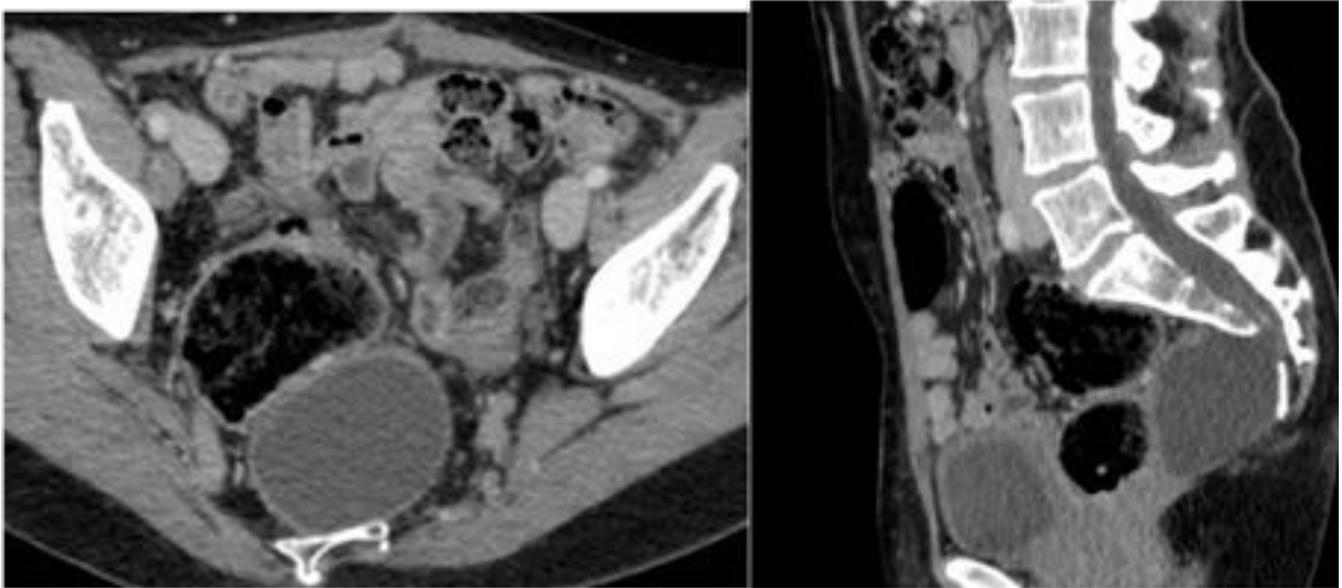


Fig. 18: TC abdominal axial y reconstrucción sagital. Lesión quística retrorectal en paciente con disrafismo espinal (defecto de fusión sacro y meningocele).

Conclusiones

Es importante considerar la patología no ginecológica dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas pélvicas ya que afecta al manejo del paciente .

Los estudios de imagen juegan un papel fundamental en el diagnóstico de las lesiones quísticas no ginecológicas.

Hay que estar familiarizado con los hallazgos de imagen y la clínica del paciente para realizar un diagnóstico correcto.

Bibliografía / Referencias

1. Penelope L. Moyle. Nonovarian cystic lesions of the pelvis. *RadioGraphics* 2010; 30:921–938.
2. Perry J. Pickhardt. Primary neoplasms of the appendix: Radiologic spectrum of disease with pathologic correlation. *RadioGraphics* 2003; 23:645–662.
3. Herve Dahan. Retrorectal developmental cysts in adults: Clinical and radiologic-histopathologic review, differential diagnosis, and treatment. *RadioGraphics* 2001; 21:575–584.
4. L. Herraiz. La patología benigna de ano y recto con Resonancia Magnética 3.0T. 1Parte: Protocolo de alta resolución, revisión anatómica, tumores benignos y alteraciones congénitas o adquiridas del complejo esfinteriano. *Radiología*. 2011; 154-166.
5. Violeta catala. CT Findings in urinary diversion after radical cystectomy: Postsurgical anatomy and complications. *RadioGraphics* 2009; 29:461–476.
6. Alampady K. Shanbhogue. Uncommon primary pelvic retroperitoneal masses in adults: A pattern-based imaging approach. *RadioGraphics* 2012; 32:795–817.
7. Angela D. Levy. Secondary tumors and tumorlike lesions of the peritoneal cavity: Imaging features with pathologic correlation. *RadioGraphics* 2009; 29:347–373.