

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA **24 MAYO**
27 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

Pamplona

Marina Conangla-Planes,
Quirana Gomes, Eva Cast

Hospital Universitari Vall

Urgencias ginecológicas infrecuentes: lo que radiólogo debe saber



***Marina Conangla-Planes, Joan Albert Prat-Matifoll, Eva Castellà Fierro,
Xavier Gurí Azogue, Kathleen Ramírez Tucas, Ángel Garcia-Jimenez***

Departamento de Radiodiagnóstico – Sección Urgencias
Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, España

OBJETIVOS DOCENTES:

- Proporcionar una **lista breve y simple de los hallazgos radiológicos** de patologías ginecológicas poco habituales.
- Discutir la utilidad de las **diferentes técnicas radiológicas** en la evaluación de las patologías abordadas.

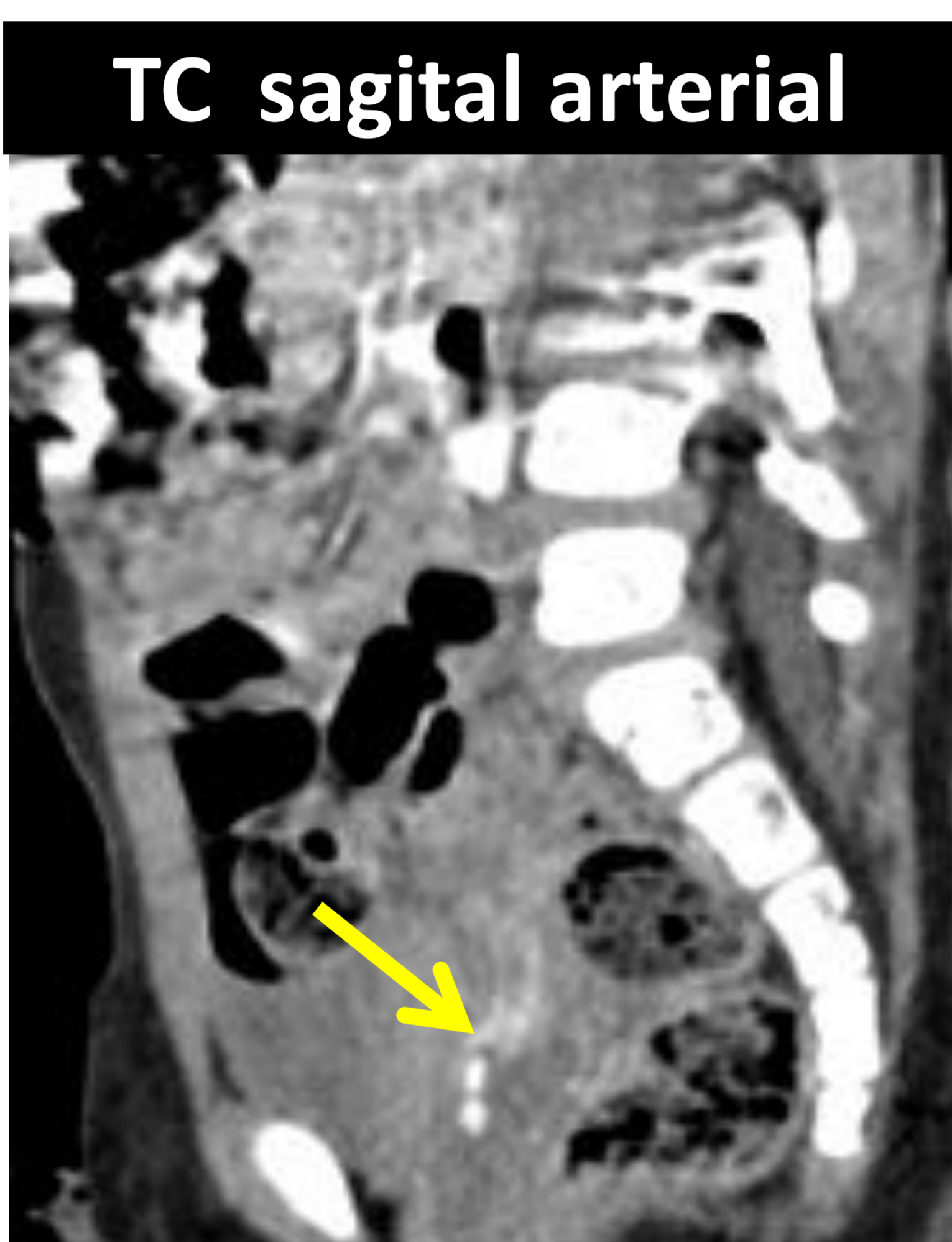
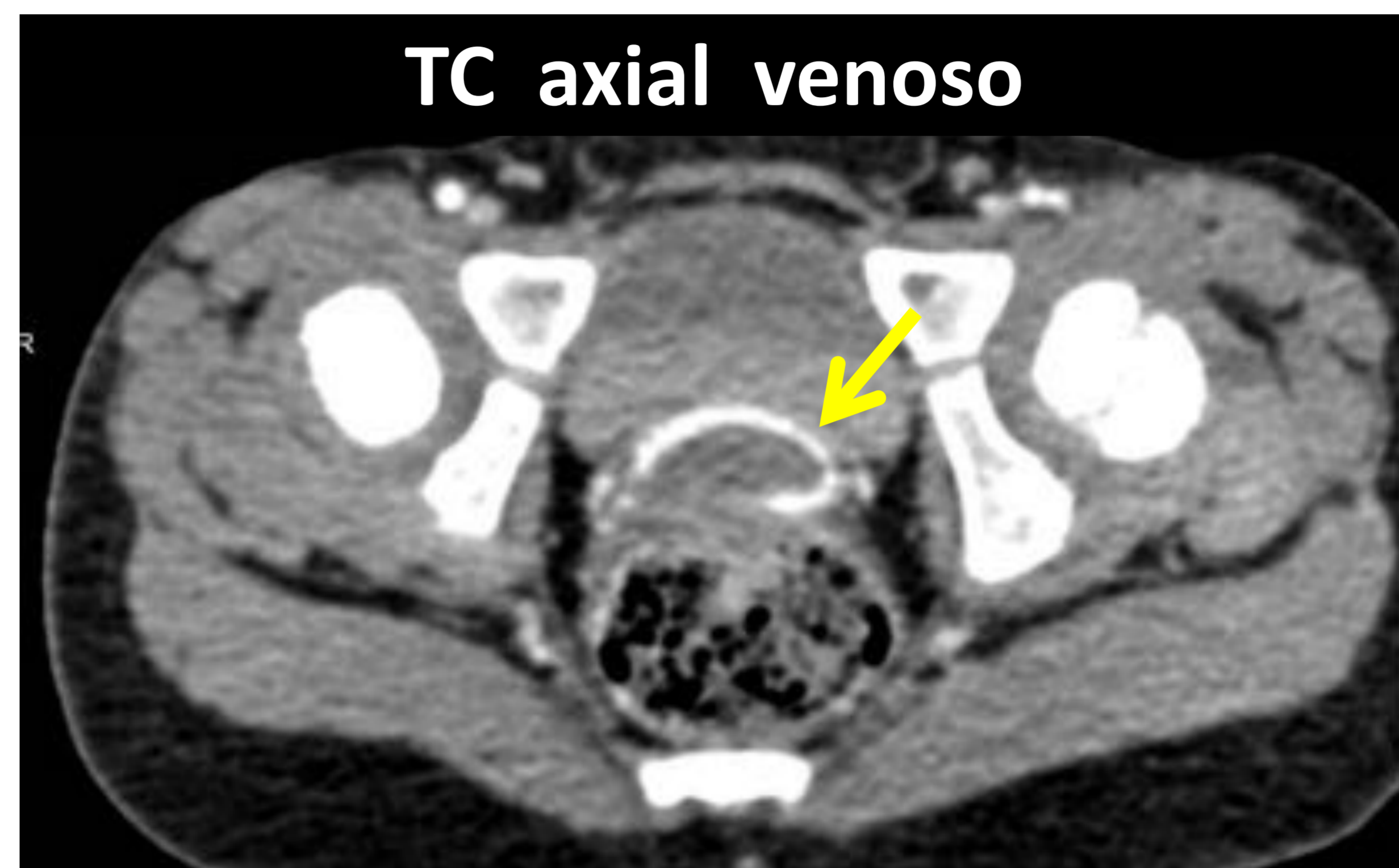
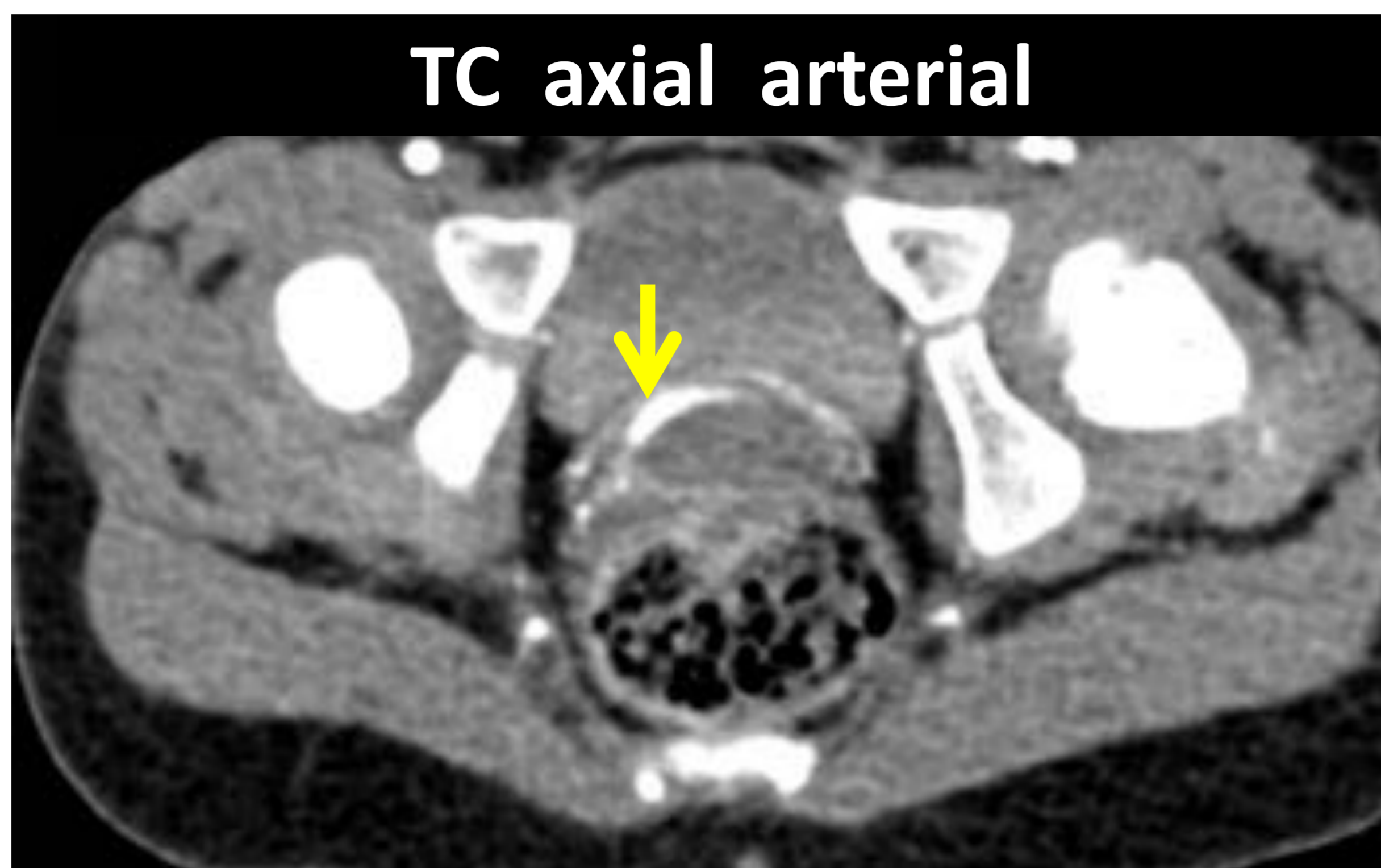
MATERIAL Y MÉTODO:

- Revisión de todas las **ecografías, TCs y RM** realizadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital
- Abril 2013 a diciembre 2017
- **145 emergencias ginecológicas**, de las cuales se seleccionaron los 15 casos más inesperados

TOP 15 URGENCIAS GINECOLÓGICAS INFRECIENTES

1. **Sangrado cérvico-vaginal activo**
2. **Rotura uterina + Endometritis**
3. **Malformación arteriovenosa posterior al curetaje uterino**
4. **Actinomicosis ginecológica y torácica**
5. **Peritonitis tuberculosa extensa**
6. **Diverticulitis complicada con fístula entero-ovárica**
7. **Síndrome de hiperestimulación ovárica: una hemorragia potencialmente mortal**
8. **Endometriosis rectal oclusiva**
9. **Útero didelfo: obstrucción ureteral secundaria a un quiste hemorrágico**
10. **Complicación post-terapia con HIFU.**
11. **Embarazo ectópico con hemoperitoneo**
12. **Fístula entero-ovárica: presentación aguda del tumor de Krukenberg**
13. **Absceso tubo-ovárico secundario a una neoplasia rectal abscesificada**
14. **Síndrome de Meigs**
15. **Mioma necrótico gigante vs. Sarcoma uterino gigante**

1. SANGRADO CÉRVICO-VAGINAL ACTIVO:



Niña con **hematómetra** y **hematocolpos**.

TC: **extravasación de contraste a nivel cervico-vaginal** en fase arterial y venosa correspondiente a **sangrado activo** (*flechas amarillas*).

Angiografía: confirmó una **hemorragia de la rama cervicovaginal** de la arteria uterina (*flecha roja*).

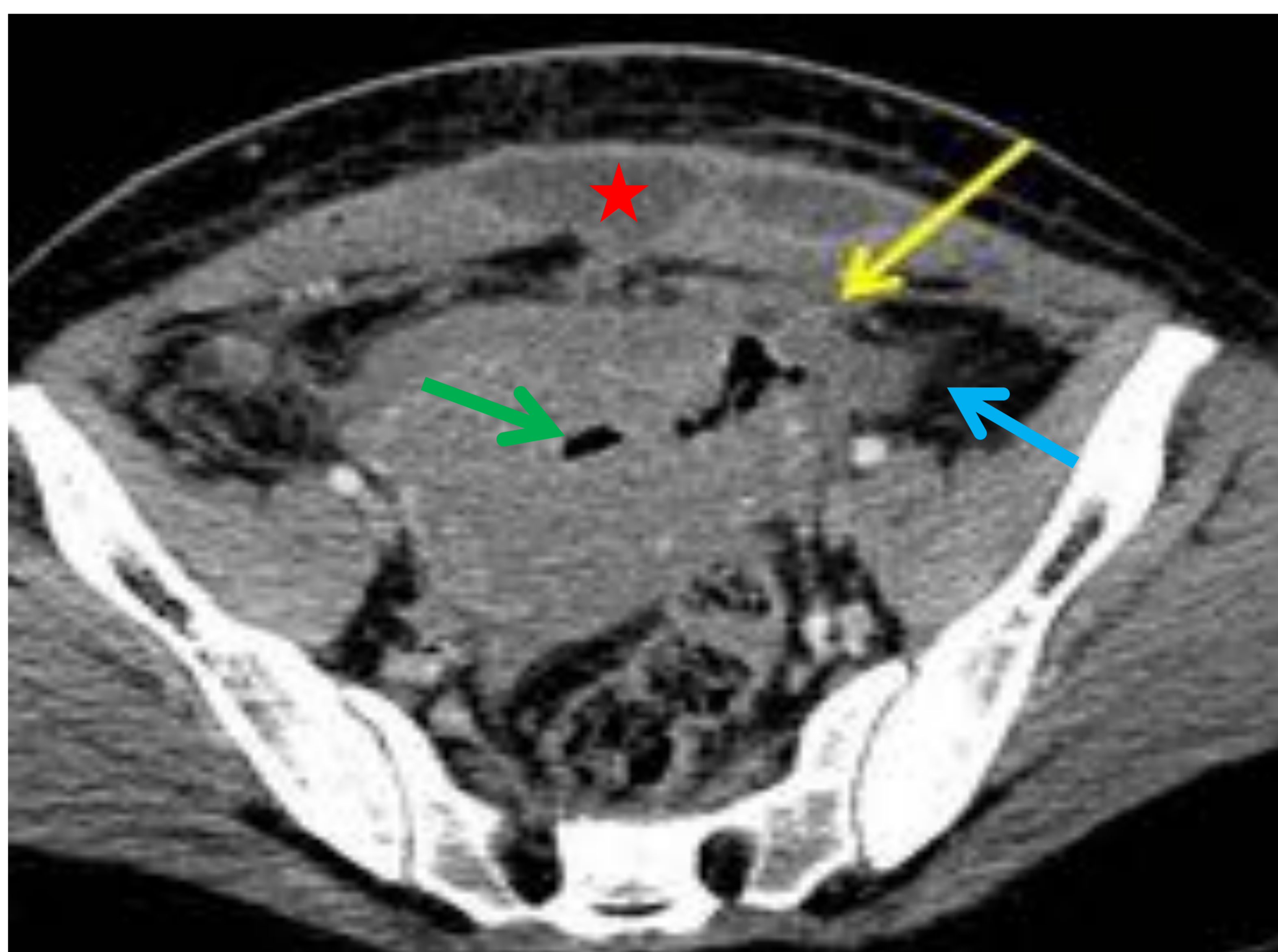
❖ Sangrado vaginal en la infancia:

- Antes de la menstruación siempre es anormal

CAUSAS

Trauma	Tumor	Hormonal	No hormonal
Penetrante Contundente	Rabdomiosarcoma Tumor del seno endodérmico	Sangrado neonatal Pubertad precoz Estrógenos exógenos	Cuerpo extraño Prolapso uretral ETS

2. ROTURA UTERINA SECUNDARIA A ENDOMETRITIS SEVERA:



TC en plano axial y sagital con que muestra signos de **endometritis**, con un **endometrio agrandado y engrosado**, con **líquido/aire en la cavidad endometrial** (*flecha verde*), **aumento de la vascularización parametrial y reticulación de la grasa parauterina** (*flecha azul*).

El **absceso** presente en la incisión transversa de la pared (*estrella roja*) apoya la endometritis.

Además, se observa una **disrupción del miometrio**, con presencia de aire dentro (*flecha amarilla*), correspondiente a una **rotura uterina**.

También se pueden encontrar **hematomas en el receso vesicouterino** (> 5 cm, la probabilidad de una dehiscencia / ruptura uterina aumenta).

❖ Endometritis:

- Causa más común de **fiebre** en el **posparto**.
- La **cesárea** es el factor de riesgo más importante
- Estrechamente relacionada con la rotura uterina.

❖ Rotura uterina:

- Complicación **poco habitual** en el embarazo y el posparto (0,05%) y la mayoría de los casos (92%) tienen un **antecedente de cesárea** previa.

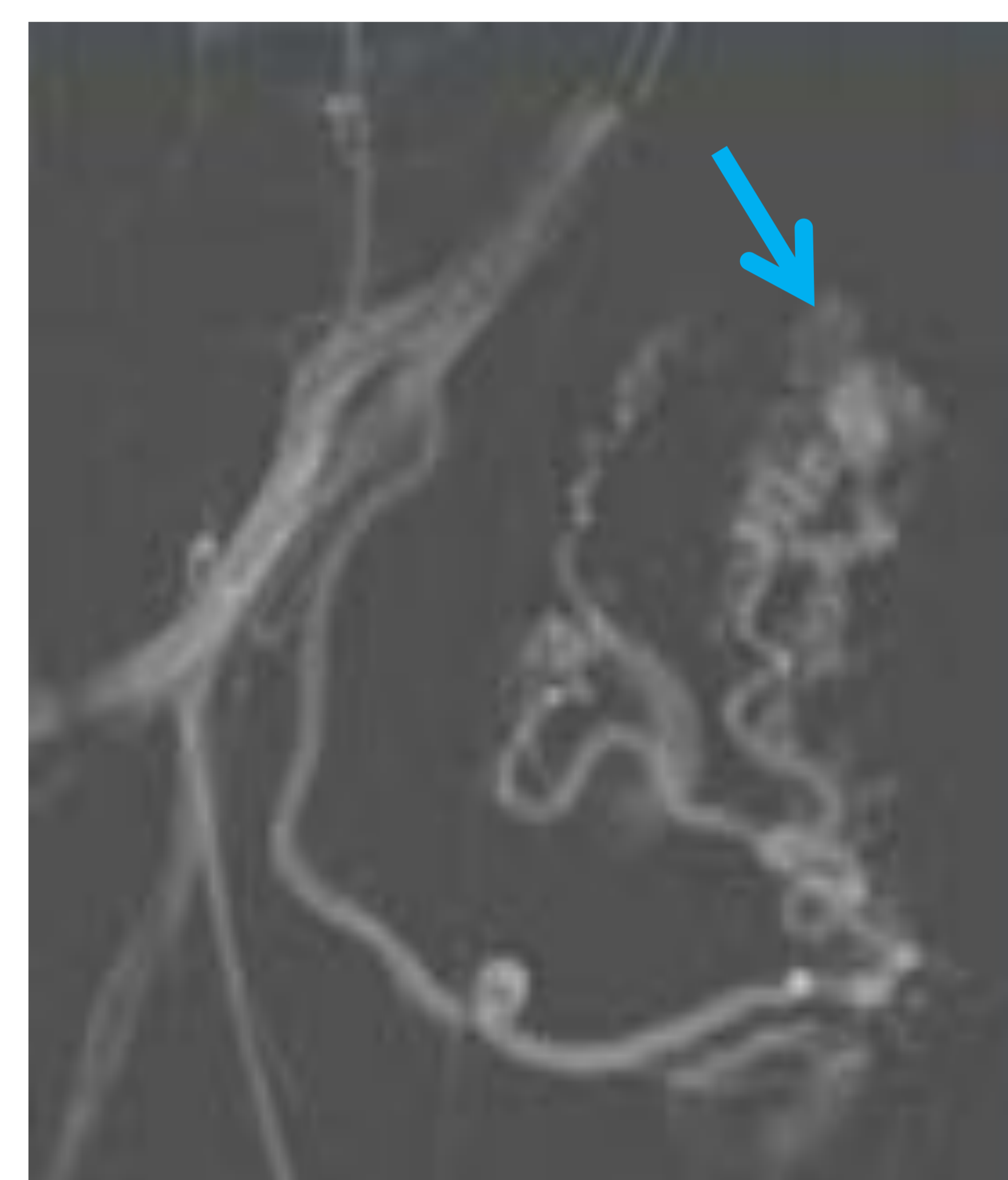
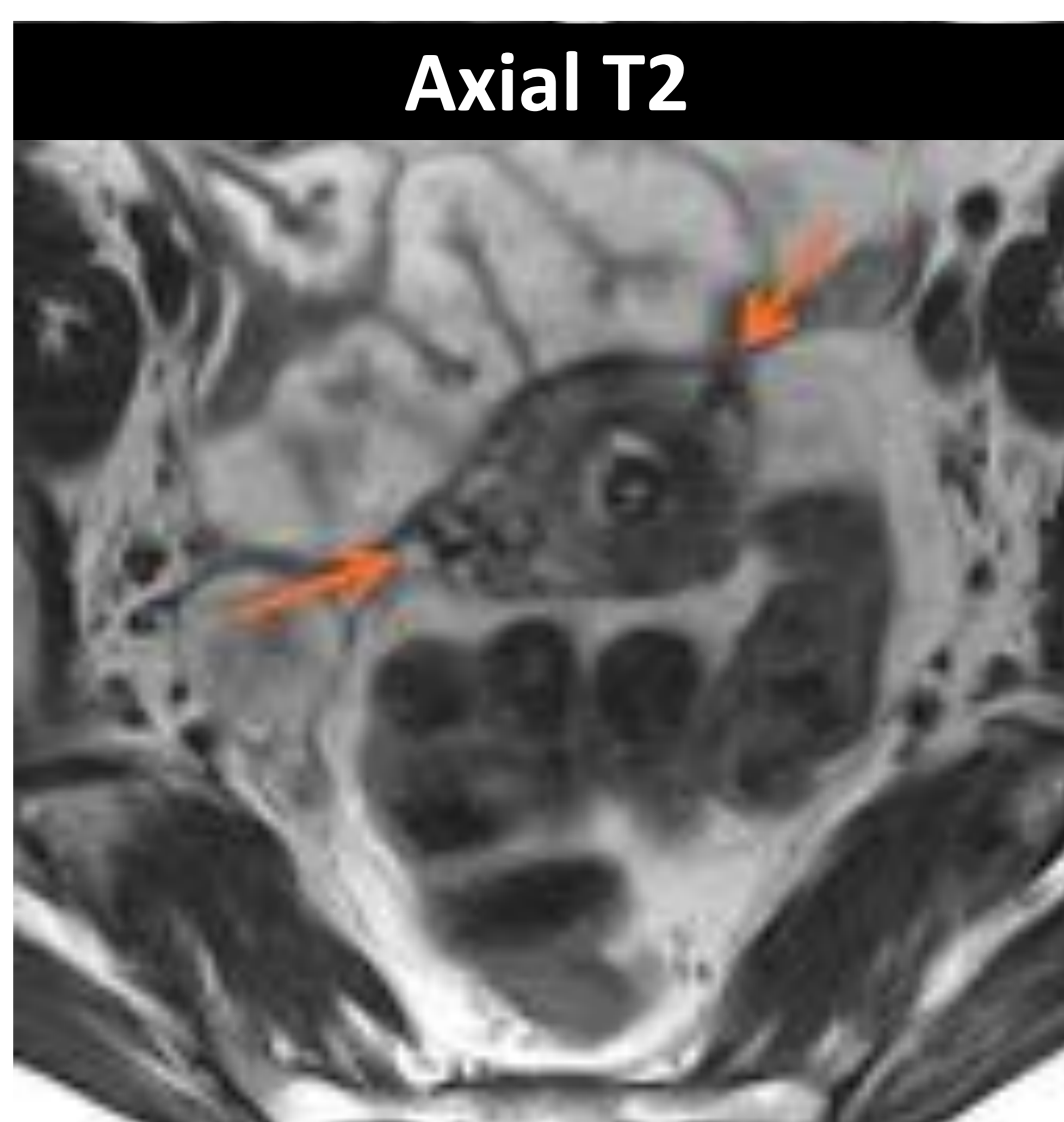
2. ROTURA UTERINA SECUNDARIA A ENDOMETRITIS SEVERA:

❖ **AMPLICACIÓN:** Complicaciones posparto:

- **Período posparto:** 6-8 semanas posteriores al parto

UTERINAS	<ul style="list-style-type: none">– Hemorragia: atonía uterina, secundaria a MAV, pseudoaneurisma, etc.– Endometritis– Relacionadas con la cesárea
EXTRAUTERINAS	<ul style="list-style-type: none">– Alteración de la coagulación: trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, trombosis de la vena ovárica y ACV isquémico.– Cambios hemodinámicos: ACV hemorrágico, edema pulmonar, etc.– Cambios hormonales: hiperemesis y encefalopatía de Wernicke, apoplejía pituitaria, cálculos biliares– Presión mecànica del útero: apendicitis aguda y degeneración roja del leiomioma uterino.– Preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP: Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), hígado graso agudo del embarazo, etc.

3. MAV SECUNDARIA AL CURETAJE UTERINO:



Mujer de 38a con antecedentes de legrado que presenta **sangrado vaginal**

RM: estructura tubular serpinginosa hipointensa (*flecha amarilla*) en el miometrio posterior con **vasos parametriales D prominentes** (*flechas naranjas*). El T1-FS con contraste es útil para delimitar la **MAV** (*flechas azules*).

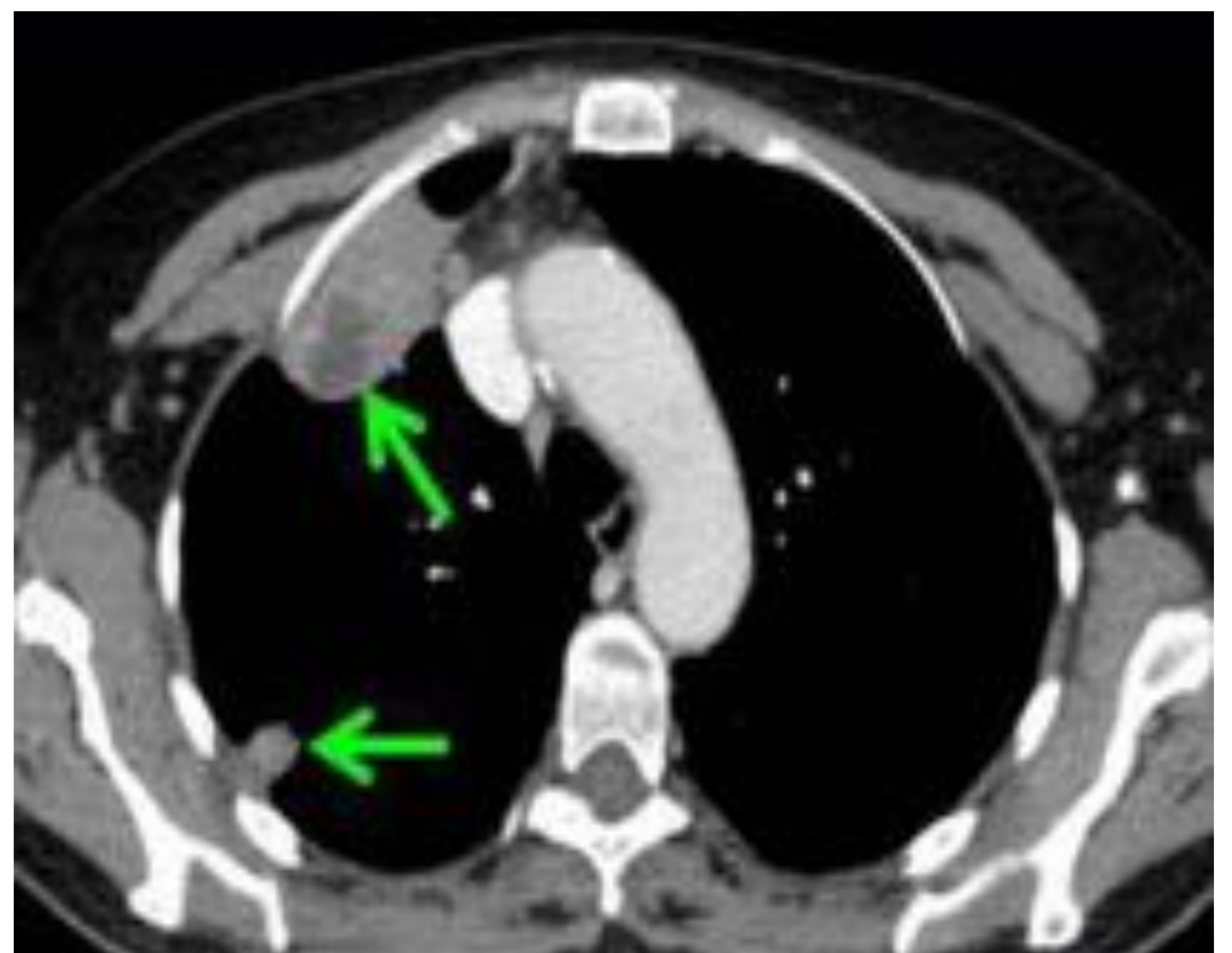
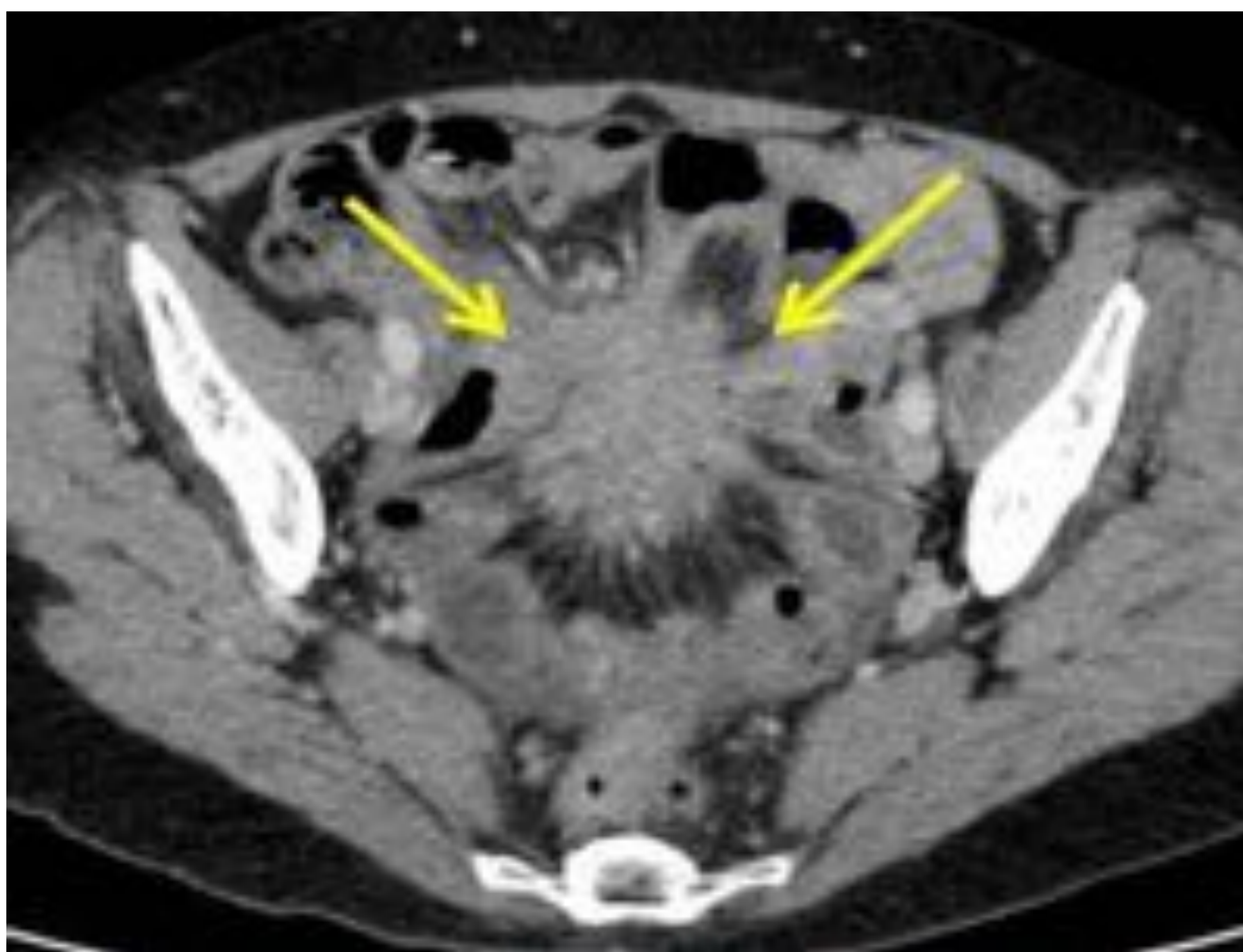
Angiografía: red de **vasos enredados** nutridos por una **arteria uterina hipertrofiada**.

❖ MAV uterina:

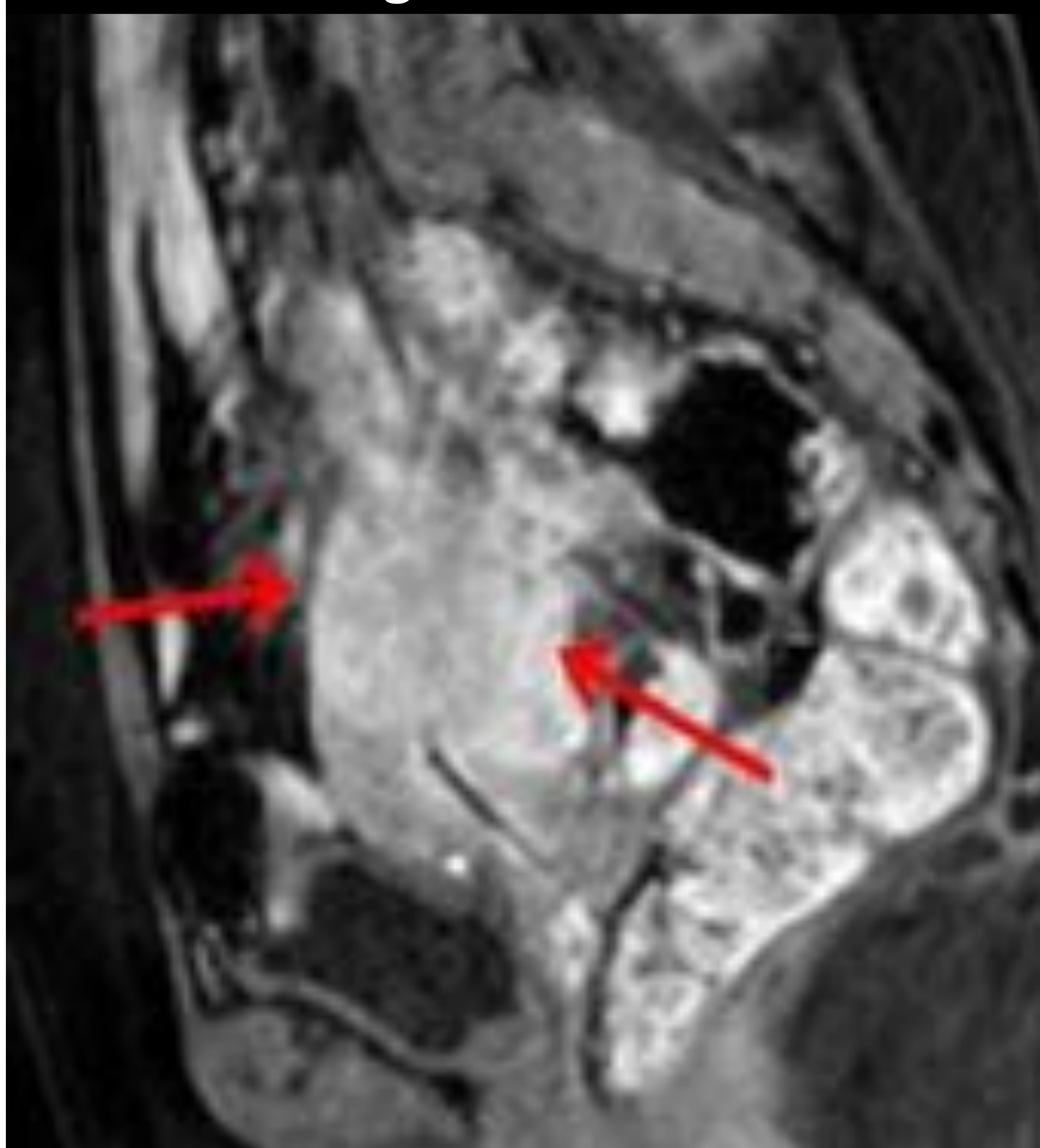
Puede ser:

- **Congénita**
- **Adquirida:**
 - Traumatismo
 - Iatrogenia (curetaje uterino)
 - Infección
 - Exposición a dietilelbestrol (DES)
 - Antecedente de enfermedad trofoblástica

4. ACTINOMICOSIS GINECOLÓGICA Y TORÁCICA:



Sagital T1-FS C+



RM T1-FS y TC axial con contraste endovenoso que muestran una **masa pélvica mal definida**, predominantemente sólida, y localizada en el aspecto superior del fondo del útero, con realce intenso en la RM (*flechas rojas*), con *extensiones lineales* y **retracción mesentérica** (*flechas amarillas*).

En el TC de tórax se observan **condensaciones segmentarias con áreas necróticas** en su interior (*flechas verdes*).

La biopsia pulmonar confirmó la presencia de **actinomicas**.

4. ACTINOMICOSIS GINECOLÓGICA Y TORÁCICA:

- *Actinomyces israelii*
- Portadoras de DIU

❖ Actinomicosi pèlvica:

Ecografía: masa **anexial sólida** con pequeñas áreas quísticas internas (**microabscesos**).

TC: **masas sólidas anexiales**, que pueden infiltrar estructuras adyacentes y con áreas de baja densidad en su interior (**abscesos**).

RM: **masa anexial mal definida y heterogénea** con intensidad de señal baja/ intermedia en T1 y hipointensa en T2 (**tejido fibrótico**), con extensiones lineales fibróticas gruesas. Pequeñas áreas hiperintensas dentro de la masa en relación a microabscesos.

En secuencias T1 con contraste se observa un **realce intenso** de las partes sólidas de la masa, de sus extensiones lineales y la pared de los microabscesos, así como de otros órganos pélvicos involucrados.

❖ Actinomicosi toràtica:

TC torácico: **Actinomicosis parenquimatosa**: **masa o una condensación** predominantemente en **LLII**, con áreas hipodensas en su interior correspondientes a **áreas necróticas**. A menudo se asocia con engrosamiento pleural, derrame o empiema.

Además de la actinomicosis parenquimatosa, se han descrito otras formas pulmonares menos frecuentes, como la **actinomicosis bronquiectásica**.

4. ACTINOMICOSIS GINECOLÓGICA Y TORÀCICA:

❖ **AMPLIACIÓN:** Enfermedad inflamatoria pélvica

- **Infección del tracto genital femenino superior**
- **Via ascendente**
- Los gérmenes habitualmente implicados son ***Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamidya trachomatis***.
- Los hallazgos radiológicos varían según la gravedad de la enfermedad, desde **endometritis** o **salpingitis**, hasta la presencia de **absceso tubo-ovárico** o un **síndrome de Fitz-Hugh-Curtis**

FACTORES DE RIESGO

- Mujeres jóvenes con parejas múltiples
- Alta frecuencia de contactos sexuales
- No uso de métodos barrera
- Bajo nivel socioeconómico
- Portadoras de DIU

COMPLICACIONES

- Obstrucción tubárica
- Aumento del riesgo de embarazo ectópico
- Infertilidad
- Dolor crónico persistente (20% casos)

5. PERITONITIS TUBERCULOSA EXTENSA:



Mujer de 24 años sin fiebre, con **leucocitosis** y **dolor abdominal difuso leve**.

Rx de tórax: opacidad nodular en lóbulo inferior derecho (*flecha negra*).

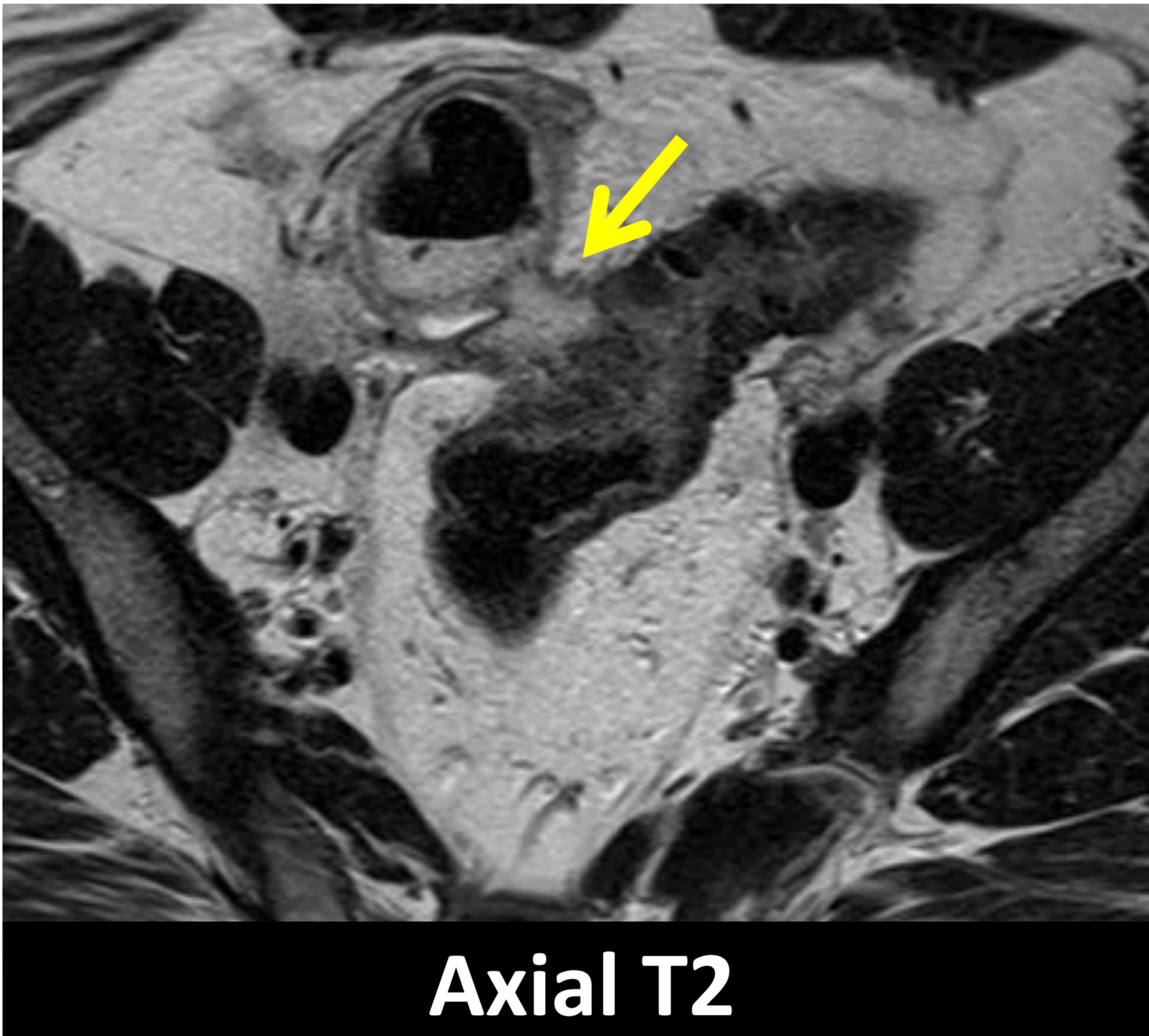
TC abdominal:

- **Reticulación difusa** de la grasa mesentérica con pequeños **nódulos** asociados (*flechas rojas*) y **líquido ascítico** (*flechas azules*).

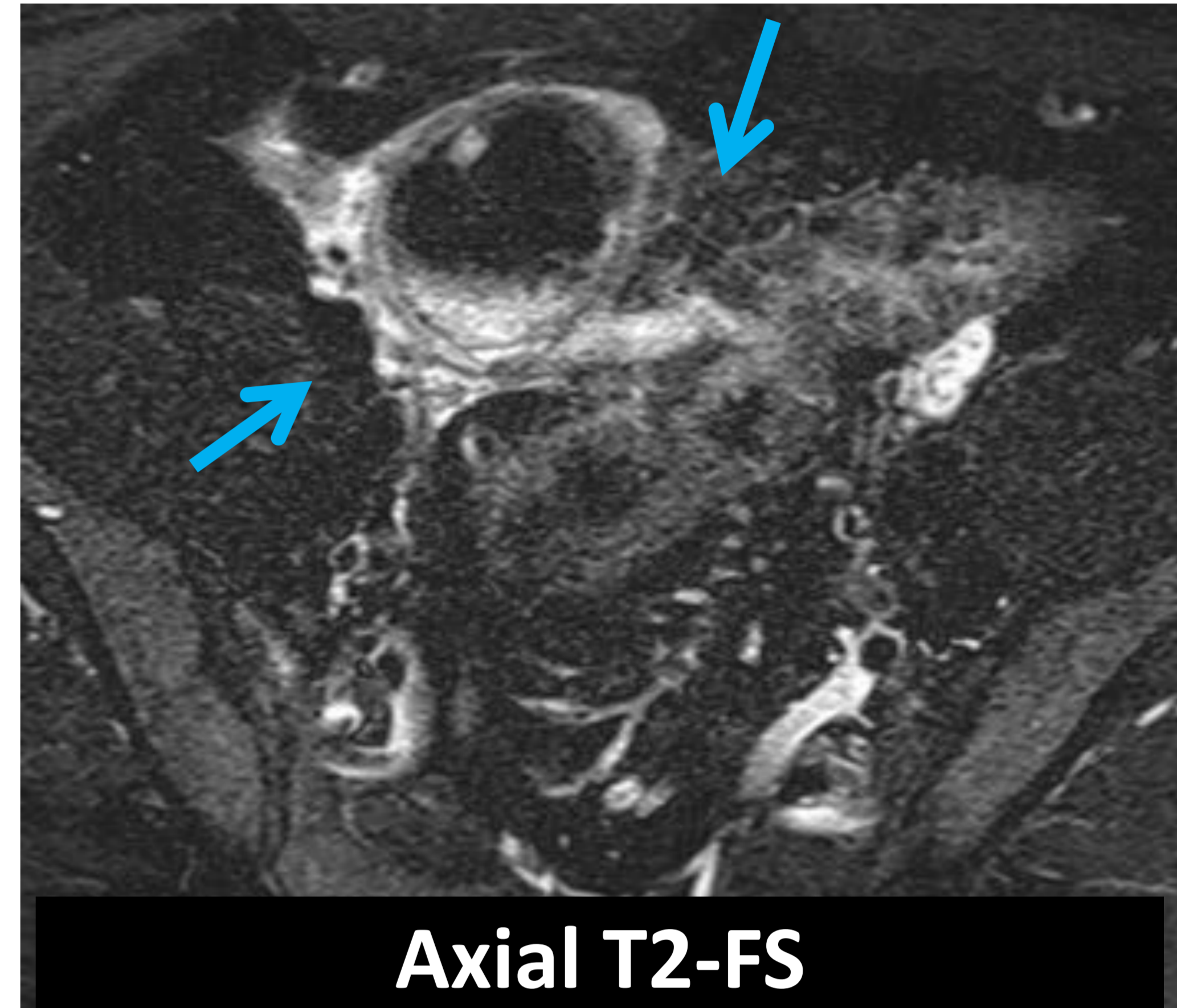
- **Adenopatías** mesentéricas múltiples (*flechas blancas*).

- Asas de intestino delgado con engrosamiento e hipercaptación mural, agrupadas en hipocondrio izquierdo (*flecha amarilla*), compatible con **tuberculosis peritoneal tipo húmedo y tipo fibrótico**.

6. DIVERTICULITIS COMPLICADA CON FÍSTULA ENTERO-ANEXIAL:



Axial T2



Axial T2-FS

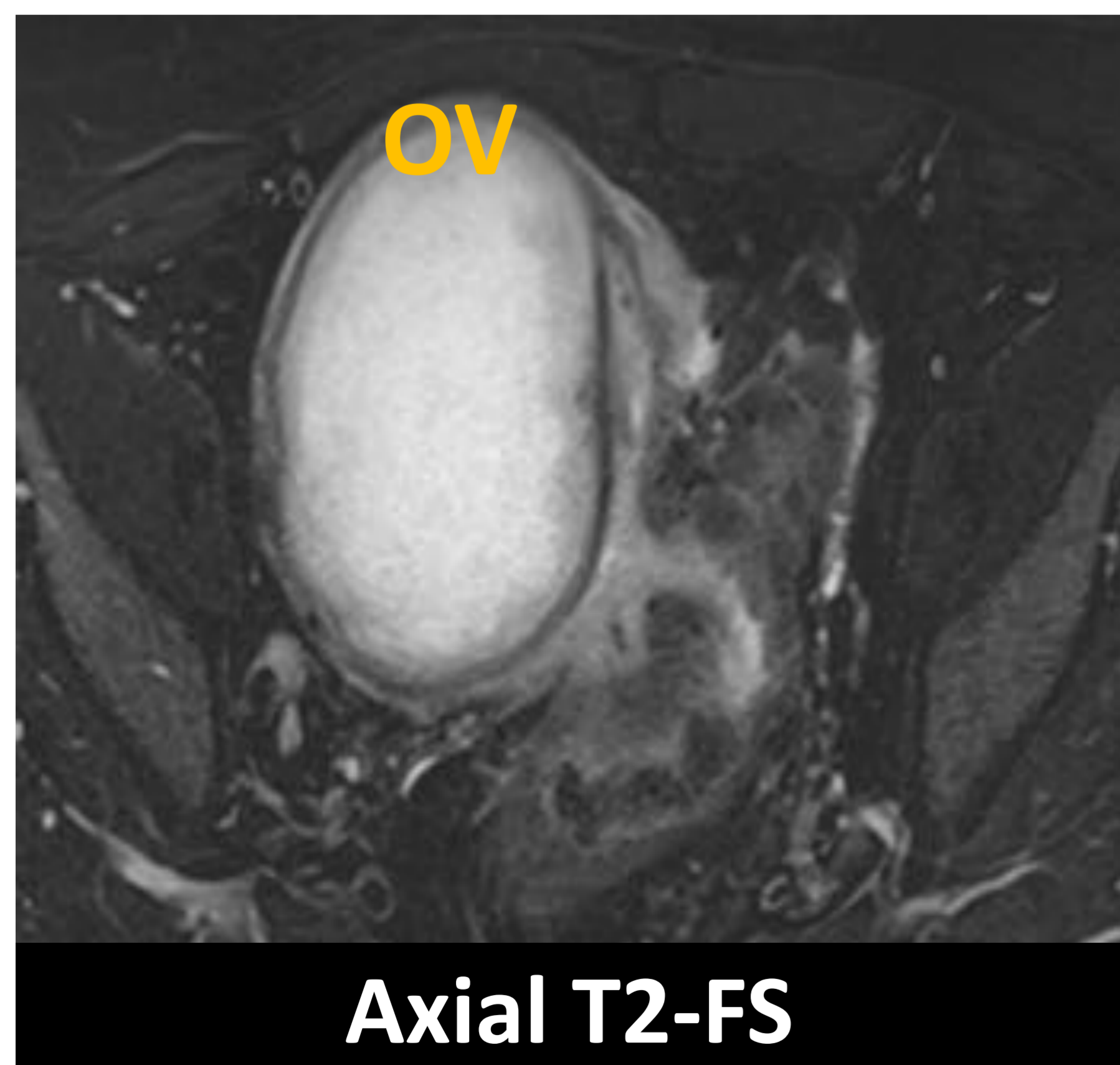
Mujer de 50 años con **fiebre, dolor pélvico y flujo vaginal purulento**.

TC: Estructura **redonda pélvica con nivel hidroaéreo** (OV) y reticulación de la grasa adyacente.

RM: **edema de la grasa pélvica** hiperintenso en T2/STIR (*flechas azules*) que rodea un **tracto fistuloso** hiperintenso **entre el colon sigmoide y el ovario derecho** (*flecha amarilla*). Se observa la trompa de Falopio rodeando el ovario derecho (*estrella roja*).



Sagital T2



Axial T2-FS

3 días después:

La paciente empeoró clínica y radiológicamente, presentando un **ovario derecho** lleno de líquido que **duplicó su tamaño** (OV), hallazgos compatibles con una **diverticulitis complicada con fístula enteroovárica**

7. SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA (SHO):



Paciente de 35 años en tratamiento de estimulación ovárica, con **dolor agudo e inestabilidad hemodinámica**.

TC abdominal: aumento de tamaño ovárico bilateral con múltiples quistes en el ovario derecho (*RO, flecha roja*) y un ovario izquierdo (*LO*) que muestra alta densidad y extravasación de contraste interno (*flechas amarillas*) compatibles con contenido hemorrágico y sangrado activo del mismo.

Las principales características del **SHO** son el **aumento de tamaño de los ovarios** (> 5 cm), con apariencia típica en "rueda de carro", y el **aumento de la permeabilidad vascular** con la correspondiente **pérdida de líquidos al compartimento extravascular**, con hemoconcentración y oliguria.

7. SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA (SHO):

- Respuesta exagerada del ovario a los **tratamientos de fertilización *in vitro***, aunque también puede verse en embarazos múltiples o molares.

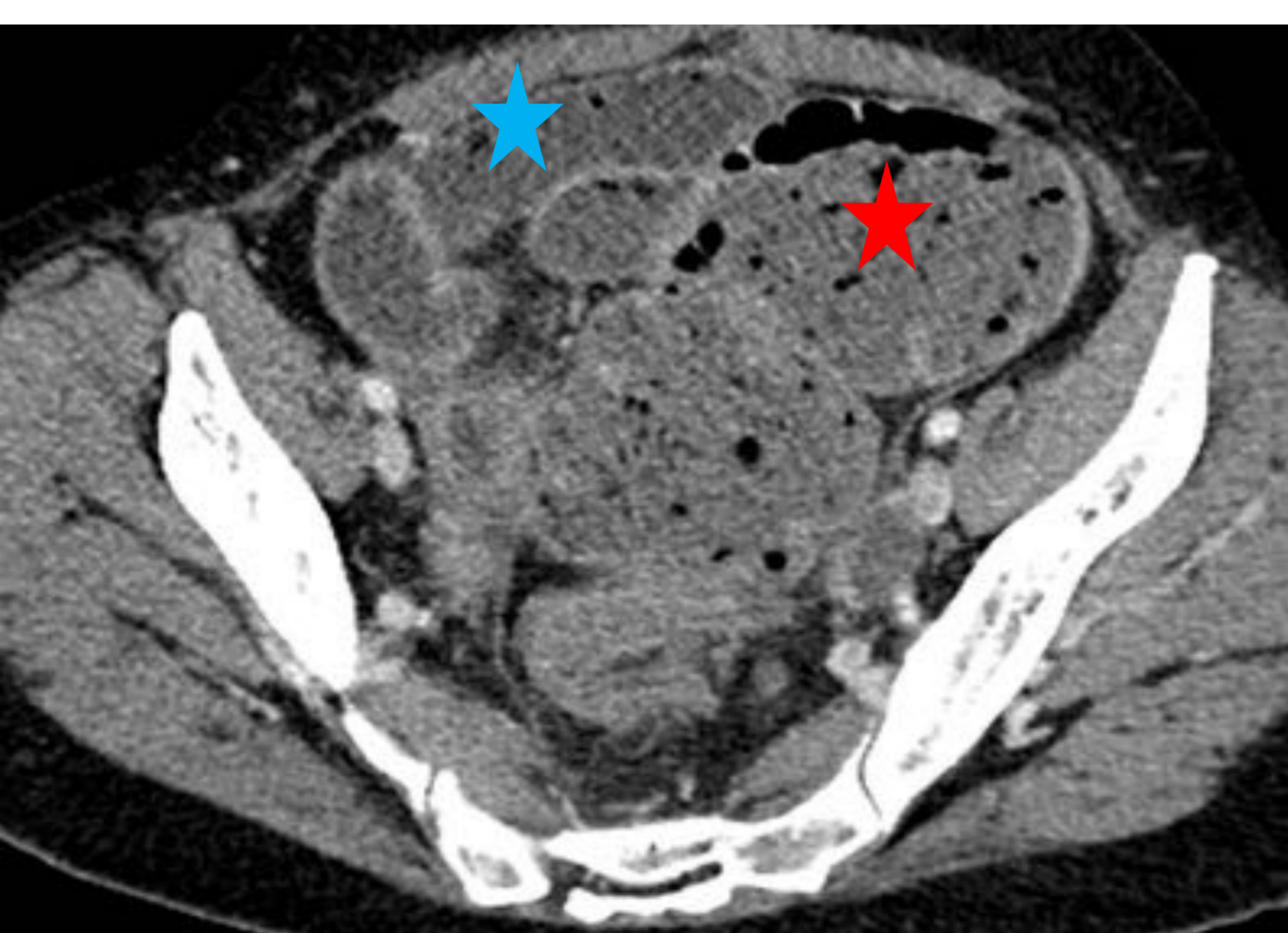
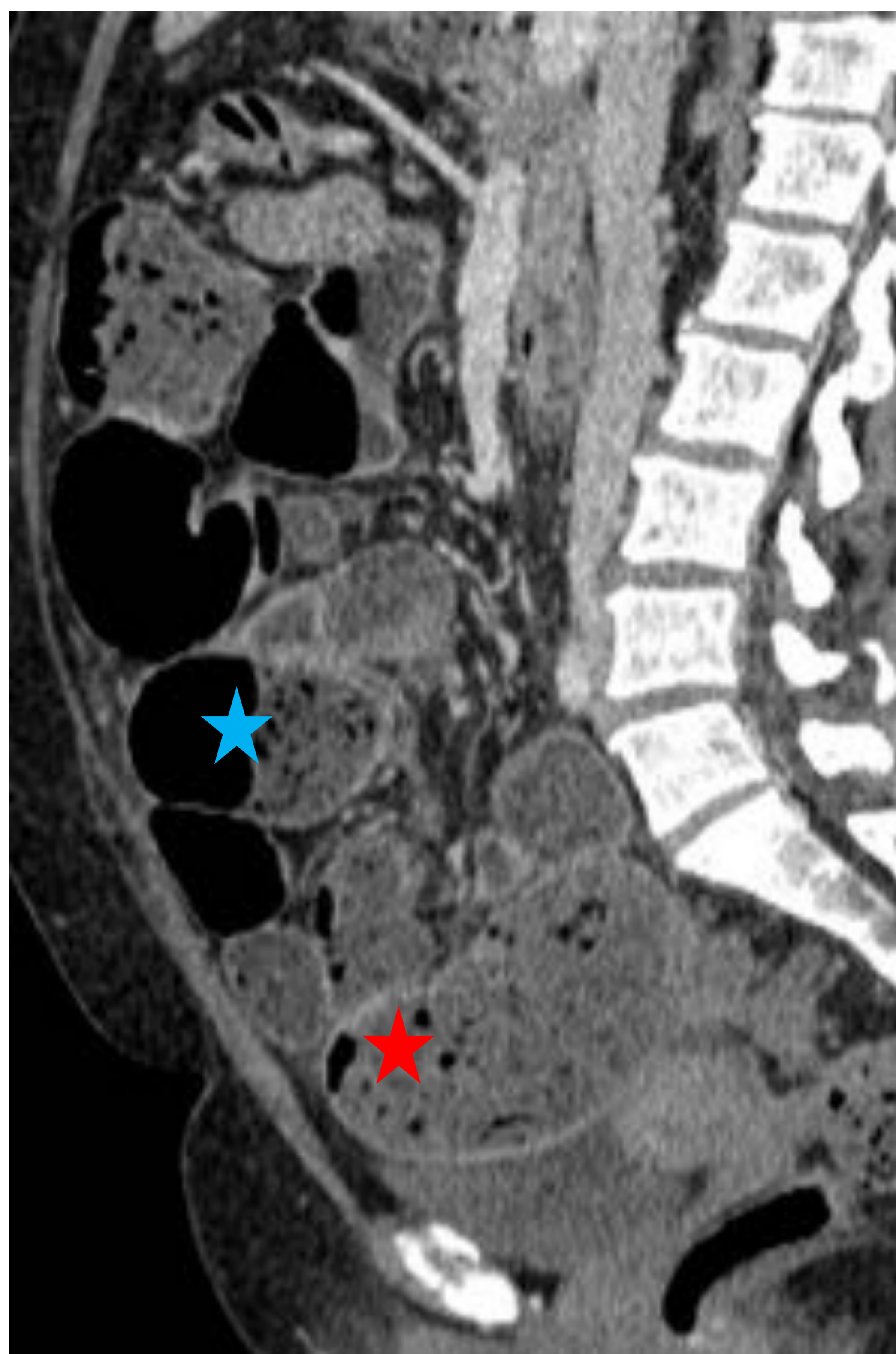
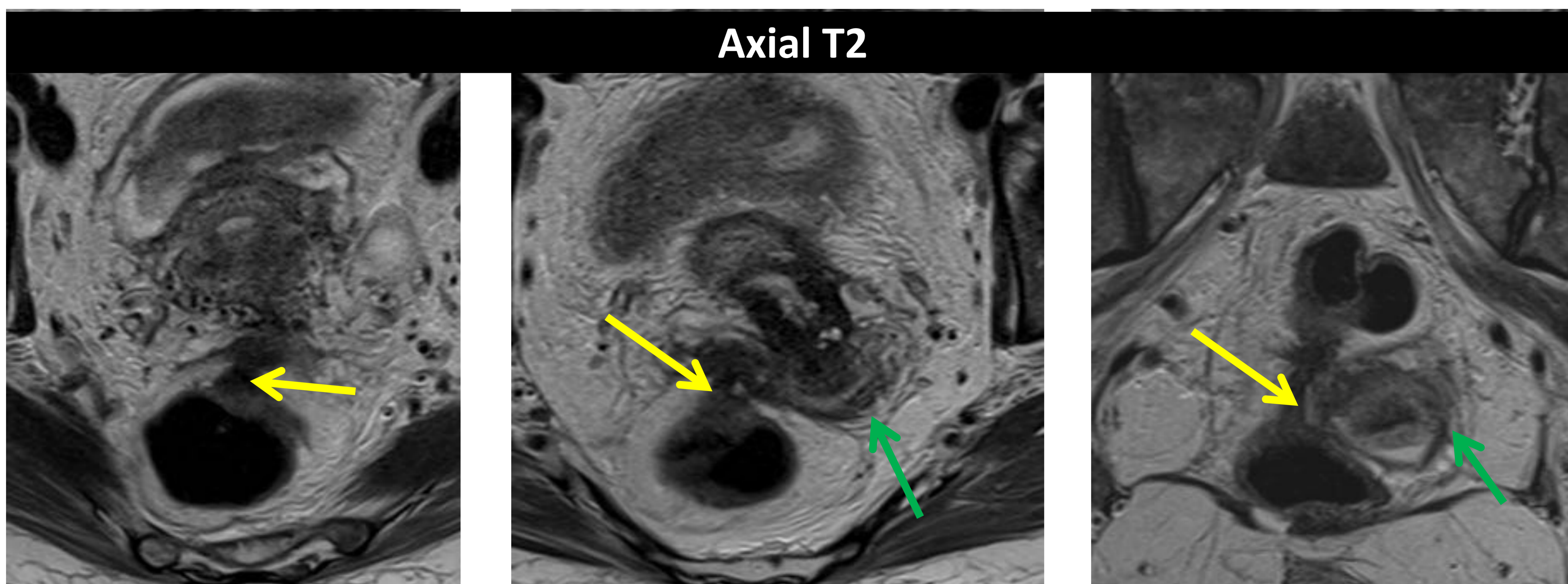
FACTORES DE RIESGO

- Edad (menores de 35)
- Síndrome del ovario poliquístico
- Antecedentes de SHO,
- Alto nivel sérico de hormona antimulleriana (AMH)
- Perforación ovárica (tto para la disfunción ovulatoria)
- Bajo peso
- Reserva ovárica reducida

COMPLICACIONES

- Rotura de un folículo hemorrágico
- Torsión ovárica
- Neumonía
- Fenómenos tromboembólicos
- Distrés respiratorio.

8. ENDOMETRIOSIS RECTAL OCLUSIVA:



RM: engrosamiento focal altamente hipointenso de la pared rectal (*flechas amarillas*) en las secuencias, con **retracción** de los tejidos vecinos (*flechas verdes*, bandas fibróticas también hipointensas en todas las secuencias) y **estrechamiento de la luz rectal** (*flechas amarillas*), compatible con un **implante endometrial**.

Este implante causó una estenosis rectal severa con **obstrucción mecánica**, condicionando una **dilatación retrógrada** del colon (*estrella roja*) e intestino delgado. Destaca la presencia de contenido fecal dentro de las asas del intestino delgado, altamente sugestivo de obstrucción en este contexto clínico (*estrella azul*).

8. ENDOMETRIOSIS RECTAL OCLUSIVA :

❖ Endometriosis:

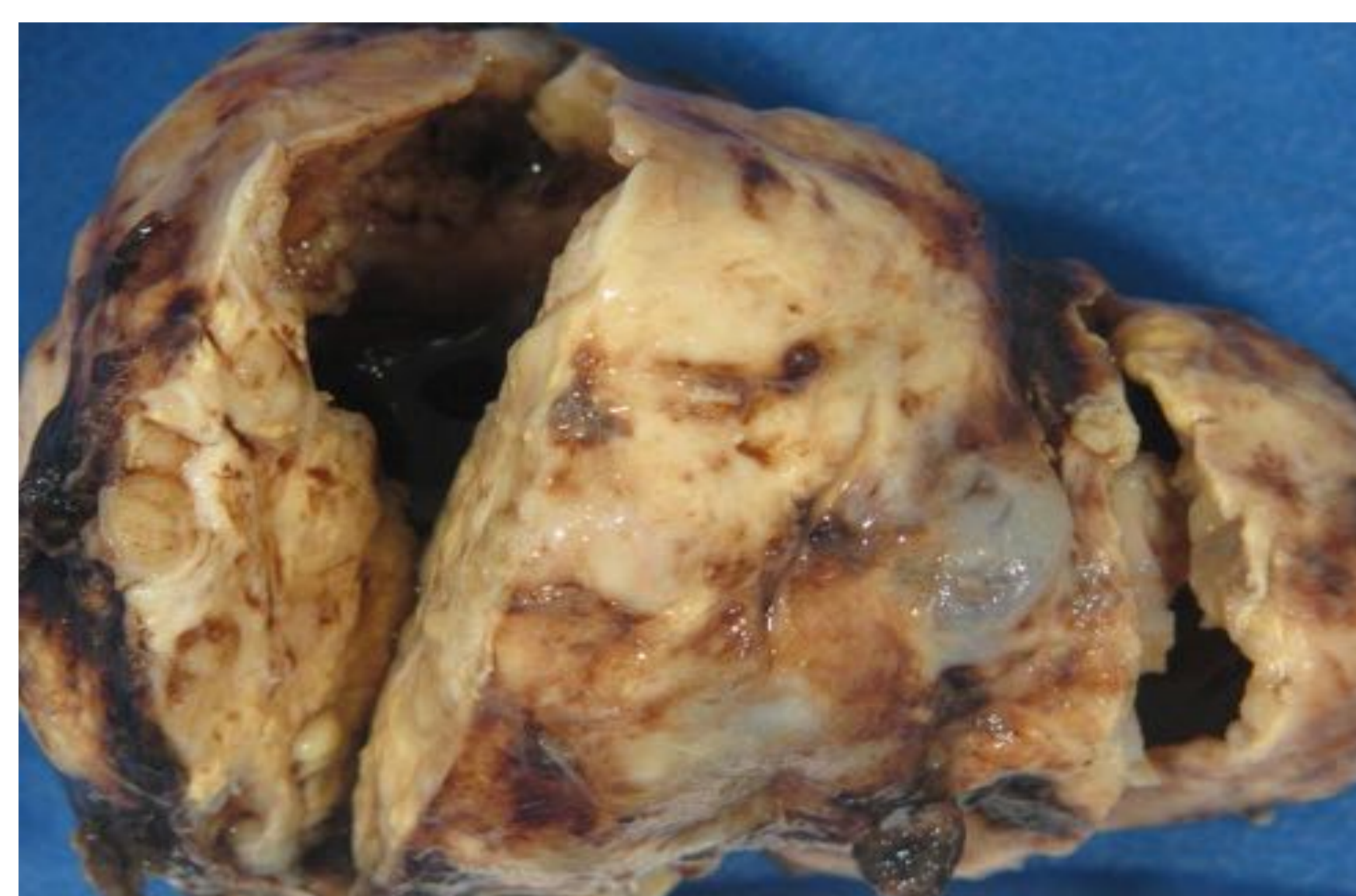
- Presencia de **tejido endometrial ectópico**.
- Los sitios más comunes de implantación en la pelvis son los **ovarios (20-40%)**, **trompas de Falopio**, **cuello uterino**, **vagina** y **saco de Douglas**.
- El **tracto gastrointestinal (12%)** y el **tracto urinario (1%)** también pueden verse involucrados
- Puede ser **asintomática** o presentarse en forma de **dismenorrea**, **dispareunia**, **dolor pélvico**, **síntomas urinarios**, **gastrointestinales** e **infertilidad**.
- Las imágenes ayudan tanto al diagnóstico definitivo, como al asesoramiento del paciente y la planificación del tratamiento.

9. ÚTERO DIDELFO: OBSTRUCCIÓN URETERAL SECUNDARIA A UN QUISTE HEMORRÁGICO:

Mujer de 29 años con **útero didelfo** (*flechas negras*)

ECO: dos cuerpos uterinos (UT) completamente separados, sin comunicación entre ellos, con una **gran hendidura** en el contorno externo del fundus.

RM: dos cuerpos uterinos separados por una gran hendidura en el contorno externo del fundus y, habitualmente, un **tabique longitudinal vaginal superior**.



Clasificación de la ASRM de las anomalías mullerianas:

- **Clase I:** agenesia segmentaria y grados variables de hipoplasia uterovaginal.
- **Clase II:** útero unicornio. Hipoplasia unilateral parcial o completa.
- **Clase III:** útero didelfo. No fusión completa de los conductos de Müller.
- **Clase IV:** útero bicorne. Fusión incompleta de los segmentos superiores del canal uterovaginal.
- **Clase V:** útero septado. No reabsorción parcial o completa del tabique uterovaginal.
- **Clase VI:** útero arqueado. Reabsorción casi completa del tabique.
- **Clase VII:** Secuelas de exposición al DES

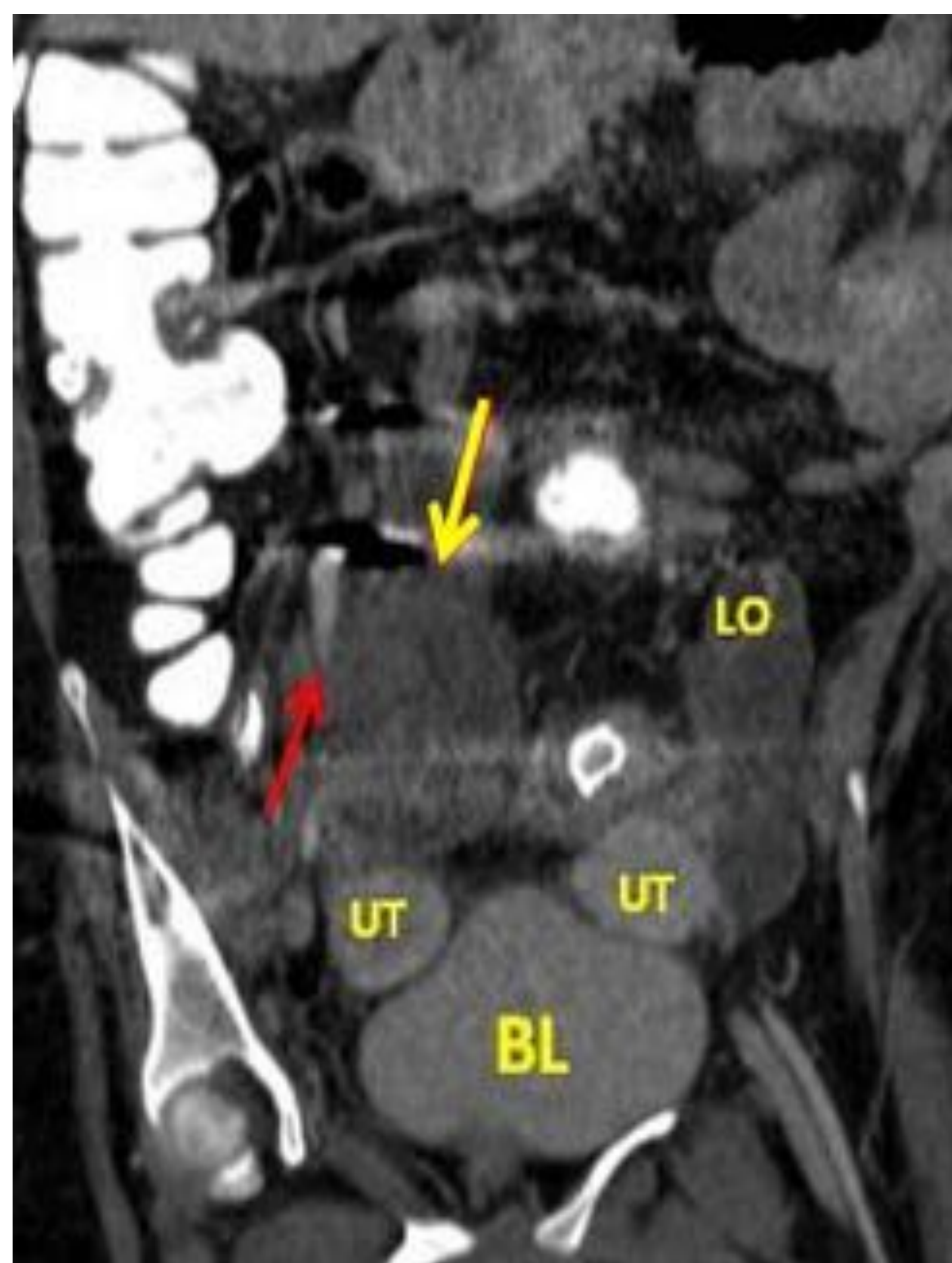
9. ÚTERO DIDELFO: OBSTRUCCIÓN URETERAL SECUNDARIA A UN QUISTE HEMORRÁGICO:

Esta paciente también tenía un **gran quiste hemorrágico derecho** (*flechas amarillas*), que comprimía el uréter derecho (*flechas rojas*) causando una dilatación retrógrada (*flecha negra*).

Quistes ováricos hemorrágicos: la mayoría de los quistes ováricos en el grupo de edad reproductiva son fisiológicos o funcionales. Los quistes ováricos hemorrágicos generalmente son el resultado de una hemorragia en un cuerpo lúteo (más frecuente) u otro quiste funcional.

ECO: los quistes funcionales son de pared delgada (<3 mm), uniloculares, con realce acústico posterior. Los quistes hemorrágicos pueden presentar ecos reticulares o un coágulo heterogéneo.

RM: la mayoría de los quistes funcionales tienen baja intensidad de señal en T1 y alta en T2. Los quistes hemorrágicos tienen una señal relativamente alta en T1 e intermedia/alta en T2.

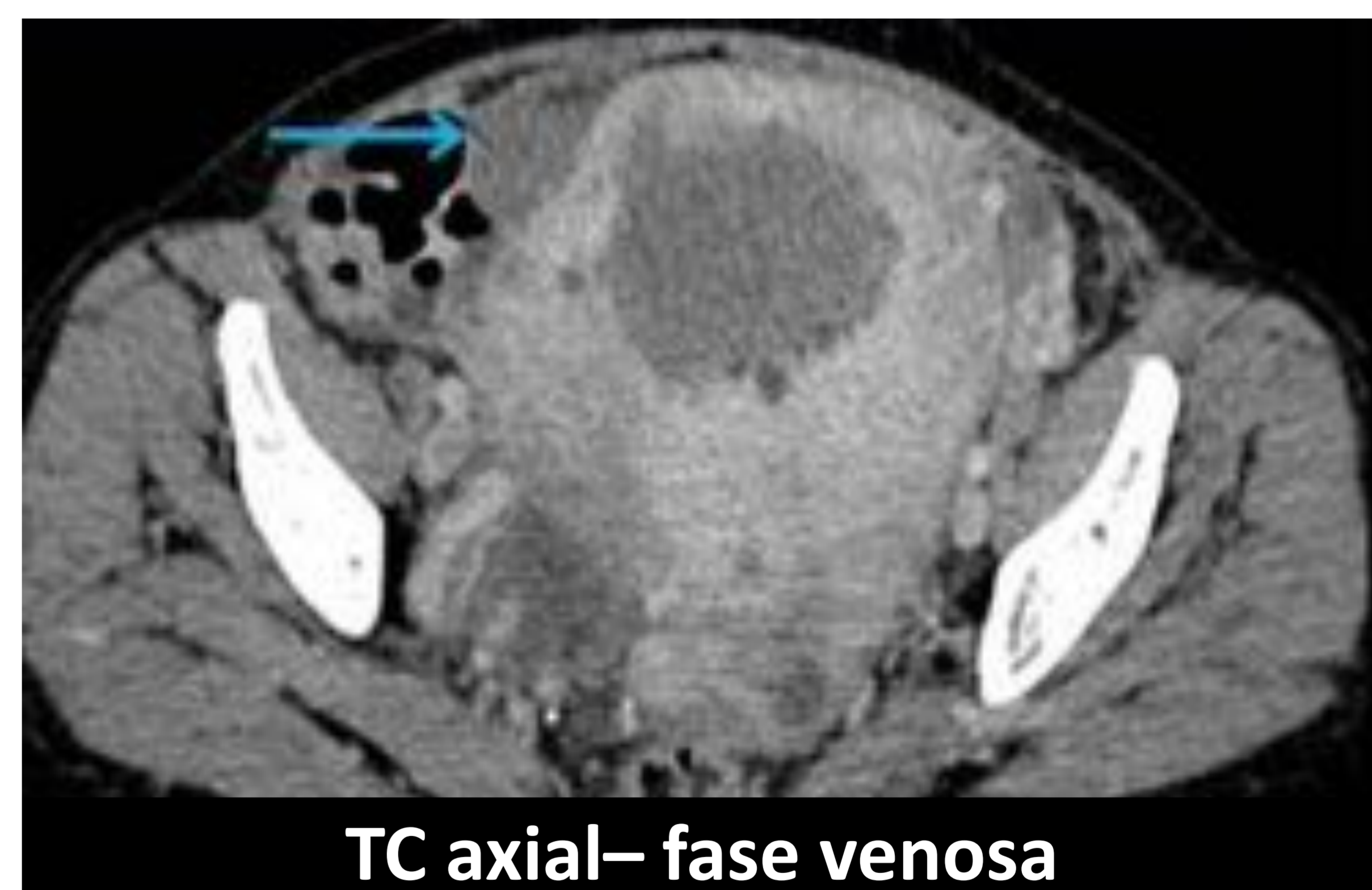
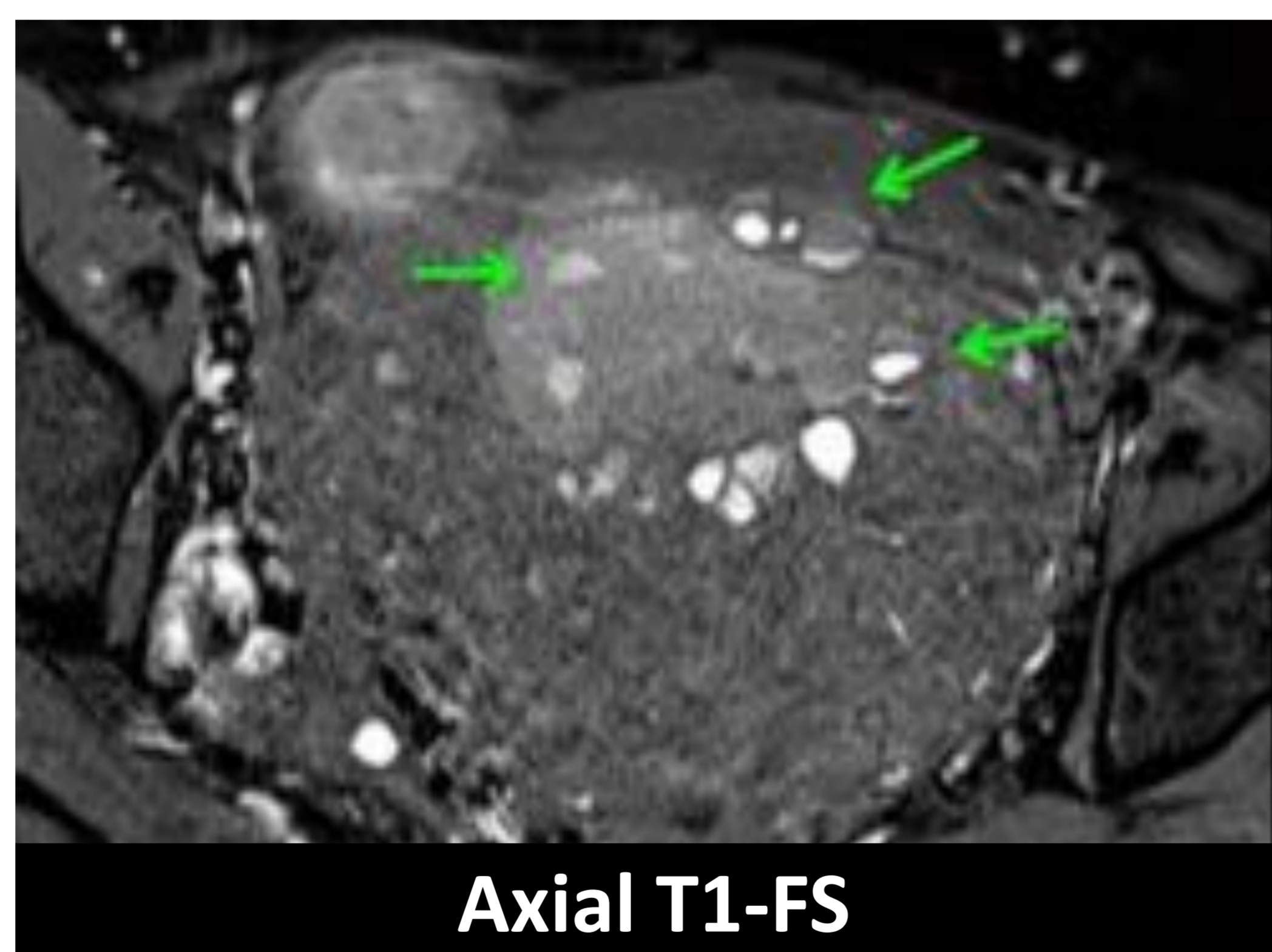
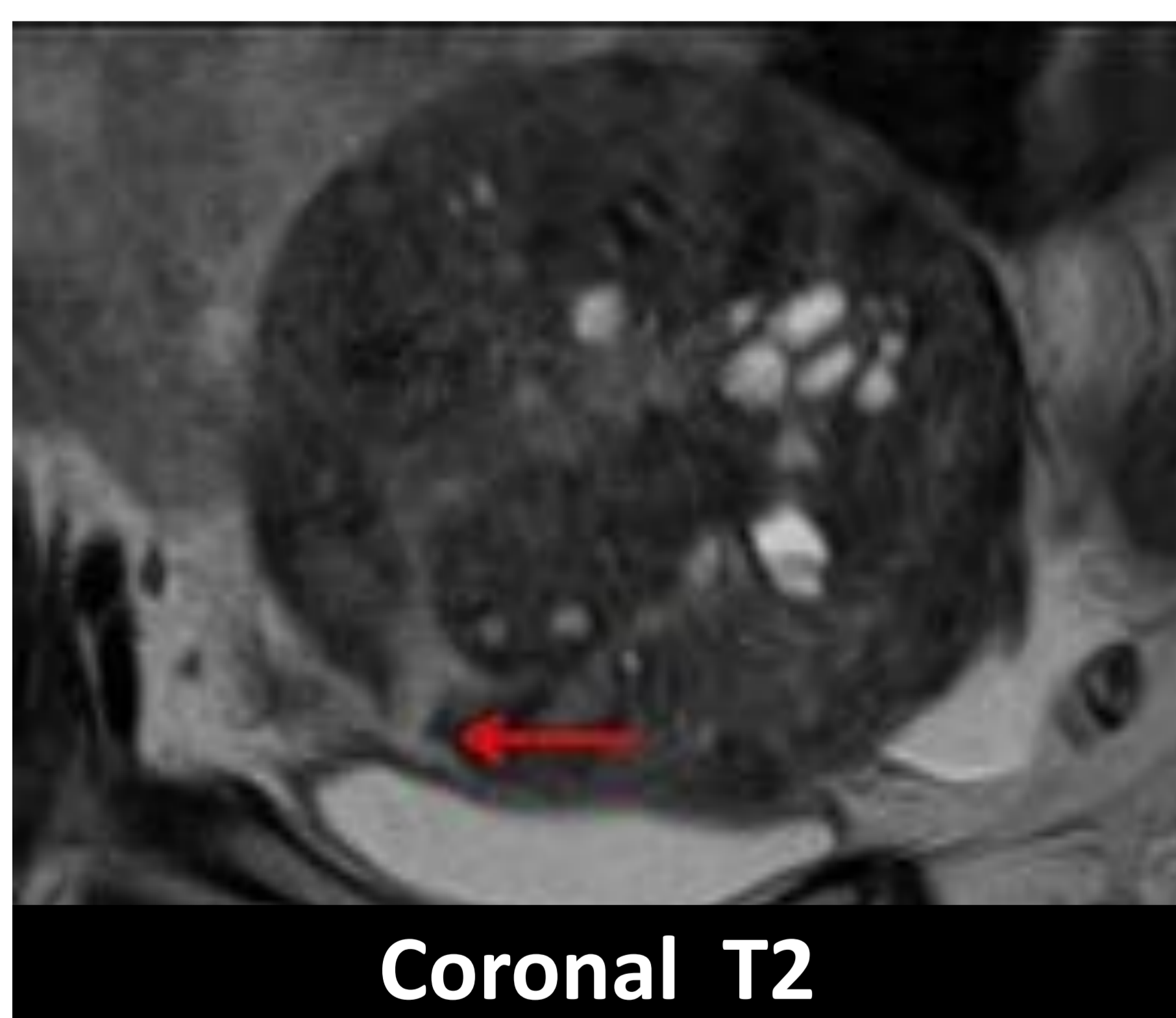
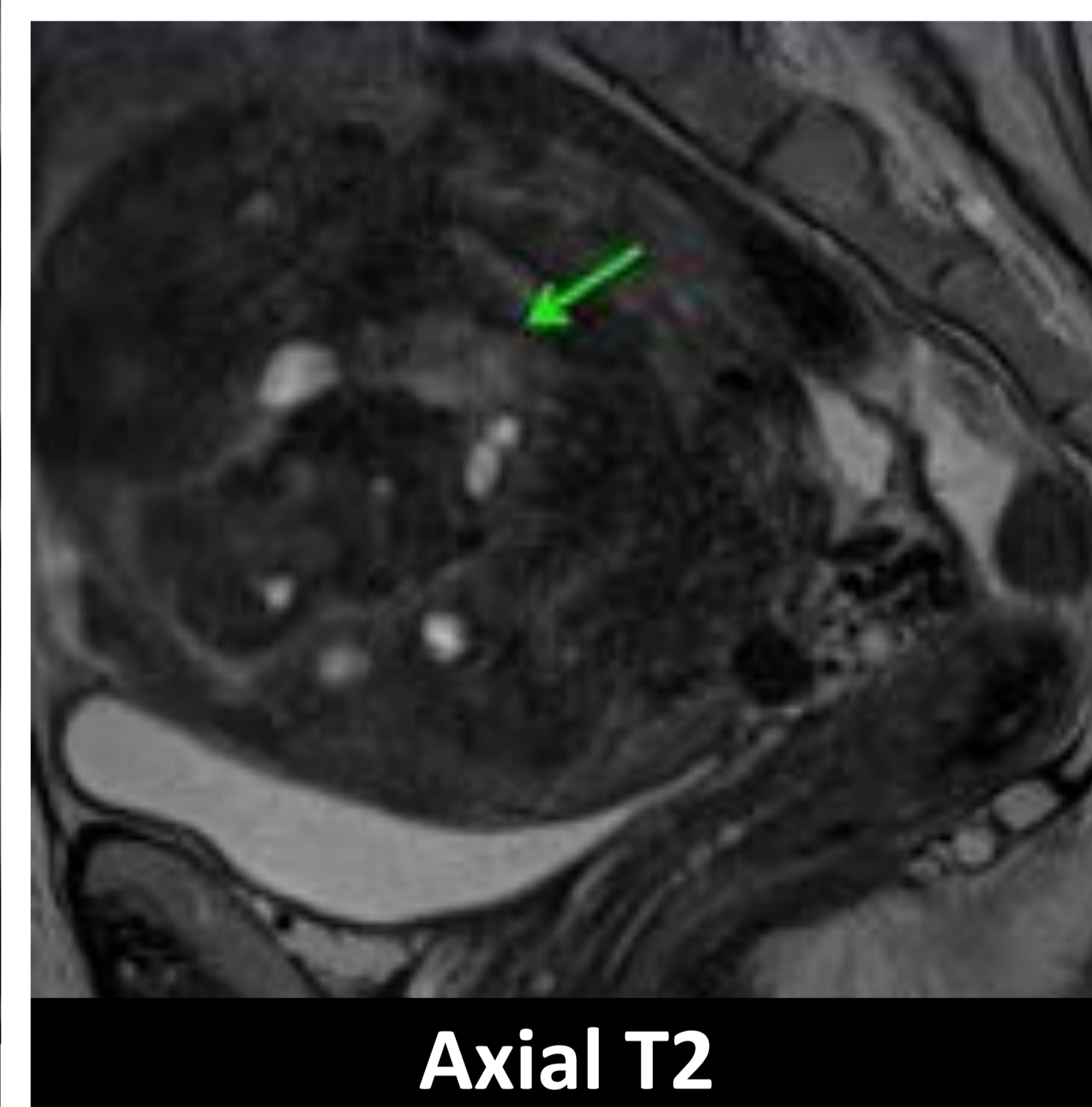
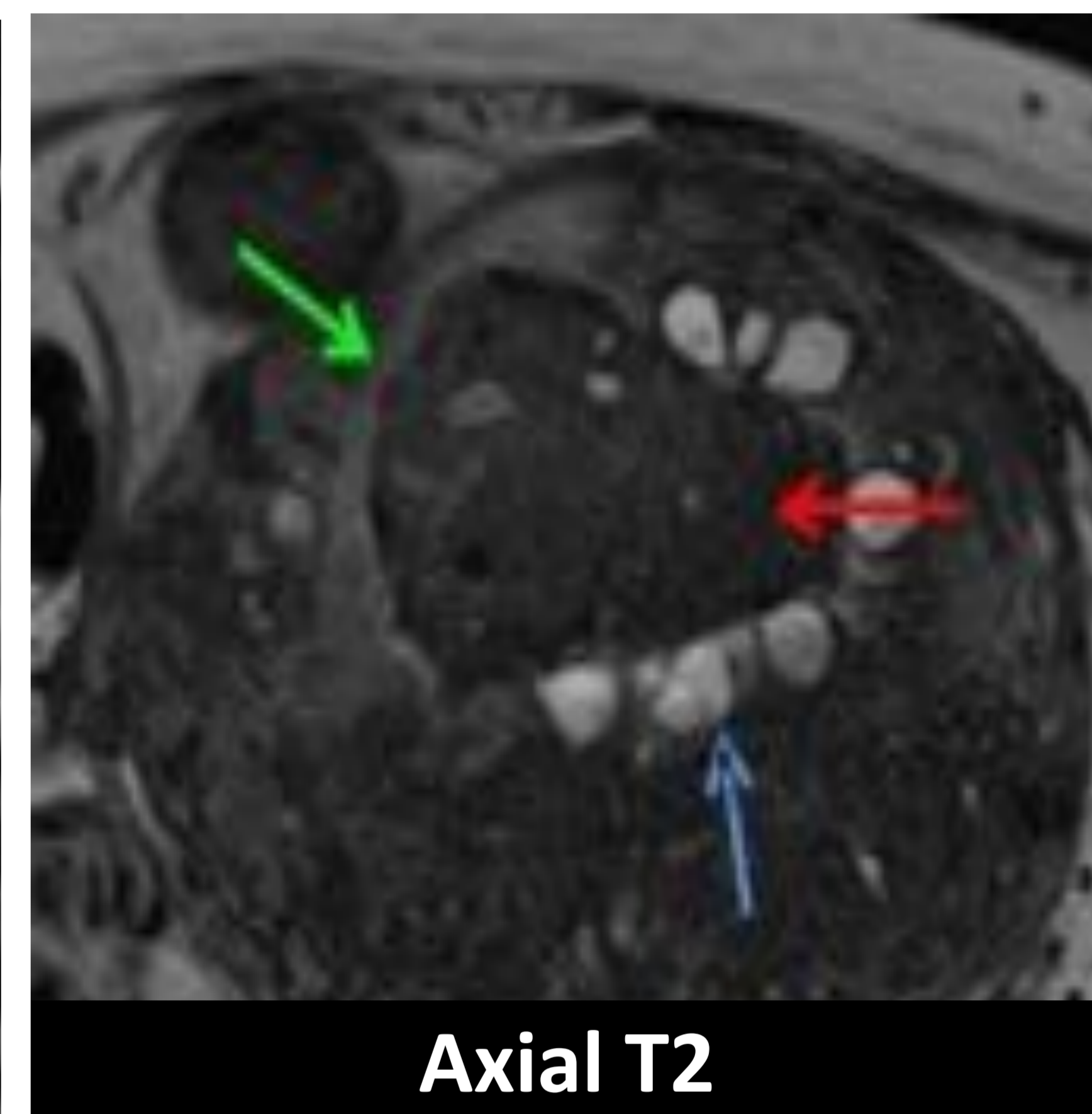
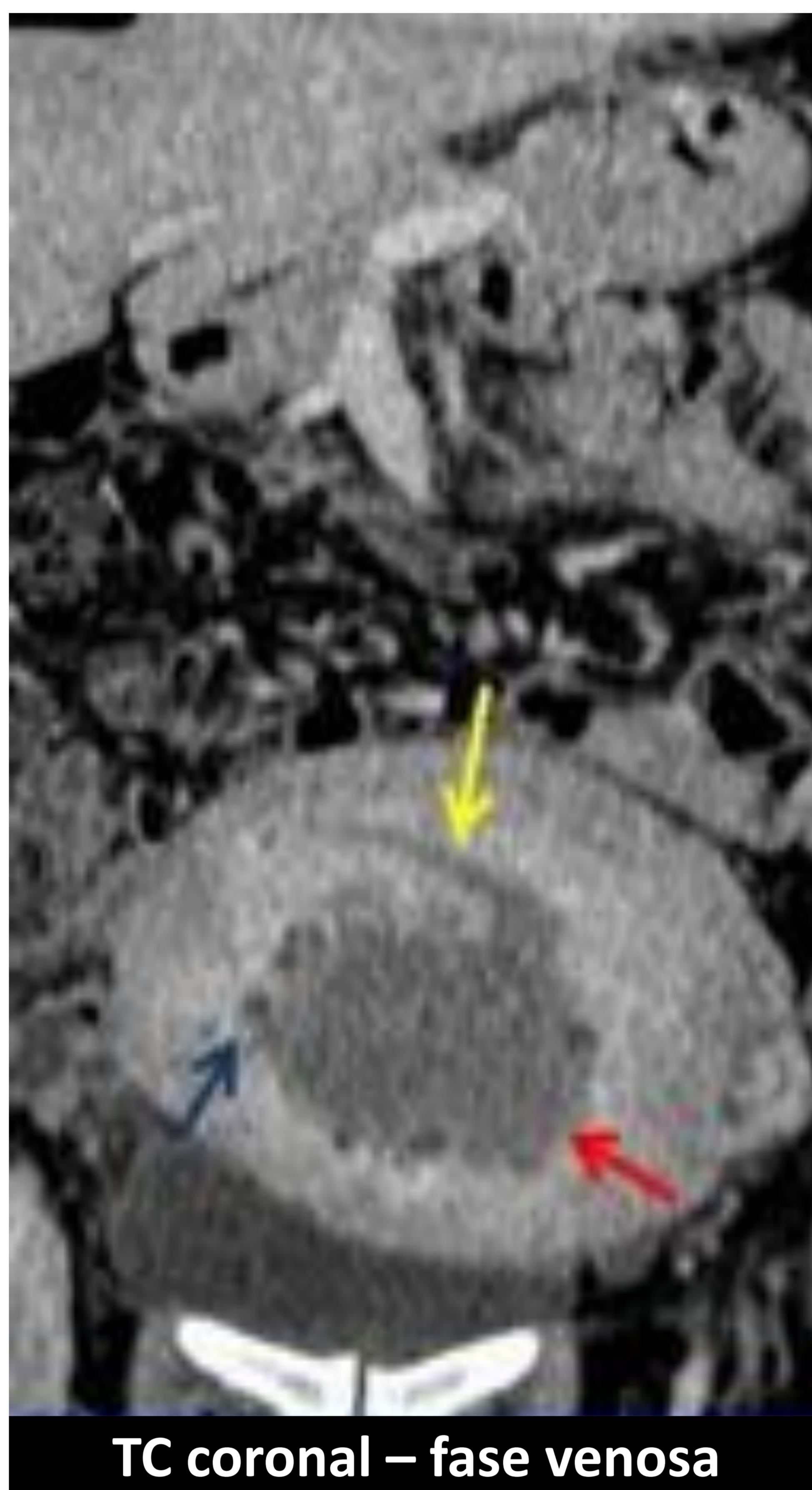


10. COMPLICACIÓN POST-TERAPIA CON HIFU:

Mujer de 46 años que se sometió al **tratamiento HIFU** de un mioma, presentándose con **intenso dolor hipogástrico y hemorragia vaginal**.

TC pélvico: gran **mioma hipodenso e hipocaptante** (*flechas rojas*) con múltiples quistes periféricos (*flechas azules*). Este mioma había **aumentado de tamaño** respecto la TC previa. Cavity endometrial llena de líquido, en contacto con el mioma (*flecha amarilla*).

RM: mioma subseroso grande con múltiples quistes periféricos hiperintensos en T2, con un **halo periférico hiperintenso** (*flechas verdes*) en T2, probablemente cambios edematosos después del tratamiento con HIFU.



En este caso, se observa una pequeña **disrupción de la serosa uterina** (*flechas rojas*) con discreto **líquido extrauterino** (*flechas azules*). Nótese la presencia de múltiples **niveles líquido-líquido** dentro de los quistes periféricos y dentro del mioma grande, altamente hiperintensos en T1, compatibles con el **contenido hemático** (*flechas verdes*). Después de estos hallazgos, se recomendó la histerectomía.

10. COMPLICACIÓN POST-TERAPIA CON HIFU:

❖ Terapia HIFU:

- Los transductores HIFU emiten una onda de sonido con intensidades de **100-10.000 W/cm²** a la región focal (transductores de diagnóstico de aprox 0,1-100 mW/cm²).
- Su efecto principal en el tejido es la **generación de calor** debido a la absorción de la energía acústica. La elevación de temperatura en el tejido **ocasiona necrosis por coagulación**.
- Es uno de los posibles **tratamientos de los miomas uterinos**, junto con la histerectomía, la miomectomía y la embolización selectiva de la arteria uterina.

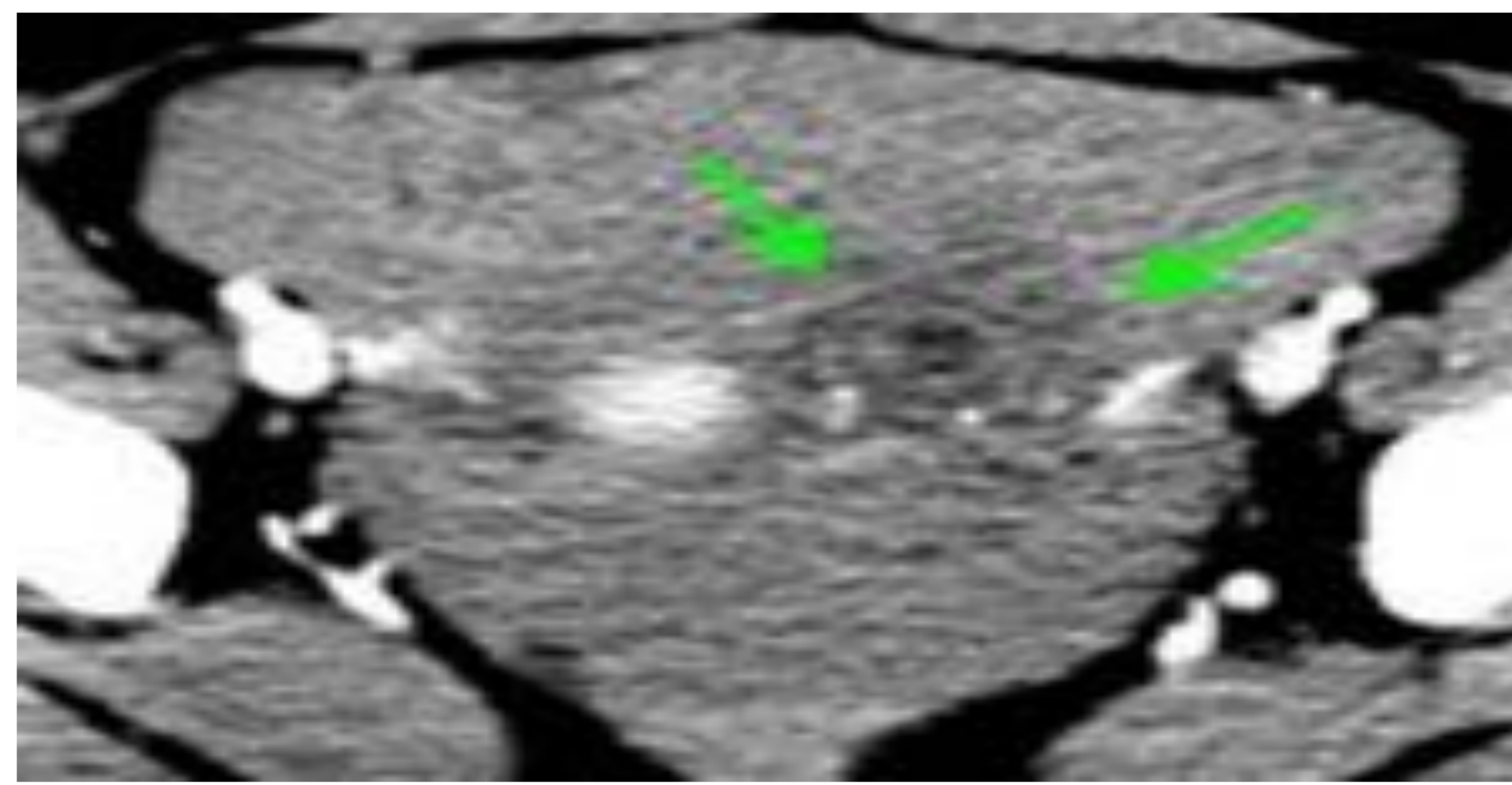
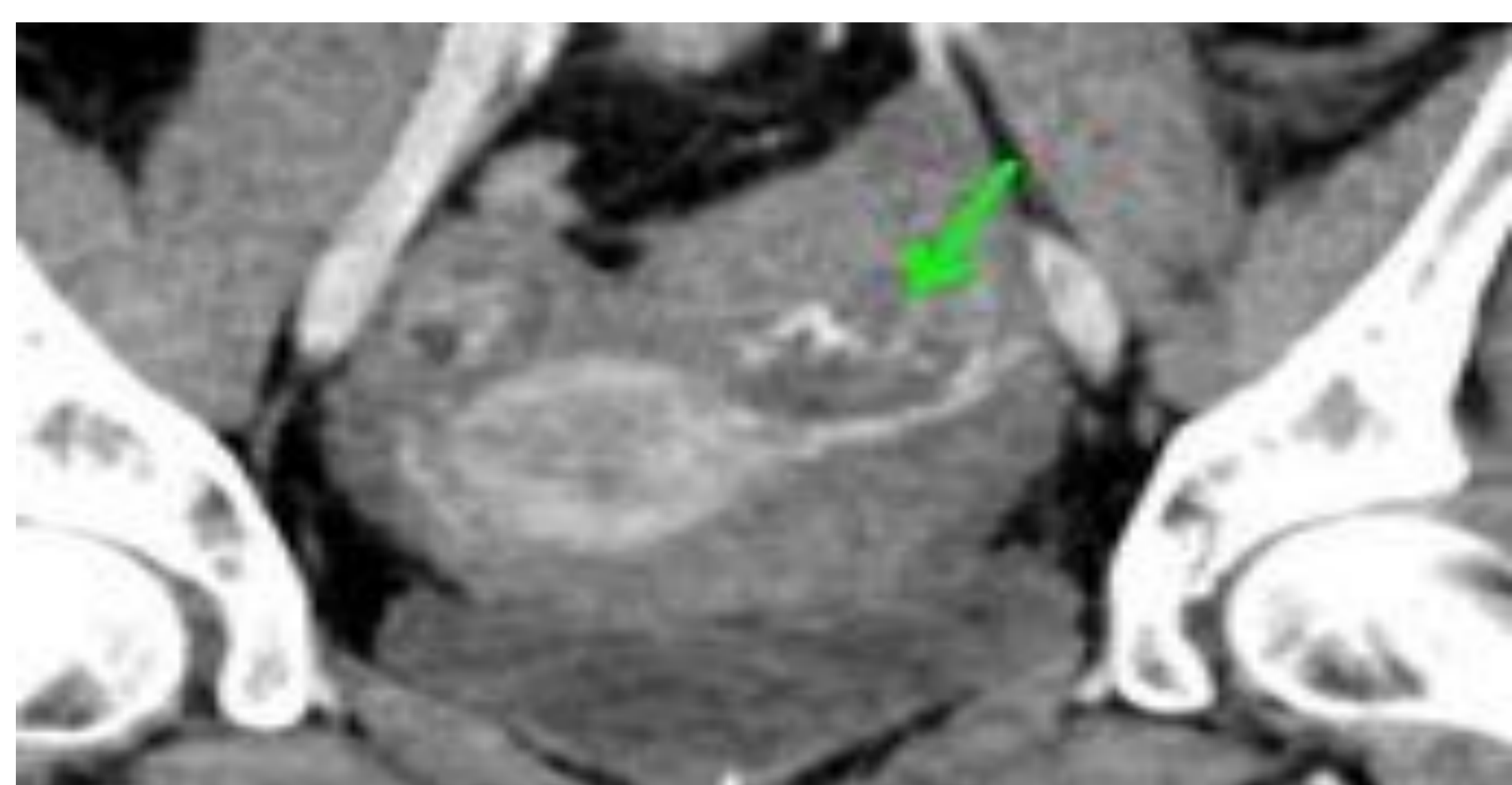
COMPLICACIONES

- **Toxicidad dérmica** (ampollas o induración)
- **Depósito de energía en los tejidos adyacentes**, secundaria a artefactos de refracción o mala orientación
- **Fertilidad?** (no suficientes datos sobre su impacto a largo plazo)

11. EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO CON HEMOPERITONEO:

Mujer de 19 años con **dolor abdominal** y **peritonismo**.

TC: voluminoso hematoma pélvico (*flechas rojas*: líquido de alta densidad) secundario a una **embarazo ectópico tubárico izquierdo roto** (*flechas verdes*).

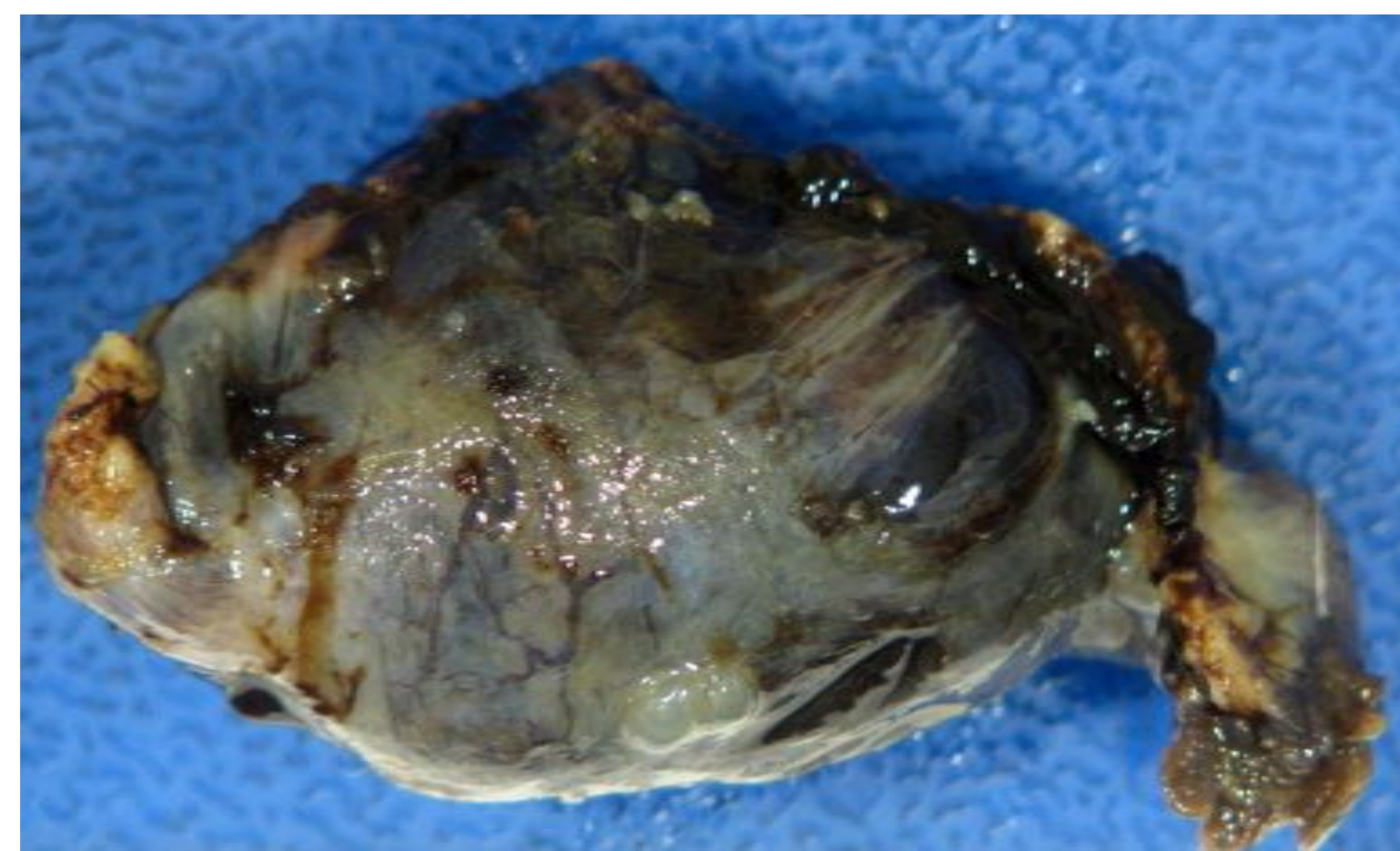
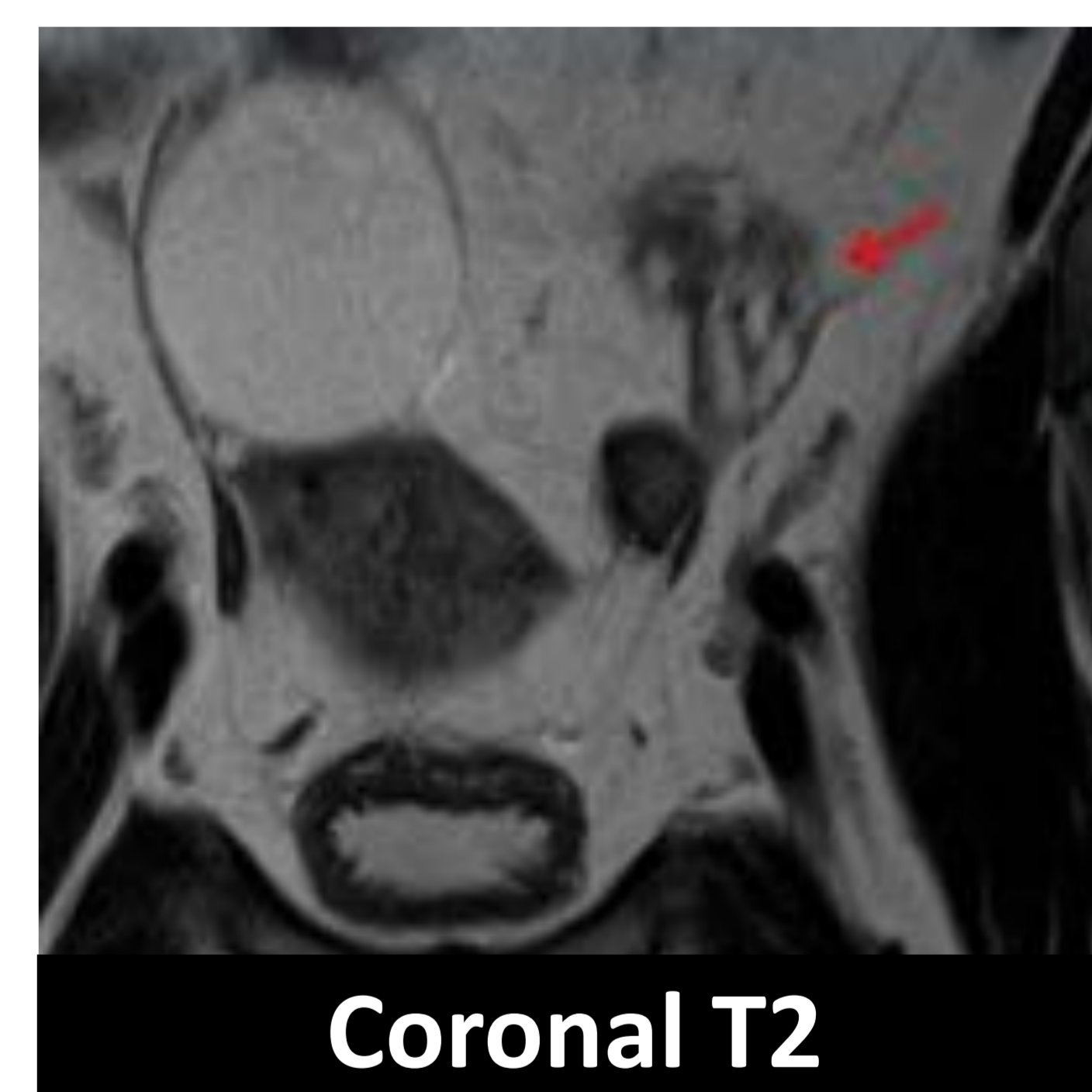
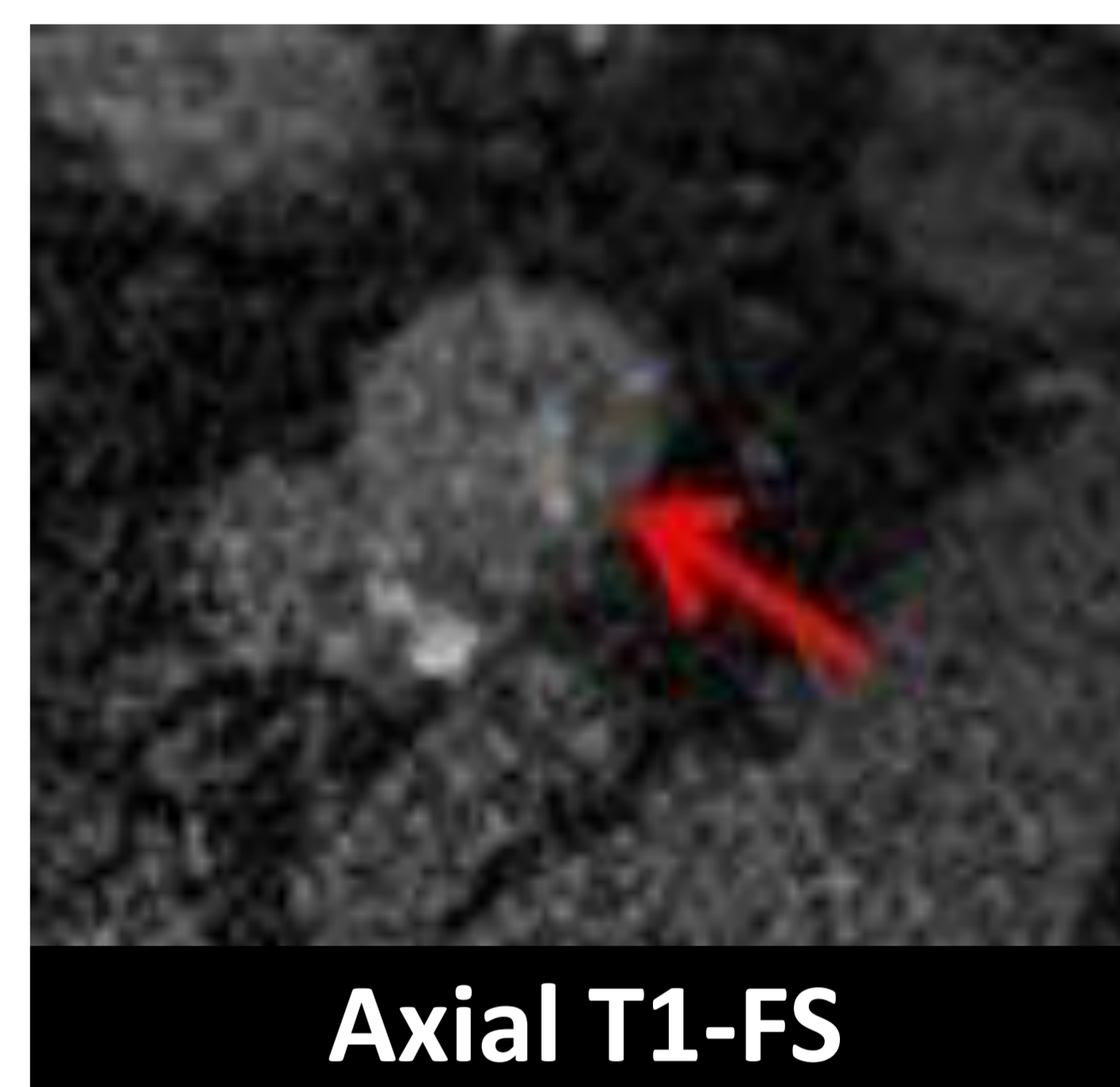
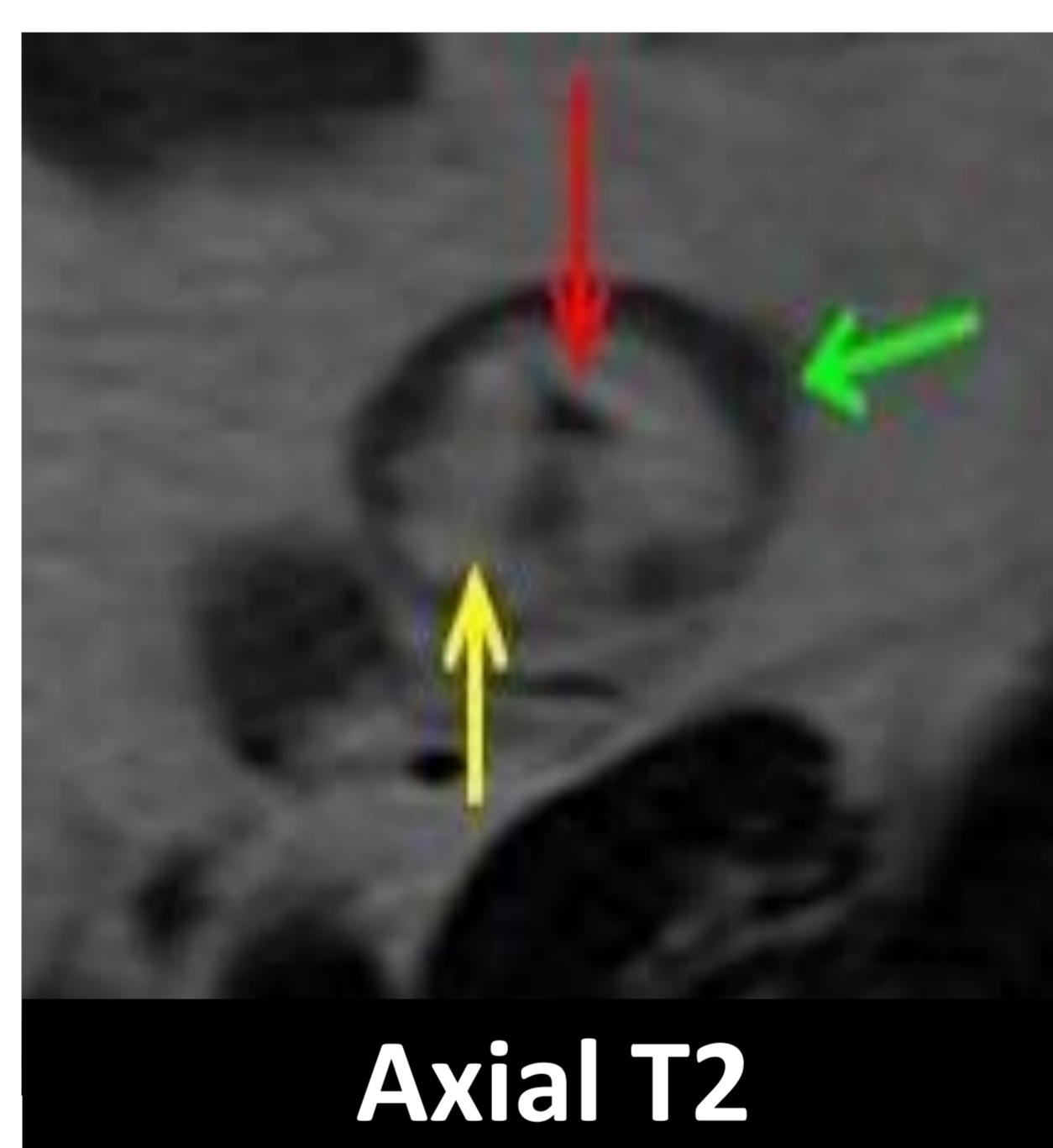


Mujer de 41 años con **embarazo ectópico** y **hemodinámicamente estable**.

RM: hemosalpinx, masa heterogénea / hemorrágica, ascitis o hemoperitoneo, dilatación tubárica y realce de su pared.

El hallazgo más específico es la identificación del **saco gestacional extrauterino**, que se ve como una estructura quística (*flechas amarillas*) rodeada por una pared gruesa (*flecha verde*), que corresponde al signo del anillo tubárico.

Pueden verse focos internos de hemorragia que muestran una intensidad de señal T2 baja e intermedia o alta en T1 (*flecha roja*)



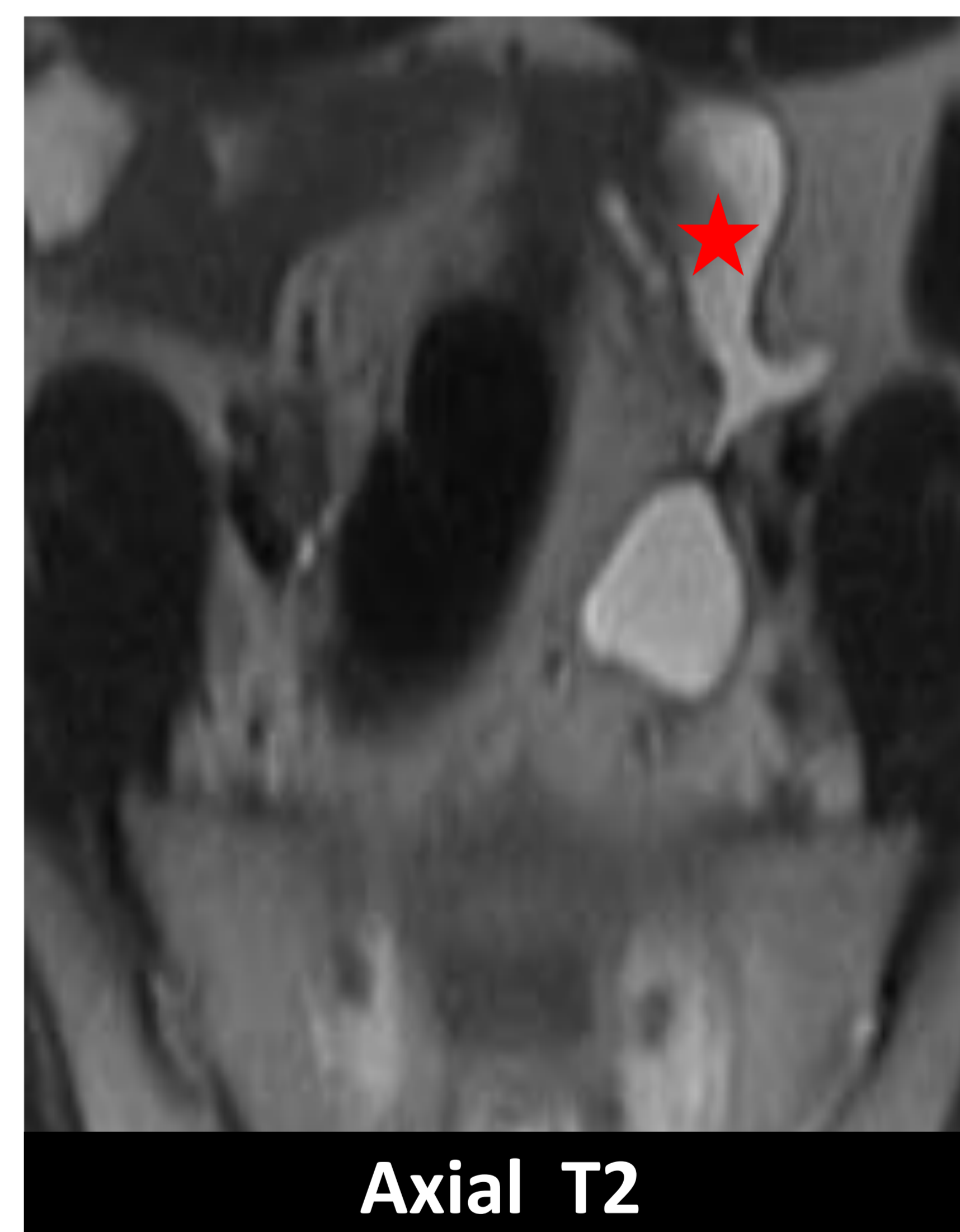
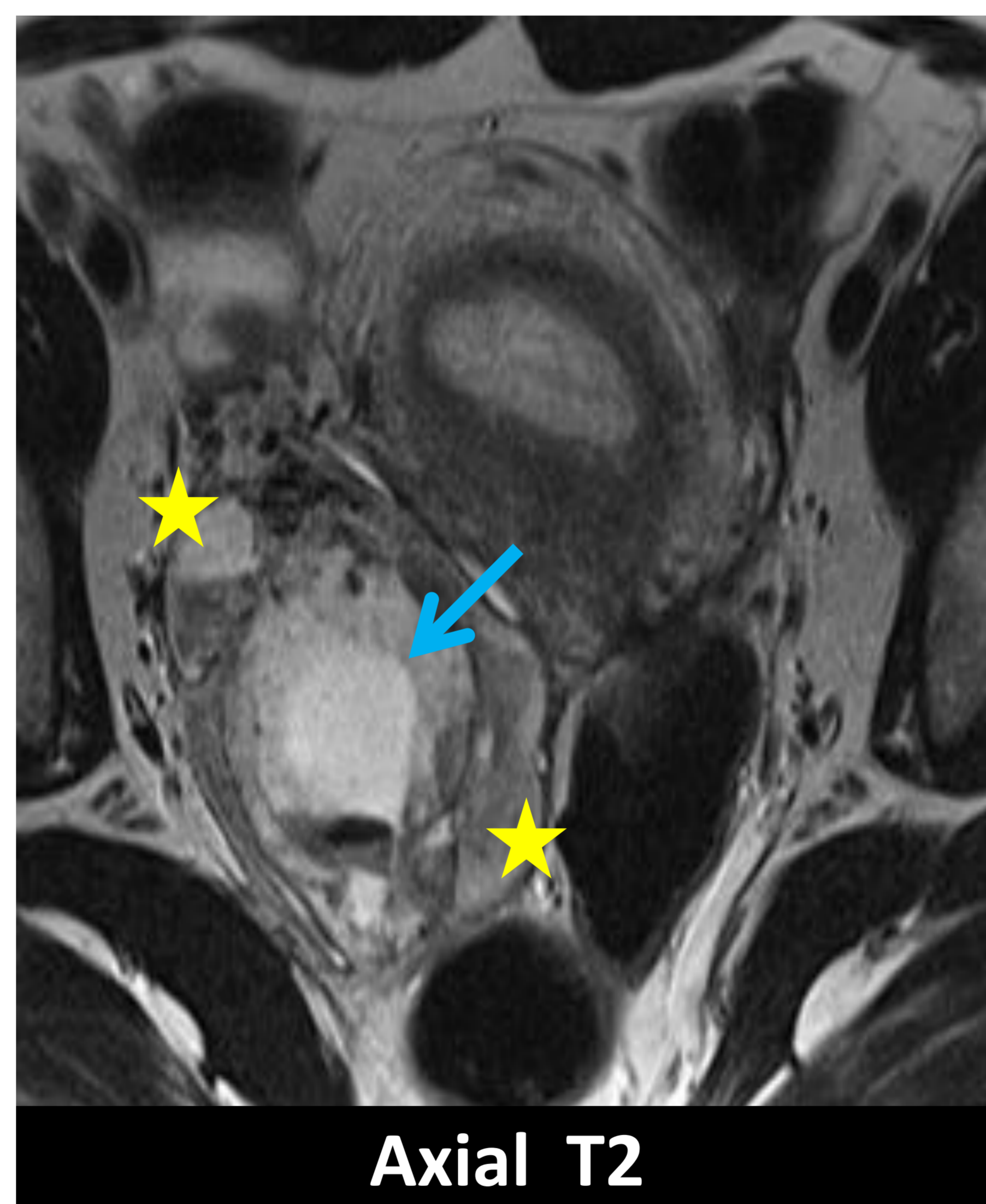
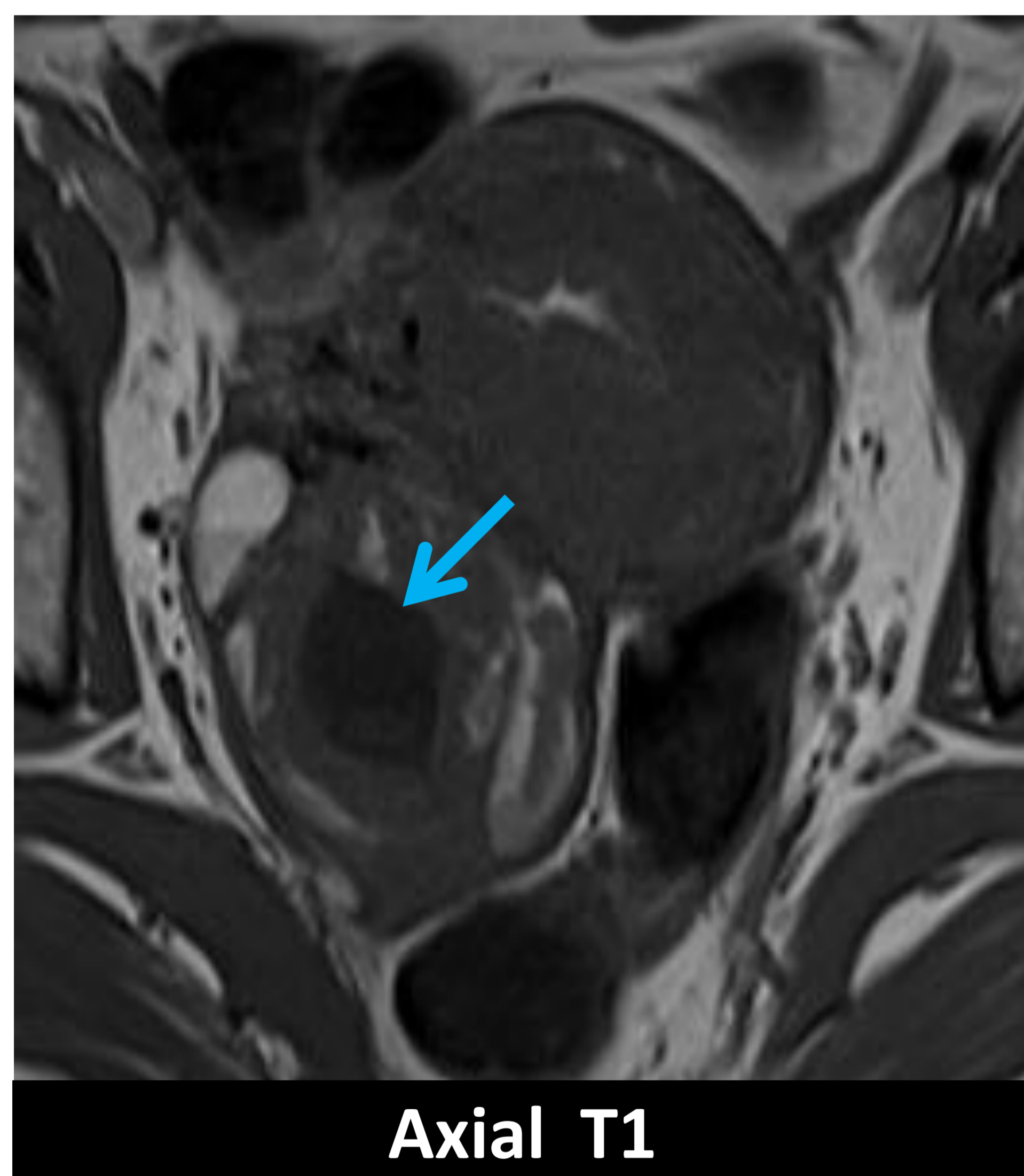
11. EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO CON HEMOPERITONEO:

❖ Embarazo ectópico:

- El blastocito se desarrolla en un sitio distinto al endometrio uterino.
- 2% de los embarazos y **principal causa de muerte durante el 1r trimestre**
- En la mayoría de los casos, se localiza en la **trompa de Falopio (90%)**. Otros sitios de implantación: intersticial, ovárica, cervical, cicatricial y abdominal

FACTORES DE RIESGO

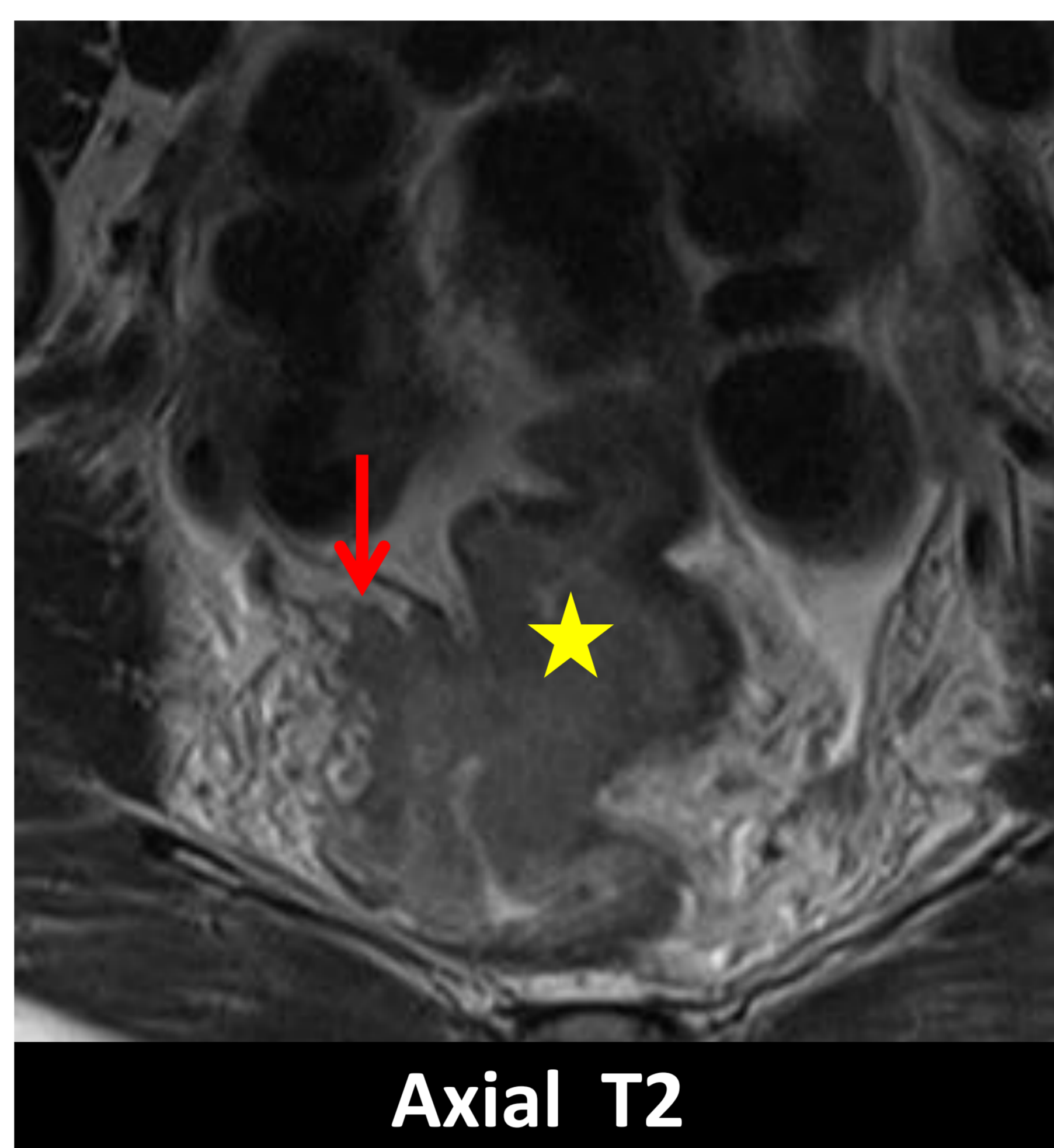
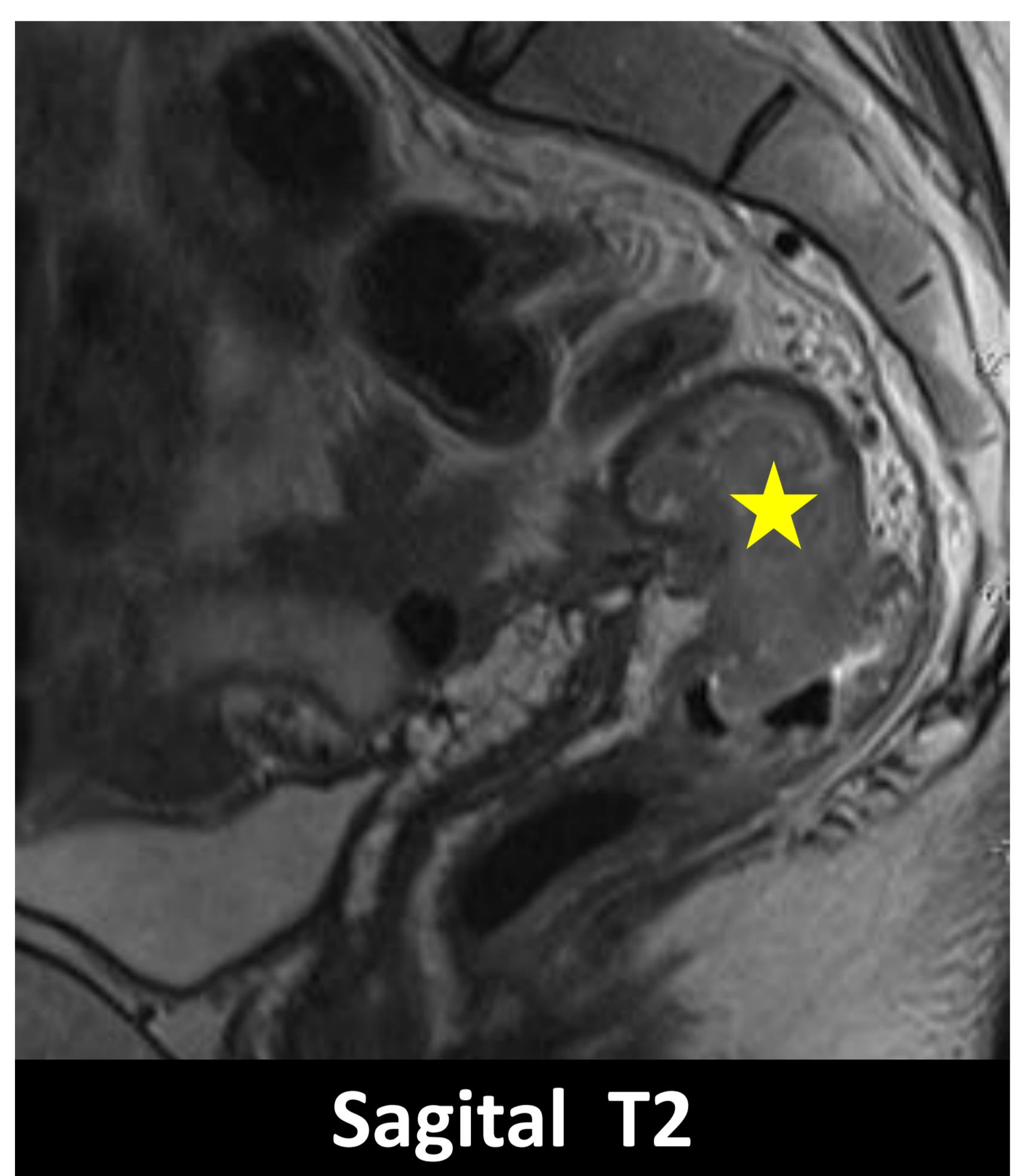
- Gestación ectópica previa
- EIP
- Cirugía ginecológica previa
- Tratamiento de infertilidad
- Placenta previa
- DIU
- Anomalías uterinas congénitas
- Endometriosis
- Antecedentes de tabaquismo o exposición al DES



Mujer de 34a con **endometriosis** con múltiples abortos previos y embarazos ectópicos, que presenta **dolor abdominal agudo** (hemodinámicamente estable).

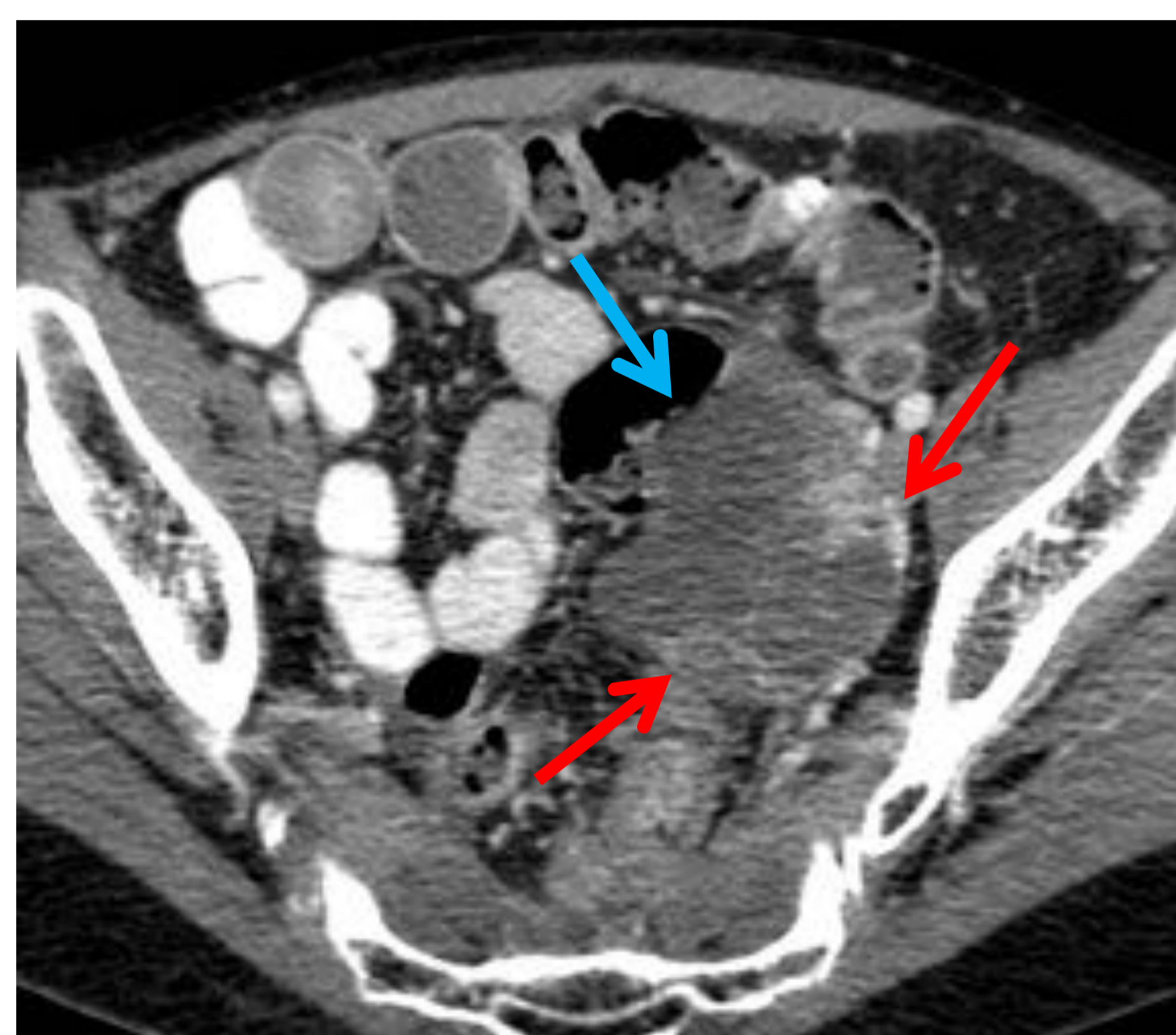
RM: estructura quística (*flechas azules*) en el ovario derecho, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, envuelta por una estructura tubular hiperintensa en T1 y T2 (*estrellas amarillas*; trompa de Falopio) con niveles líquido-líquido, sugiriendo **hematosalpinx**. Líquido libre en pelvis (*estrella roja*).

12. FÍSTULA ENTERO-OVÁRICA: PRESENTACIÓN AGUDA DEL TUMOR DE KRUKENBERG



Mujer de 37a con una **neoplasia de recto**.

RM estadiaje: engrosamiento mural rectal estenosante (*estrella amarilla*) que invade la grasa mesorectal (*flecha roja*) en los cuadrantes derechos.



La paciente se intervino, con resección del tumor y anastomosis colorrectal.

En un TC abdominal posterior se observa la aparición una **gran metástasis ovárica** izquierda (*flechas rojas*) en contacto con asas intestinales, algunas de ellas con engrosamiento mural (*flecha amarilla*) por la presencia de una fístula enterovárica (*flechas azules*).

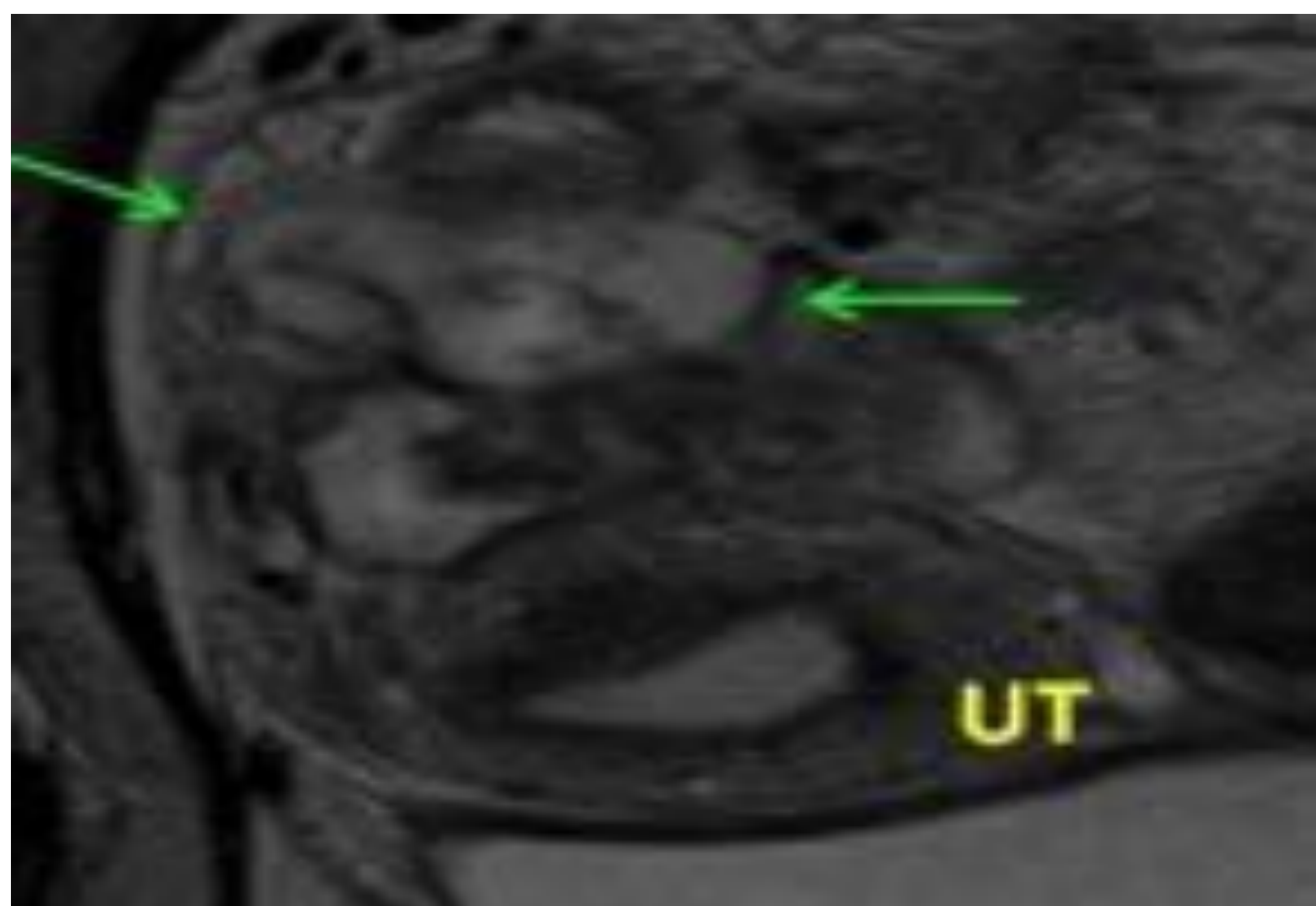
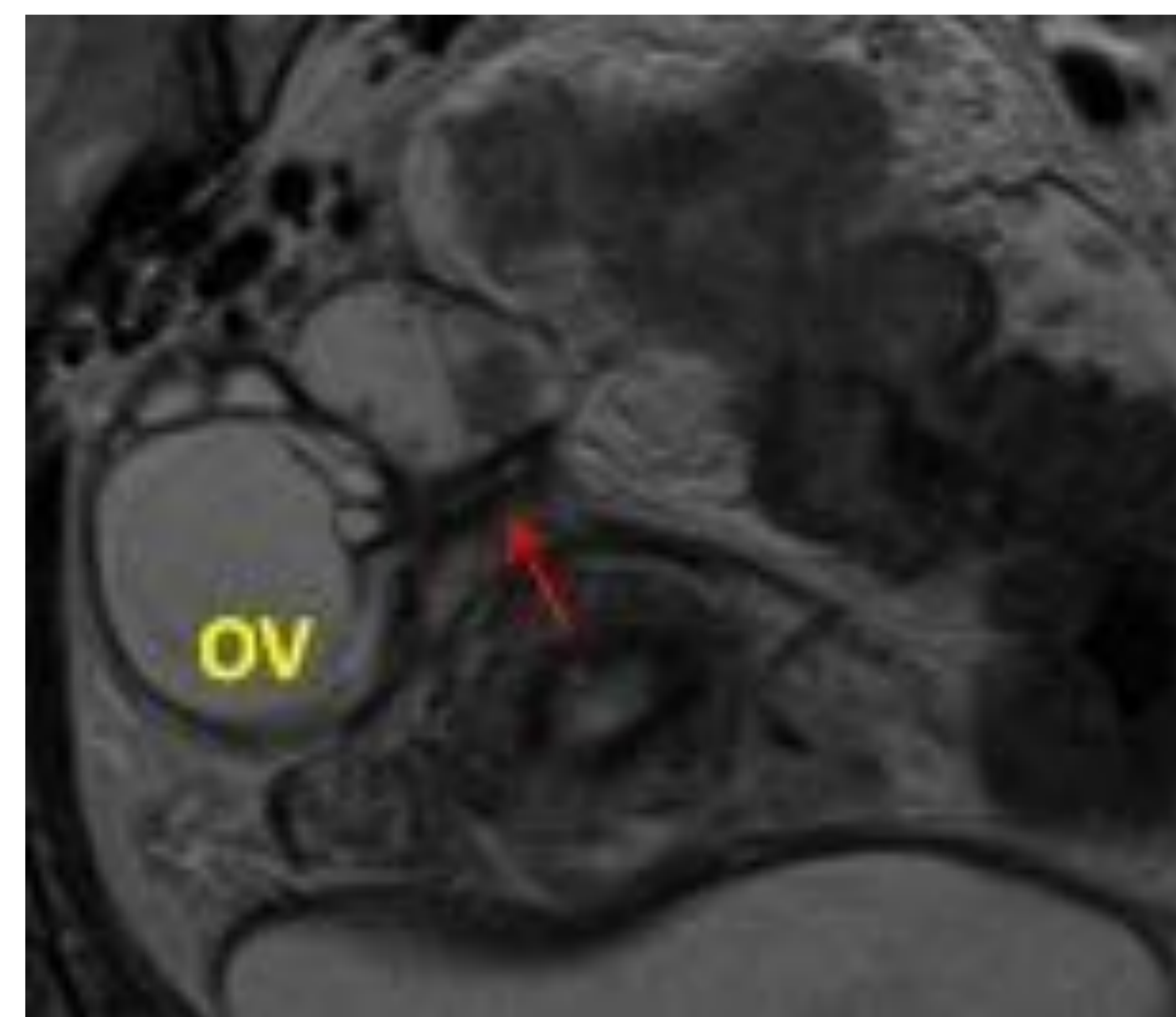
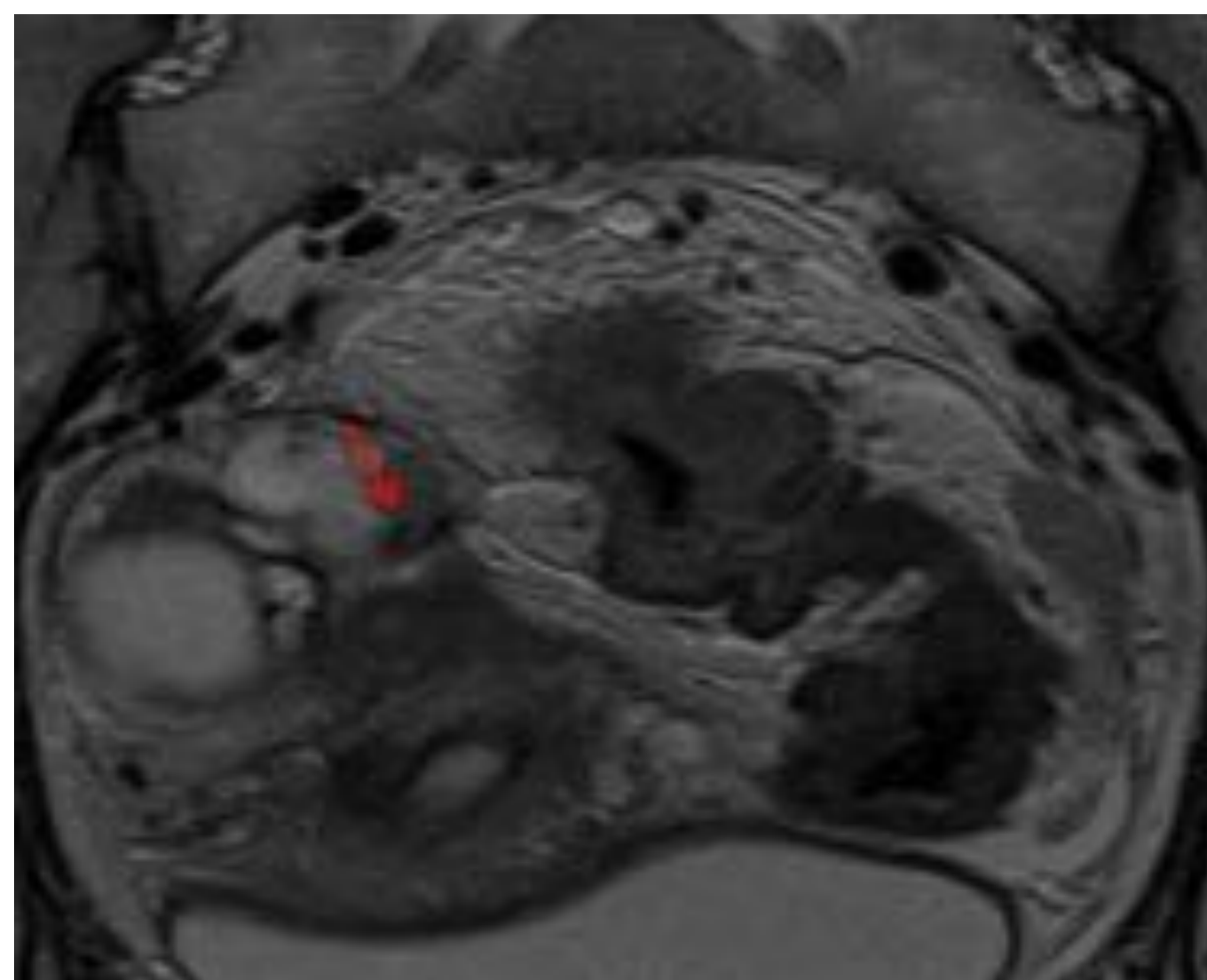
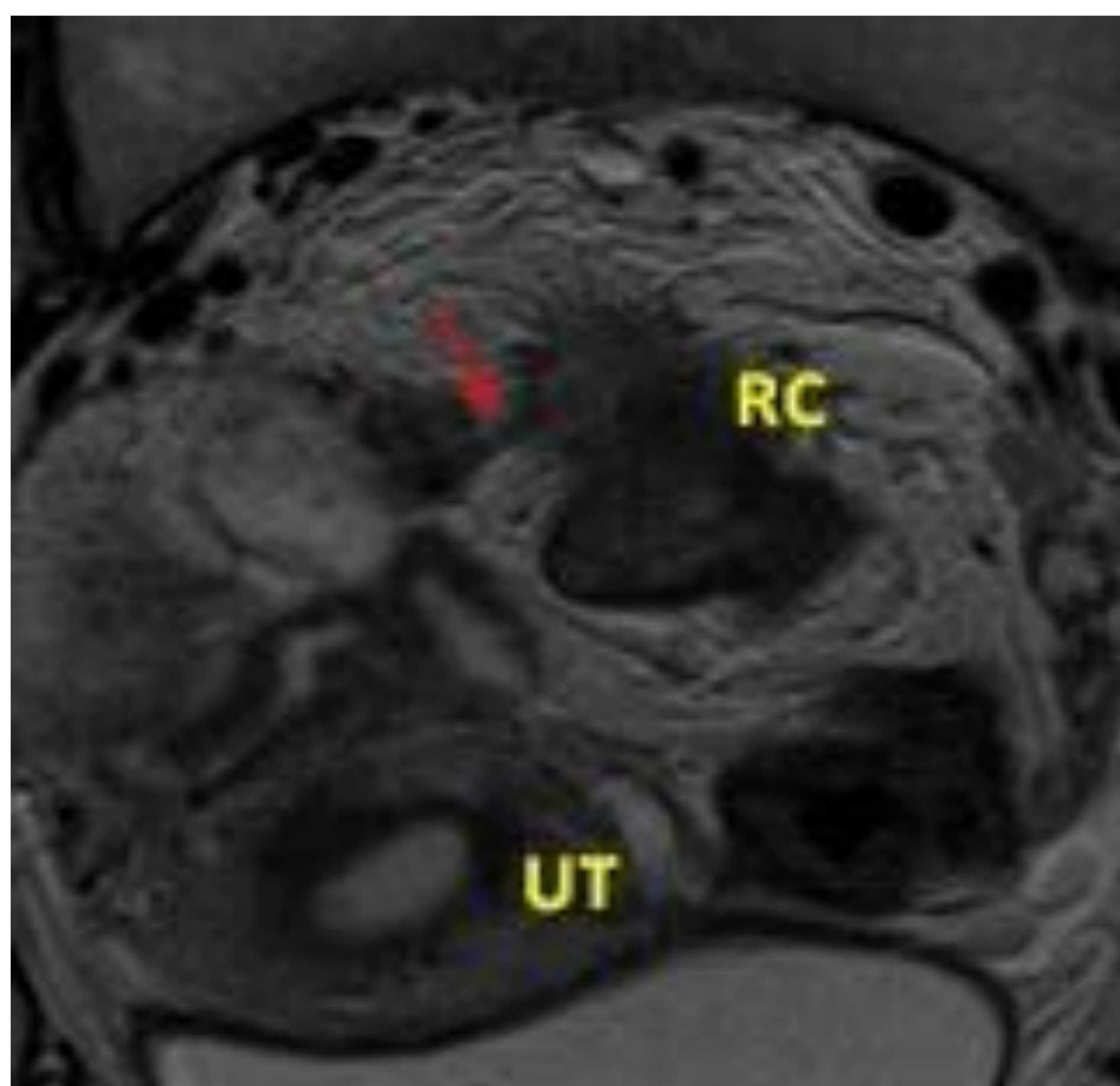
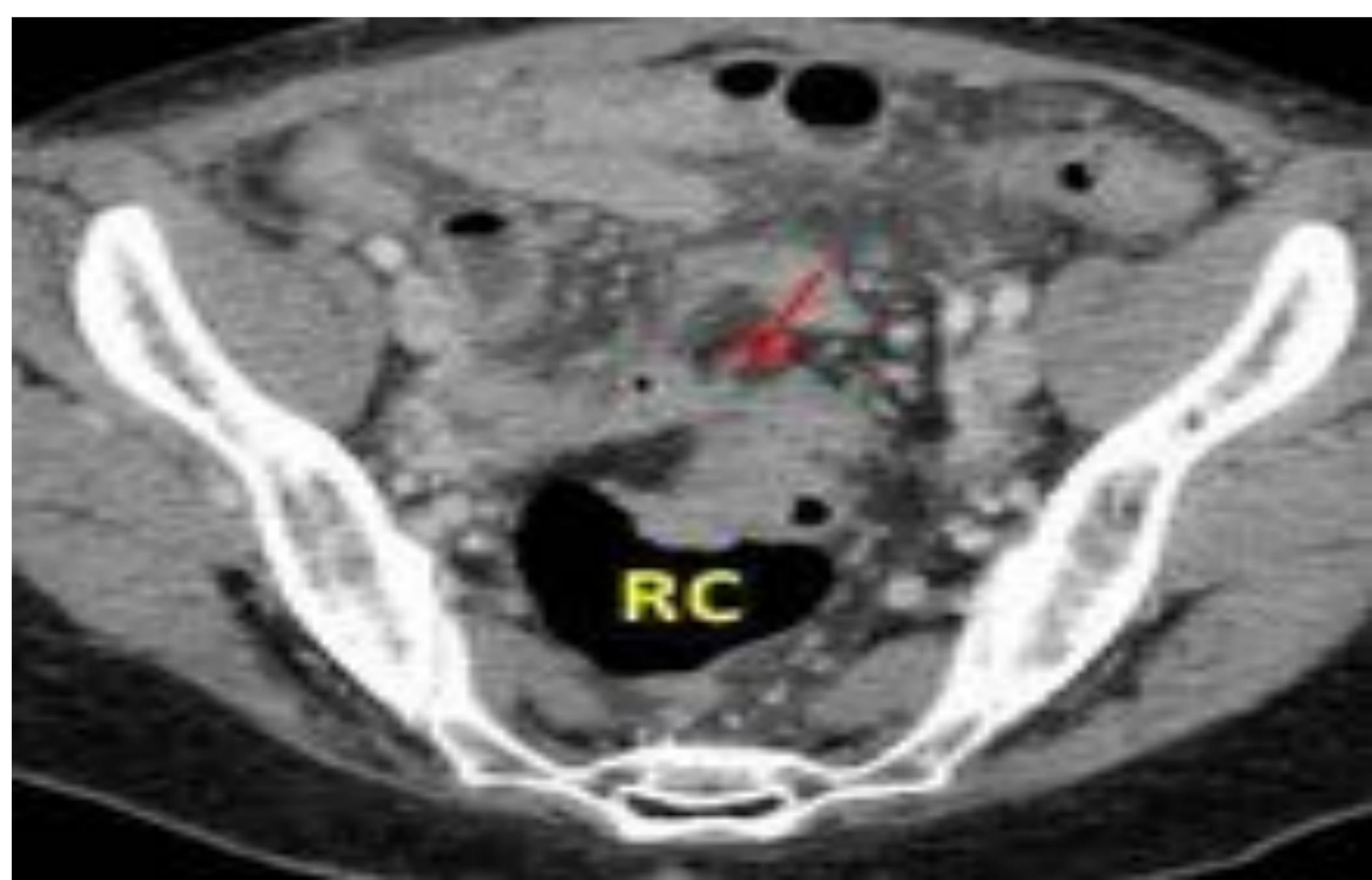
❖ Tumor de Krukenberg:

- Son tumores **metastásicos del ovario** que contienen células secretoras de mucina y generalmente se **originan en el tracto gastrointestinal** (Colon y estomago más frecuentemente).

13. ABSCESO TUBO-OVÁRICO SECUNDARIO A UNA NEOPLASIA RECTAL ABSCESIFICADA:

Mujer de 34 años con una **neoplasia colorrectal** (*flecha roja*) que requirió estadificación.

TC de estadiaje: **trompa de Falopio D** algo **distendida** (*flechas amarillas*). **RC**: Recto.

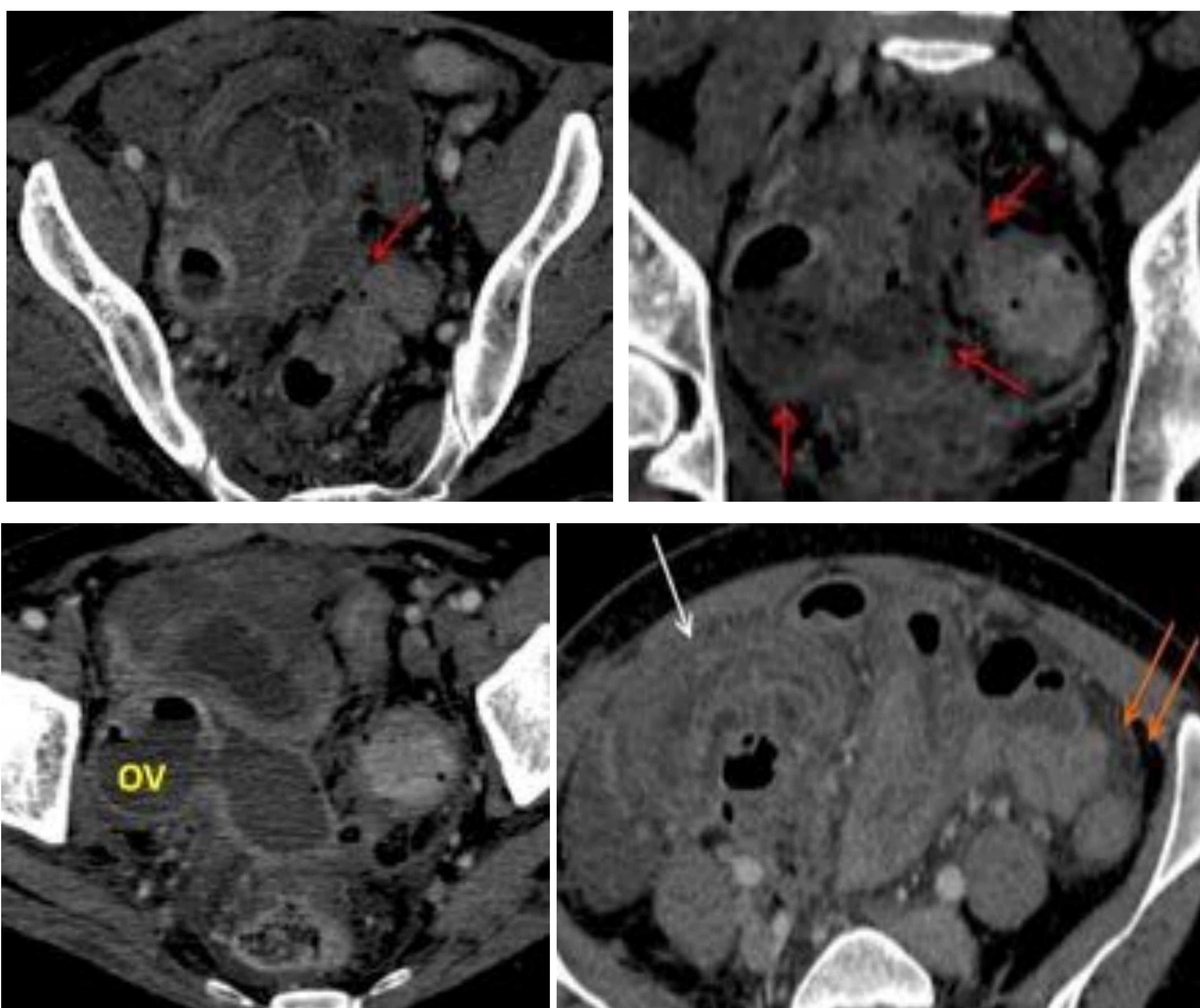


RM de estadiaje: **tracyecto fistuloso** (*flecha roja*) que va desde la neoplasia rectal (**RC**) hasta región tubo-ovárica derecha (**OV**).

La trompa de Falopio estaba dilatada e hiperintensa en T2, lo que sugiere **hidrosalpinx** (*flechas verdes*).

13. ABSCESO TUBO-OVÁRICO SECUNDARIO A UNA NEOPLASIA RECTAL ABSCESIFICADA:

Al cabo de una semana, inicia un cuadro de **dolor hipogástrico, fiebre y leucocitosis**, y se le realiza una TC.



TC urgencias: engrosamiento de la pared rectal (**cáncer de recto**) con un **trayecto fistuloso** hacia una **colección pélvica hidroaérea**, que se extiende desde región parauterina izquierda a región retrouterina (*flechas rojas*). OV: ovario derecho.

También se observaron extensos **cambios inflamatorios intraabdominales**, con engrosamiento mural del intestino delgado (*flecha blanca*) y reticulación de grasa intraperitoneal (*flechas naranjas*: comparación de la grasa intraperitoneal y retroperitoneal).

❖ Neoplasia de recto

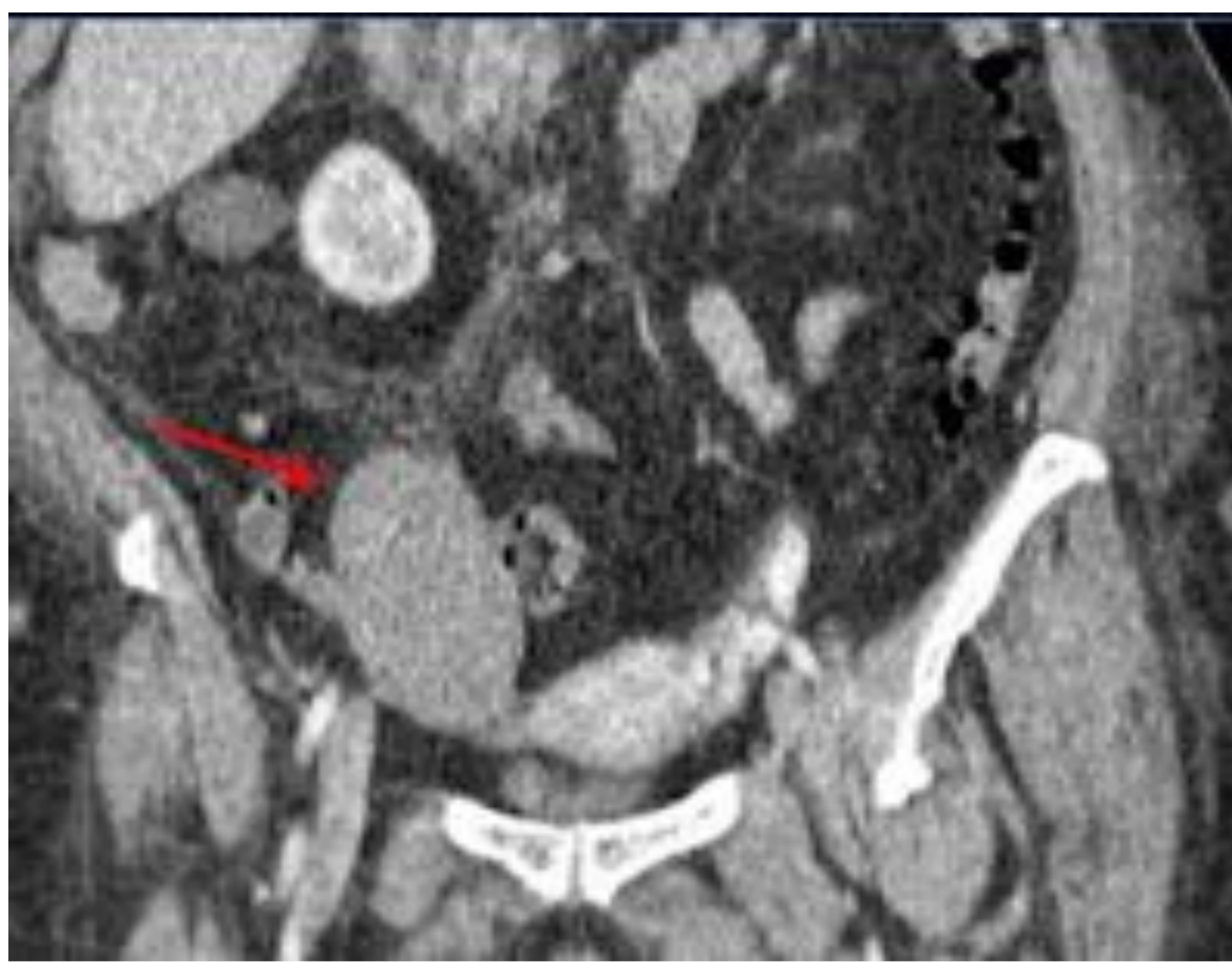
- 2ª neoplasia más frecuente, en hombres y mujeres, tras el pulmón y la mama.
- Tiende a **invadir localmente** (carece de serosa) a la grasa mesorectal, linfáticos, venas y crear tractos fistulosos

❖ Absceso tubo-ovárico:

- Complicación tardía de la EIP
- Más frecuente en **mujeres jóvenes sexualmente activas**; en posmenopáusicas hay que considerar otros orígenes: diverticulitis complicada, neoplasias, microorganismos atípicos, etc.

14. SÍNDROME DE MEIGS:

- Se define como la presencia de **ascitis** y **derrame pleural** en asociación con un tumor ovárico benigno (**Fibroma**), que resuelven después de la extirpación del mismo.
- Los fibromas representan el **4% de las neoplasias ováricas** y ocurren con mayor frecuencia en mujeres de **mediana edad**



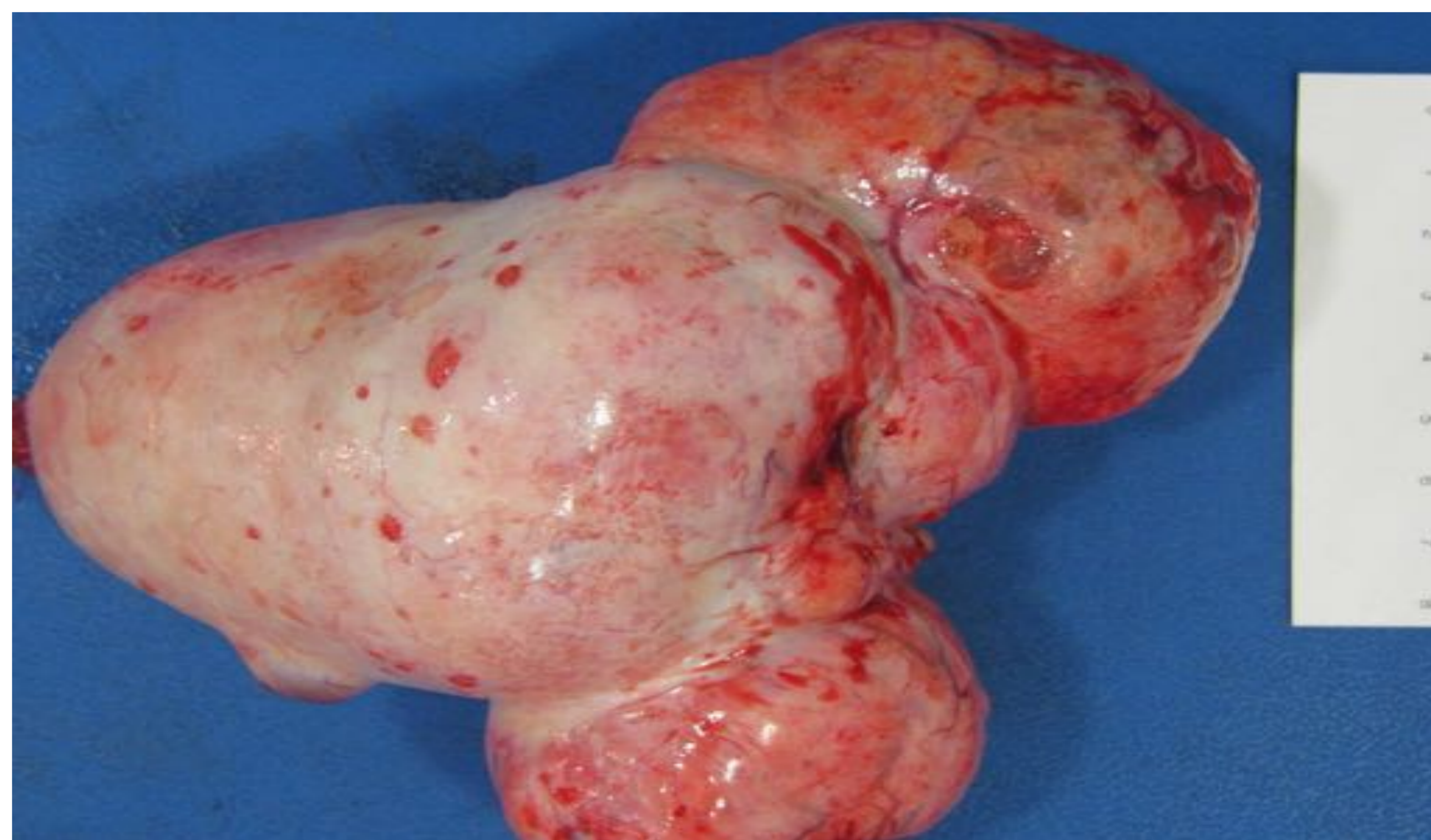
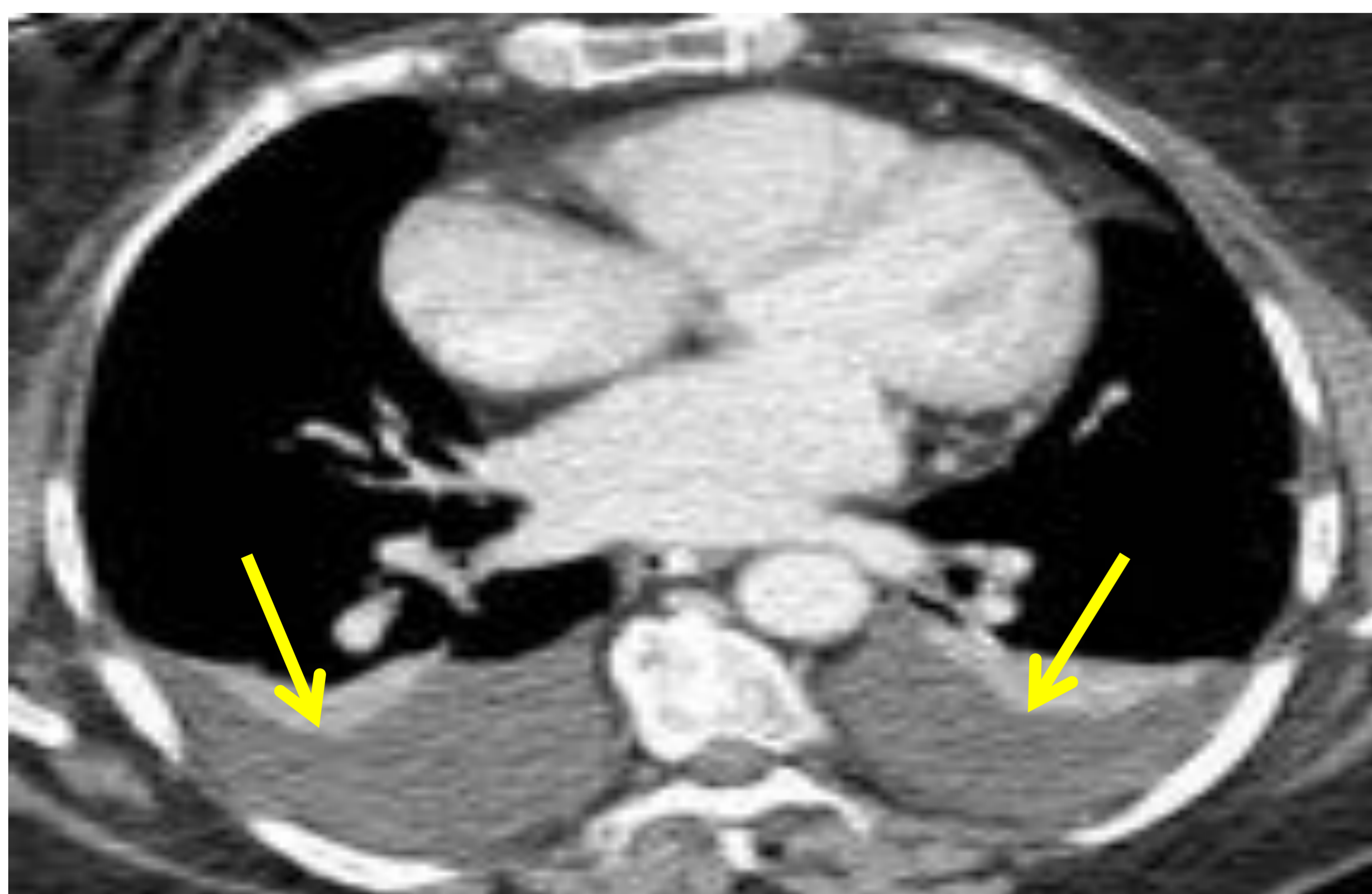
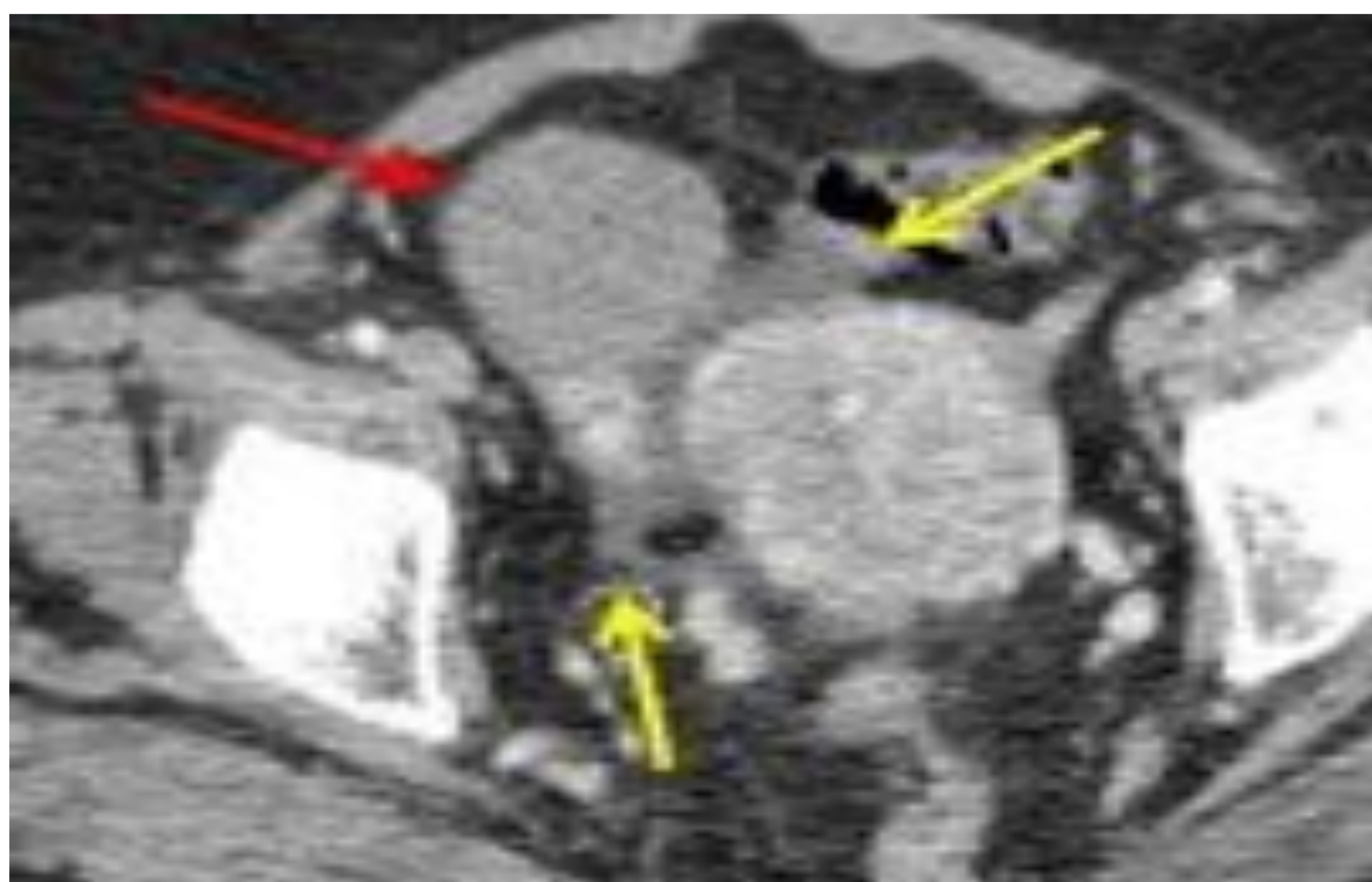
TC: derrame pleural y líquido ascítico (*flechas amarillas*).

También se observa una masa hipodensa sólida (*flechas rojas*) con realce leve y tardío de contraste (tejido fibroso) en el ovario D, correspondiente a un **fibroma ovárico**.

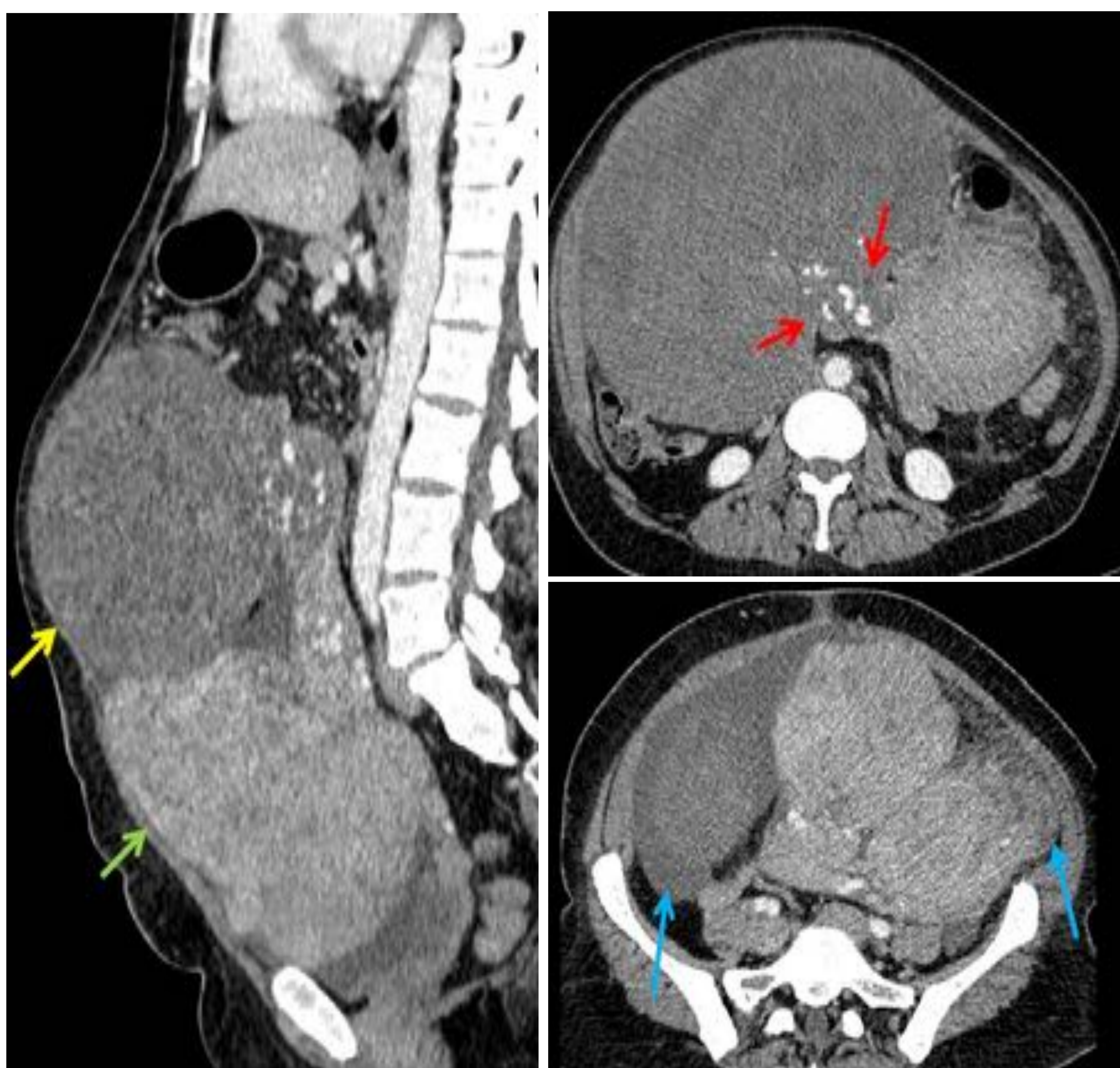
En las otras técnicas de imagen, sus hallazgos más característicos son:

Ecografía: masas sólidas de ovario con sombra acústica posterior

RM: masas sólidas de ovario hipointensas en T2 y intensidad intermedia/baja en T1. Pueden verse focos hiperintensos dispersos en T2, correspondientes a degeneración quística o edema (fibrotecomas).



15. MIOMA UTERINO GIGANTE vs. SARCOMA UTERINO:



TC: Múltiples masas polilobuladas de gran tamaño, la mayoría de ellas con realce heterogéneo de contraste intravenoso (*flecha verde*). Entre ellas, destaca una gran **masa hipocaptante** de 20 cm (*flecha amarilla*), heterogénea, con áreas hiperdensas compatibles con sangrado intratumoral. La masa parecía tener un pedículo vascular con múltiples vasos dilatados (*flechas rojas*).

También se observaba líquido libre intraabdominal denso (*flechas azules*) que sugería **hemoperitoneo**.

Estos hallazgos sugirieron un diagnóstico diferencial entre el mioma necrótico y el sarcoma uterino. Se confirmó un **mioma necrótico** después de la cirugía.

❖ Mioma uterino:

- Neoplasia ginecológica benigna más frecuente (**20-30% de las mujeres en edad reproductiva**)
- Compuestos por células musculares lisas y cantidades variables de tejido fibroso.
- Tipos: **submucosos, intramurales y subserosos**.
- Suelen ser **asintomáticos** pero pueden presentarse en forma de **sangrado uterino anormal, esterilidad, masa pélvica o dolor pélvico agudo** en caso de degeneración o infarto (*como nuestro caso*).

CONCLUSIONES:

- La **patología ginecológica urgente** suele presentarse con frecuencia en los servicios de urgencias.
- Es importante que el radiólogo conozca las **principales manifestaciones radiológicas** de estas patologías, así como de sus entidades menos habituales, **evitando así errores o retrasos diagnósticos**

BIBLIOGRAFIA

- Iraha, Yuko, et al. **CT and MR Imaging of Gynecologic Emergencies.** RadioGraphics 37.5 (2017): 1569-1586
- Potter, Andrew W., and Chitra A. Chandrasekhar. **US and CT evaluation of acute pelvic pain of gynecologic origin in nonpregnant premenopausal patients.** Radiographics 28.6 (2008): 1645-1659.
- Plunk, Matthew, et al. **Imaging of postpartum complications: a multimodality review.** American Journal of Roentgenology 200.2 (2013): W143-W154.
- Roche, Oran, et al. **Radiological appearances of gynaecological emergencies.** Insights into imaging 3.3 (2012): 265-275.
- Laifer-Narin SL et al. **Multimodality Imaging of the Postpartum or Posttermination Uterus: Evaluation Using Ultrasound, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging.** Current Problems in Diagnostic Radiology. 2016;43(6):374-385.
- Maleux G et al. **Acquired uterine vascular malformations: radiological and clinical outcome after transcatheter embolotherapy.** Eur Radiol. 16(2):299-306, 2006
- Heo SH et al. **Imaging of Actinomyces in Various Organs: A Comprehensive Review.** RadioGraphics. 2014;34(1):19-33.
- Umariá N, Olliff JF. **Imaging features of pelvic endometriosis.** The British Journal of Radiology. 2001;74(882):556-562.
- Jung, Seung Eun, et al. **CT and MR imaging of ovarian tumors with emphasis on differential diagnosis.** Radiographics. 2002;22(6):1305-25
- Jung B-G, Kim H. **Severe Spontaneous Ovarian Hyperstimulation Syndrome with MR Findings.** J Comput Assist Tomogr.;25(2):215-7
- Junqueira BL, Allen LM, Spitzer RF, et al. **Müllerian duct anomalies and mimics in children and adolescents: correlative intraoperative assessment with clinical imaging.** RadioGraphics 2009;29:1085-1103.
- Panghaal VS, Chernyak V, Patlas M, Rozenblit AM.. **CT features of adnexal involvement in patients with diverticulitis.** AJR Am J Roentgenol. 2009;192(4):963-6