



# NEOPLASIAS PÉLVICAS INFRECUENTES: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN LOS HALLAZGOS RADIOLÓGICOS.

Ana María Hernández García-Calvo, Fátima Ximena Aragón Tejada <sup>1</sup>, Cecilia Ruíz de Castañeda Zamora<sup>2</sup>, María José Risco Fernández, Irene Cifuentes García, Ana Rodríguez Sánchez, Carolina de la Cruz Rodríguez, Esnelly Francismaria Berrios Bonilla, Andrea Calero Ortega.

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Toledo, Toledo; <sup>2</sup> Hospital Virgen de la Salud, Toledo.



## 1. OBJETIVOS

- Conocer algunos signos radiológicos para diferenciar el origen intraperitoneal o extraperitoneal de la masa.
- Describir las características de la TC y la RM de varios tumores pélvicos sólidos y quísticos poco comunes.



## 2. REVISIÓN DEL TEMA

### INTRODUCCIÓN

- La mayoría de las masas pélvicas estudiadas por imagen son de **carácter ginecológico o urogenital** → manifestaciones clínicas y radiológicas mejor conocidas.
- Sin embargo, existe una amplia gama de lesiones menos frecuentes → hallazgos radiológicos inusuales con los que estamos menos familiarizados.
- El uso de la **tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) es esencial para su diagnóstico**. Permiten:
  - Identificar y localizar las masas pélvicas
  - Caracterización de las lesiones (sólidas, quísticas, vascularización...)
  - Extensión locorregional y relación con órganos vecinos
  - +/- determinar su origen (anexial, uterino, peritoneal, tejidos blandos)
- **Dificultades en el diagnóstico por imagen** → No siempre es posible identificar el origen de la masa, y algunas de ellas pueden presentar hallazgos radiológicos superponibles a otras entidades → **RETO DIAGNÓSTICO** → **requieren del estudio histológico** para llegar al diagnóstico definitivo.



## INTRODUCCIÓN

Para el diagnóstico y caracterización de las lesiones, **el radiólogo necesita conocer y evaluar:**

- ANATOMIA NORMAL de la pelvis
- SIGNOS DE ORIGEN INTRAPERITONEAL Y EXTRAPERITONEAL
- Órgano ORIGEN de la masa
- ASOCIACIÓN ANATÓMICAS con estructuras adyacentes
- HALLAZGOS ATÍPICOS O INFRECIENTES de masas ginecológicas y hallazgos de otras masas pélvicas menos frecuentes



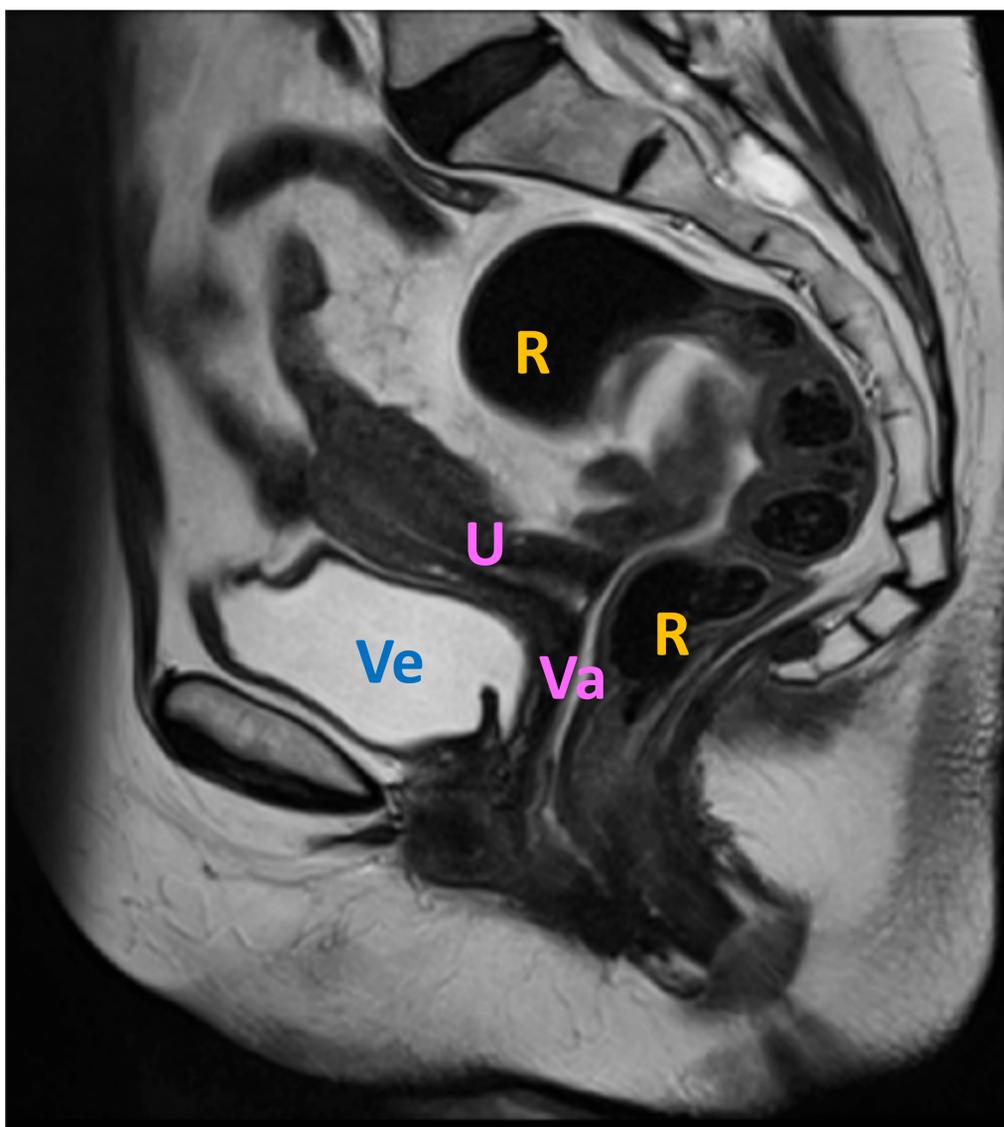
## ANATOMÍA NORMAL

- La pelvis se divide en cavidades intraperitoneal y extraperitoneal, separadas por la **línea de reflexión peritoneal anterior** ubicada en el borde superior de las vesículas seminales y el ángulo cervical (mejor evaluado en el plano sagital).
- Cada una de las cavidades pélvicas contiene estructuras específicas y se divide en subespacios.

	CAVIDAD EXTRAPERITONEAL	CAVIDAD INTRAPERITONEAL
ESTRUCTURAS	Útero Vejiga Uréter pélvico 1/3 inferior del recto Vasos iliacos Ganglios linfáticos Músculos y huesos pélvicos	Ovarios y trompas uterinas Intestino delgado Colon sigmoide 2/3 superiores del recto
ESPACIOS	PREVESICAL, retropúbico o de Retzius PERIVESICAL VESICOVAGINAL (mujeres) RECTOVAGINAL PERIRRECTAL (mesorrecto) RETRORRECTAL O PRESACRO	SUPRAVESICAL VESICOUTERINO (mujeres) RECTOVESICAL (hombres)/ RECTOUTERINO (mujeres) FOSA PARAVESICAL FOSA PARARRECTAL



## ANATOMÍA NORMAL MUJER. Espacios pelvis



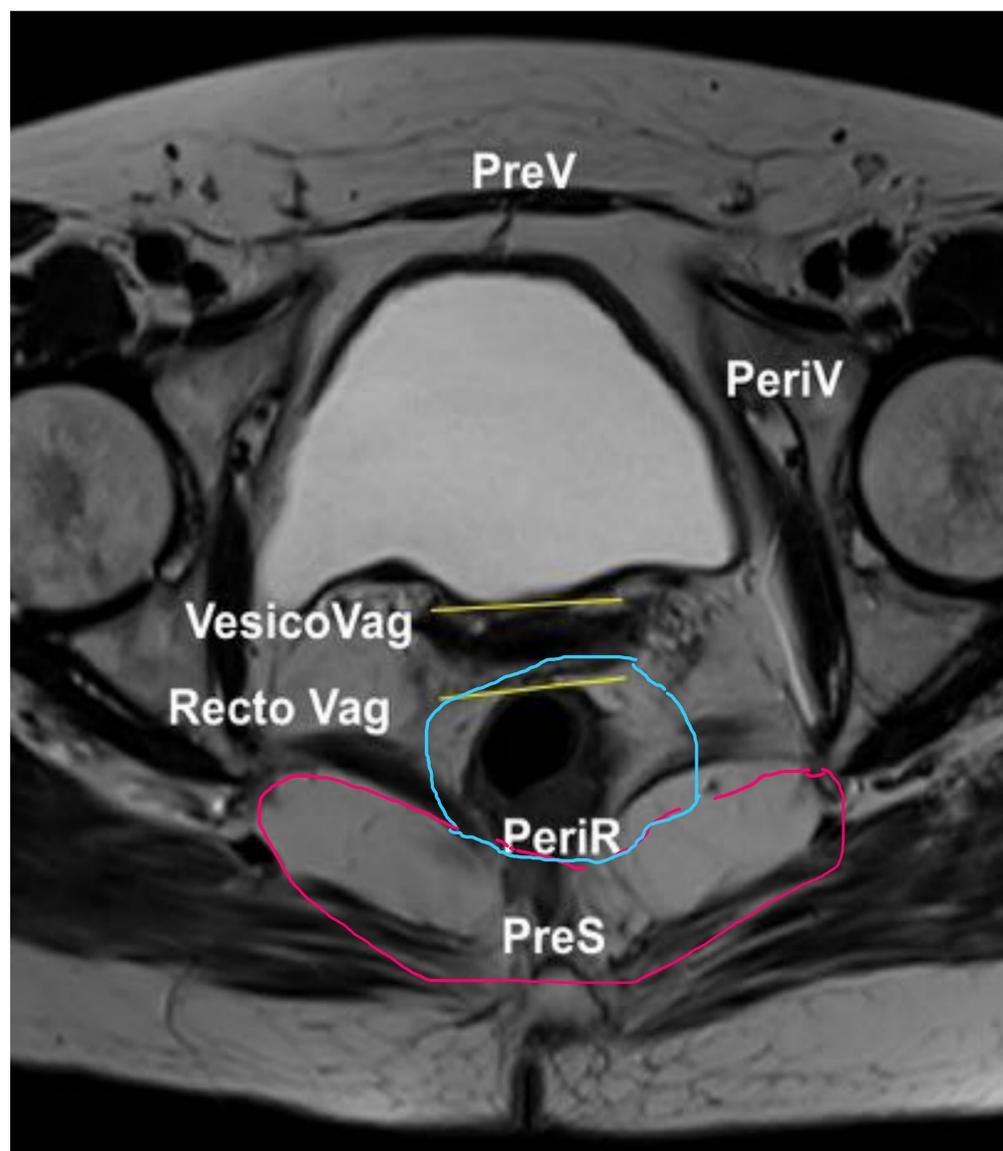
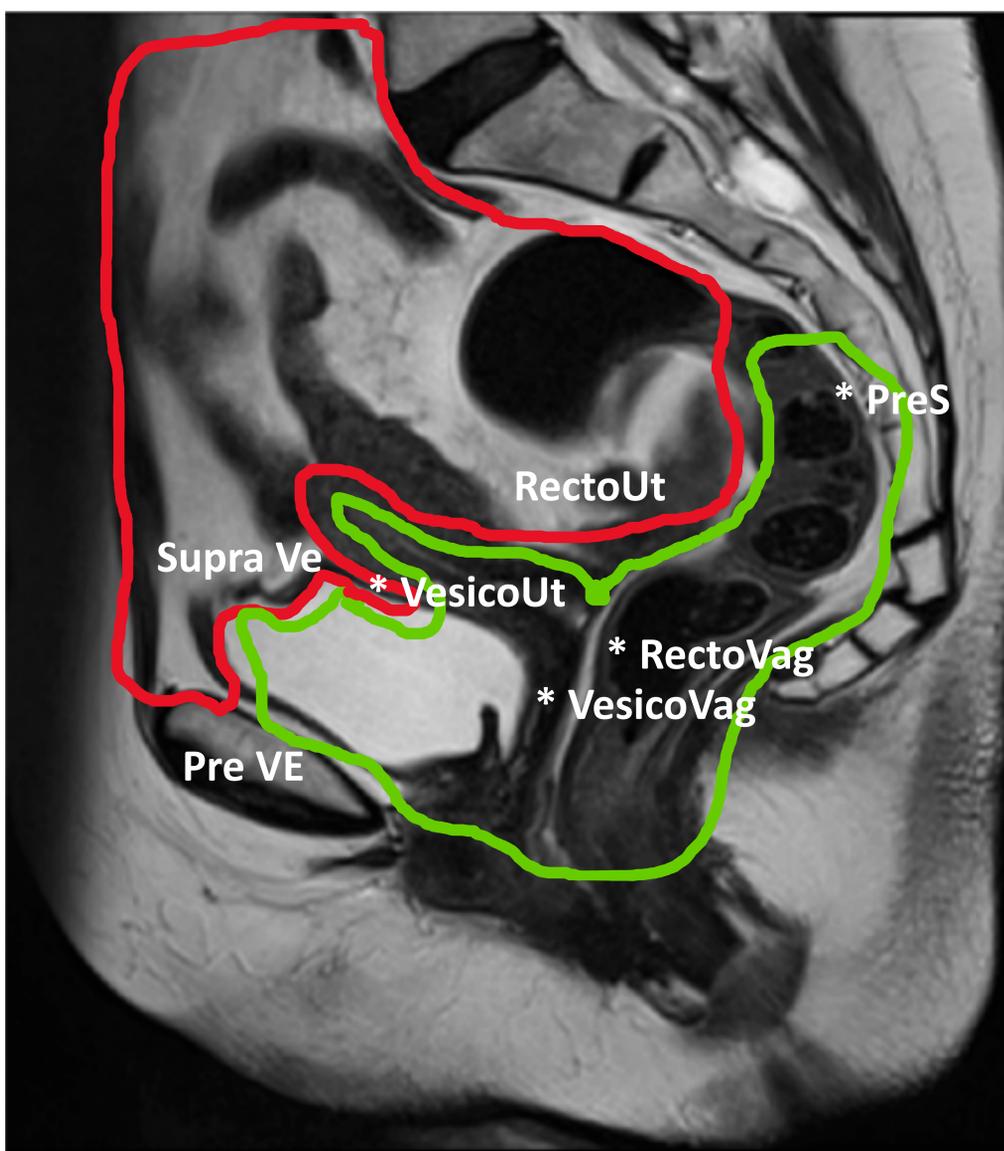
**R:** recto  
**U:** útero  
**Va:** vagina  
**Ve:** vejiga

### ESPACIOS INTRAPERITONEALES

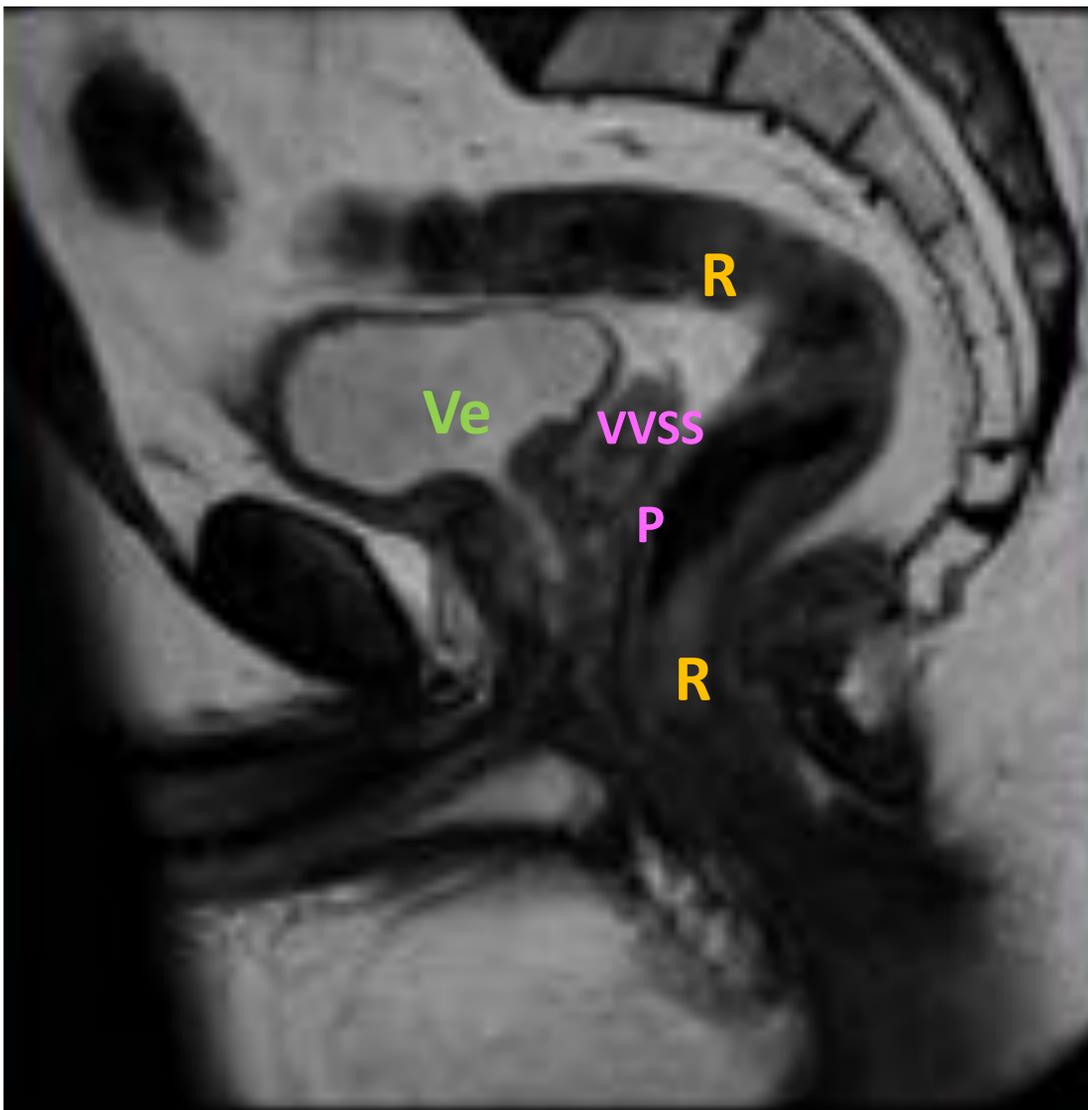
- SupraVe: e. supravesical
- VesicoUt: e. vesicouterio
- RectoUt: e. rectouterino (fondo saco Douglas)

### ESPACIOS EXTRAPERITONEALES

- PreVe: e. prevesical
- VesicoVag: e. vesicovaginal
- RectoVag: e. rectovaginal
- PreS: e. presacro o retrorectal
- PeriR: e. perirrectal (mesorrectal)



## ANATOMÍA NORMAL VARON. Espacios pelvis



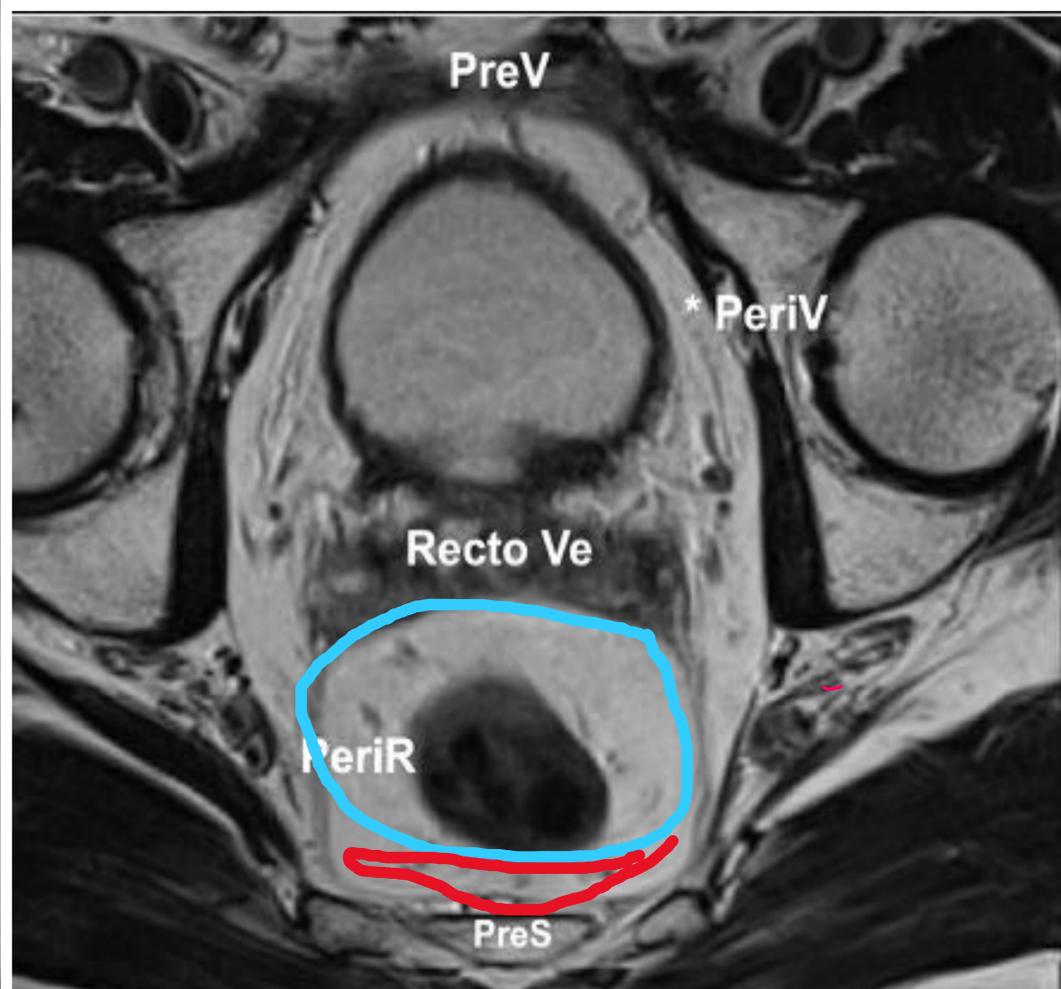
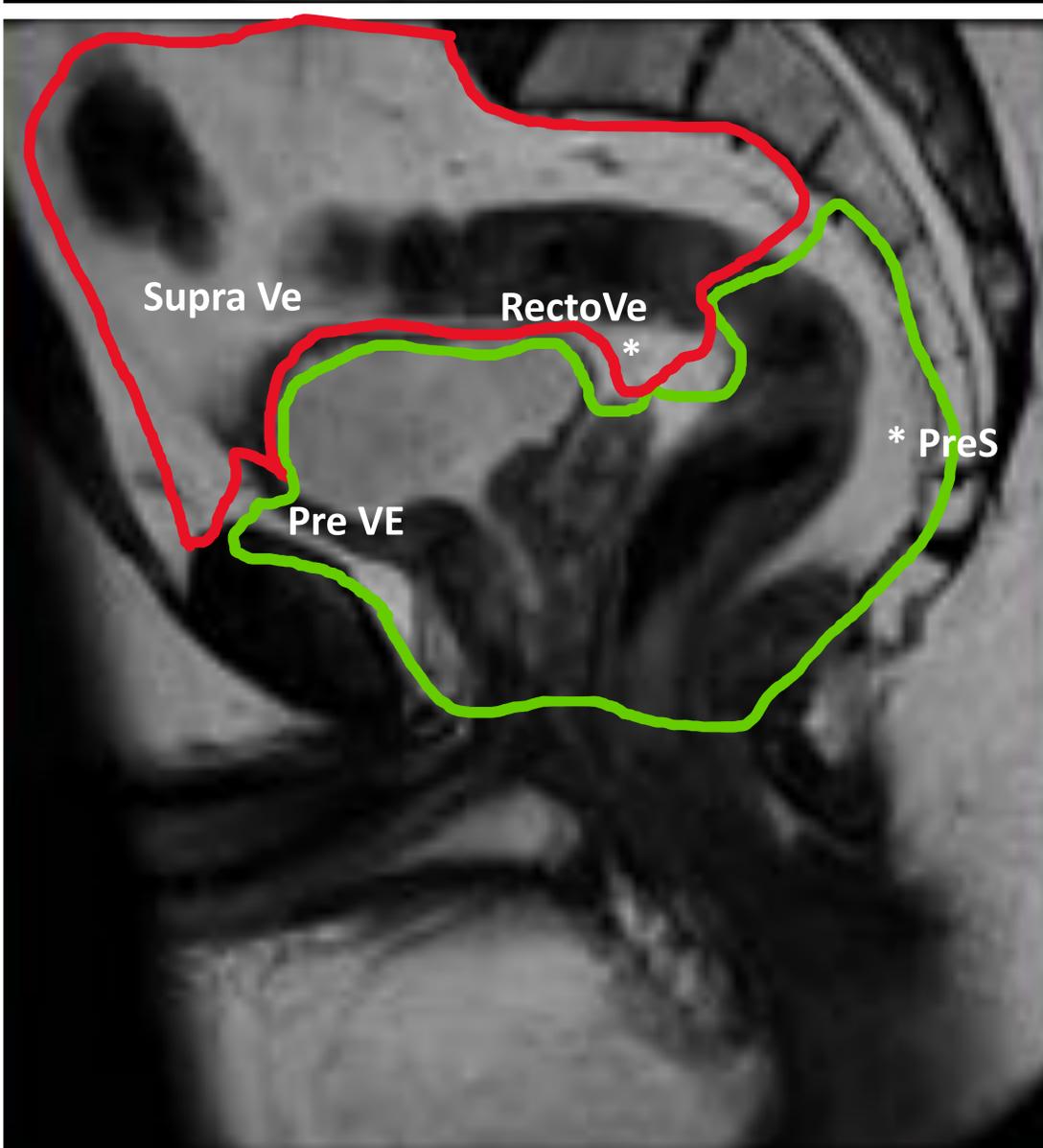
- R:** recto
- U:** útero
- Va:** vagina
- Ve:** vejiga

### INTRAPERITONEAL

- SupraVe: e. supravesical
- RectoVe: e. rectovesical

### EXTRAPERITONEAL

- PreVe: e. prevesical
- PreS: e. presacro o retrorectal
- PeriR: e. perirrectal (mesorrectal)





## CLAVES DIAGNÓSTICAS: ¿MASA INTRA O EXTRAPERITONEAL?

Algunos signos nos permiten determinar si una masa tiene una localización intraperitoneal o extraperitoneal. Estos signos incluyen:

- **Desplazamiento del uréter pélvico:**
  - Hacia MEDIAL o ANTERIOR → **masa EXTRAperitoneal\***
  - Hacia LATERAL → **masa INTRAperitoneal**

**Excepción:** masas uterinas o vesicales de gran tamaño. A pesar de proceder de un órgano extraperitoneal, se proyectan hacia la cavidad peritoneal y se comportan como masas intraperitoneales → desplazando el uréter hacia lateral.



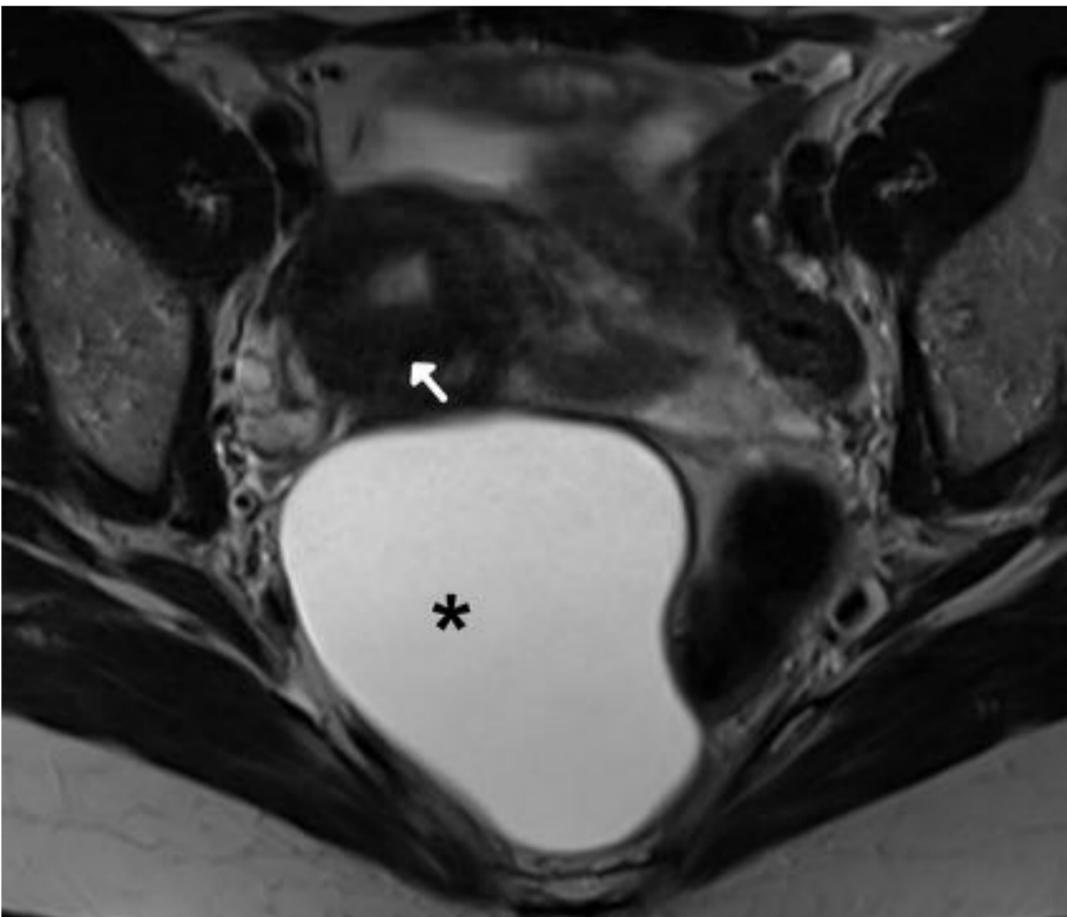
\* **Sarcoma endometrial uterino de alto grado** que condiciona desplazamiento lateral del uréter derecho (→).



## CLAVES DIAGNÓSTICAS: ¿MASA INTRA O EXTRAPERITONEAL?

- **Desplazamiento del útero:**

- Hacia ANTERIOR o LATERAL → **masa EXTRAperitoneal**
- Hacia POSTERIOR o INFERIOR → **masa INTRAperitoneal**



**Quiste de Tailgut** en espacio presacro (EXTRAperitoneal) que condiciona desplazamiento anterior y lateral del útero (→)



**Absceso tuboovárico derecho** (INTRAperitoneal) que condiciona desplazamiento posterior del útero (→)



## CLAVES DIAGNÓSTICAS: ¿MASA INTRA O EXTRAPERITONEAL?

- **Desplazamiento del colon sigmoide o vasos ilíacos:**
  - Hacia LATERAL o POSTERIOR → **masa INTRAPERITONEAL**



### **Adenocarcinoma de trompa uterina derecha**

(INTRAPERITONEAL) que condiciona desplazamiento posterior de los vasos ilíacos (→)

- **Signo de vasos ilíacos rodeados**
  - Los vasos ilíacos discurren por el espacio extraperitoneal lateral → **masa EXTRAPERITONEAL** puede englobarlos o obliterarlos
- **Borramiento de la pared pélvica**
  - Una **masa EXTRAPERITONEAL** adyacente a la pared pélvica puede borrar el plano de separación con los músculos adyacentes (ej. músculo obturador interno) e invarlos.

Si podemos identificar el origen intraperitoneal o extraperitoneal de la masa, y conocemos los órganos ubicados en ese espacio pélvico, podemos acotar el diagnóstico diferencial (DDX).

Sin embargo, en grandes masas pélvicas, puede ser difícil determinar su órgano de origen, lo que plantea un desafío diagnóstico.



## NEOPLASIAS PÉLVICAS INFRECIENTES

### PREDOMINIO QUÍSTICO

- Pseudomixoma peritoneal

### SÓLIDAS

#### MASAS DE PARTES BLANDAS

- Sarcomas uterinos del estroma endometrial
- Carcinoma primario de las trompas de Falopio
- Carcinoma endometroide de ovario
- “Tumor-like lesions”
  - Torsión ovárica
  - Absceso tubo-ovárico
- Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)

#### MASAS GRASAS

- Liposarcoma peritoneal

#### MASAS HIPERVASCULARES

- Paraganglioma pélvico

#### MASAS CALCIFICADAS

- Teratoma ovárico inmaduro

#### MASAS MIXOIDES

- Schwannoma

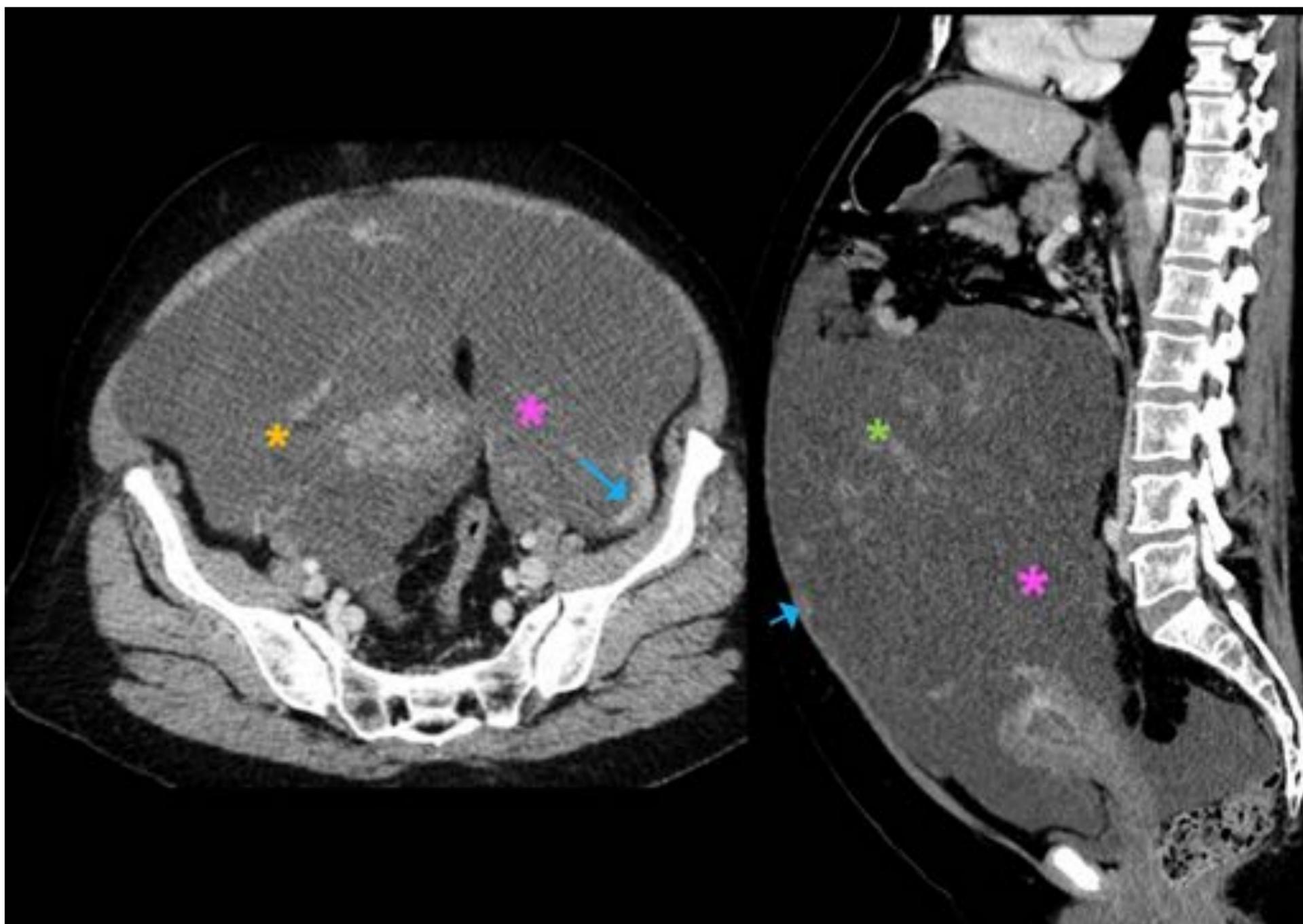
## QUÍSTICAS

### • Pseudomixoma peritoneal

- Síndrome clínico → acumulación de **ascitis mucinosa en la cavidad peritoneal**
- Causa → **tumores mucinosos** primarios de bajo grado, generalmente del **apéndice o del ovario**.

#### HALLAZGOS EN TC:

- Abundante ascitis (\*)
- Realces nodulares peritoneales u omentales (\*)
- "Omental cake" (→)
- Septos en su interior (\*)
- +/- Tumor apendicular u ovárico



TC con contraste: abundante líquido intraabdominal que se extiende desde la pelvis hasta el hilio hepático. En su interior se observan realces nodulares y septos, y se asocia a engrosamiento irregular del epiplón ("omental cake"), sugestivo de carcinomatosis peritoneal. Condiciona desplazamiento craneal de las asas intestinales. No es posible visualizar el apéndice o el anexo derecho. Estos hallazgos fueron sugestivos de **Pseudomixoma peritoneal (PMP)**, confirmado posteriormente en estudio histológico (PMP con perfil fenotípico sugestivo de origen digestivo).



## SÓLIDAS

### MASAS DE PARTES BLANDAS

- Sarcomas uterinos del estroma endometrial

- Tumores raros de origen mesodérmico
- 1%-2% de los tumores uterinos malignos
- Las variantes histológicas más comunes son:
  - **Leiomiomas**
  - **Tumores müllerianos mixtos**
  - **Sarcomas del estroma endometrial**
- Algunas diferencias entre los sarcomas uterinos de bajo y alto grado:

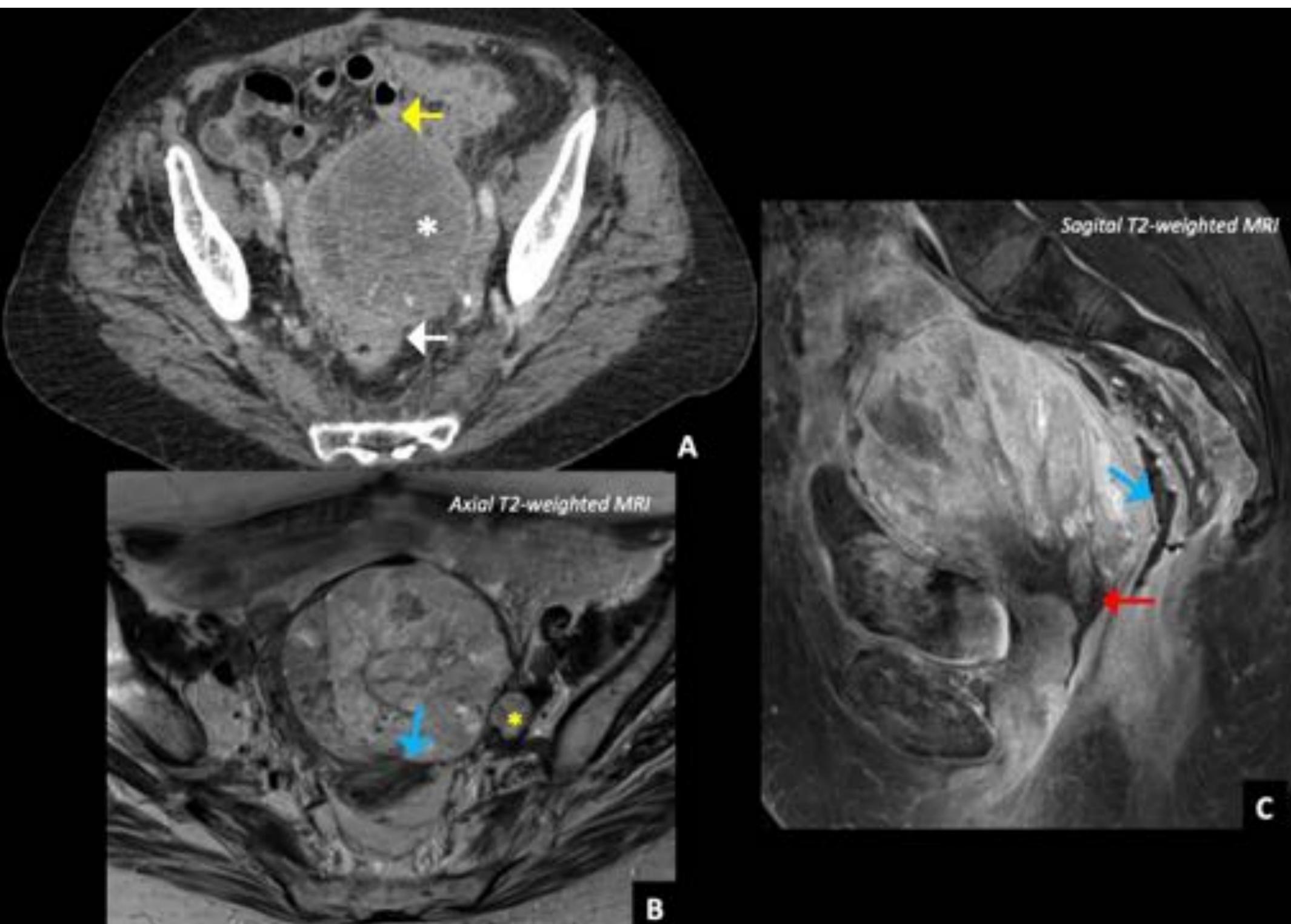
	<b>SARCOMAS DE BAJO GRADO</b>	<b>SARCOMAS DE ALTO GRADO</b>
<b>EDAD</b>	JÓVENES	MAYORES
<b>INVASIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES</b>	++	++++ AGRESIVO
<b>PRONÓSTICO</b>	-	- - -
<b>HALLAZGOS RADIOLÓGICOS</b>	VARIABLE → desde una masa endometrial polipoide hasta una masa de origen miometrial que simula un mioma con degeneración quística	Gran masa polipoide, heterogénea, que ensancha la cavidad endometrial invadiendo estructuras adyacentes.



## SÓLIDAS

### MASAS DE PARTES BLANDAS

- Sarcomas uterinos del estroma endometrial



**TC con contraste (A):** Masa uterina heterogénea, con áreas de necrosis en su interior (\*). El margen anterior contacta e infiltra algunas asas del intestino delgado (→) y su margen posterior está íntimamente en contacto con el recto (→). **En RM** muestra señal heterogénea en T2 (B,C), con áreas confluentes de señal T1 aumentada, sugestivas de hemorragia (*no mostradas en las imágenes*). La masa invade completamente el miometrio y se extiende hasta el cuello uterino (→). El margen posterior contacta con el recto sin plano graso de separación (→). Se observa adenopatía ilíaca izquierda de 12 mm (\*). Tras la resección de la lesión, el estudio histológico confirmó: **sarcoma de estroma endometrial de alto grado**.



## SÓLIDAS

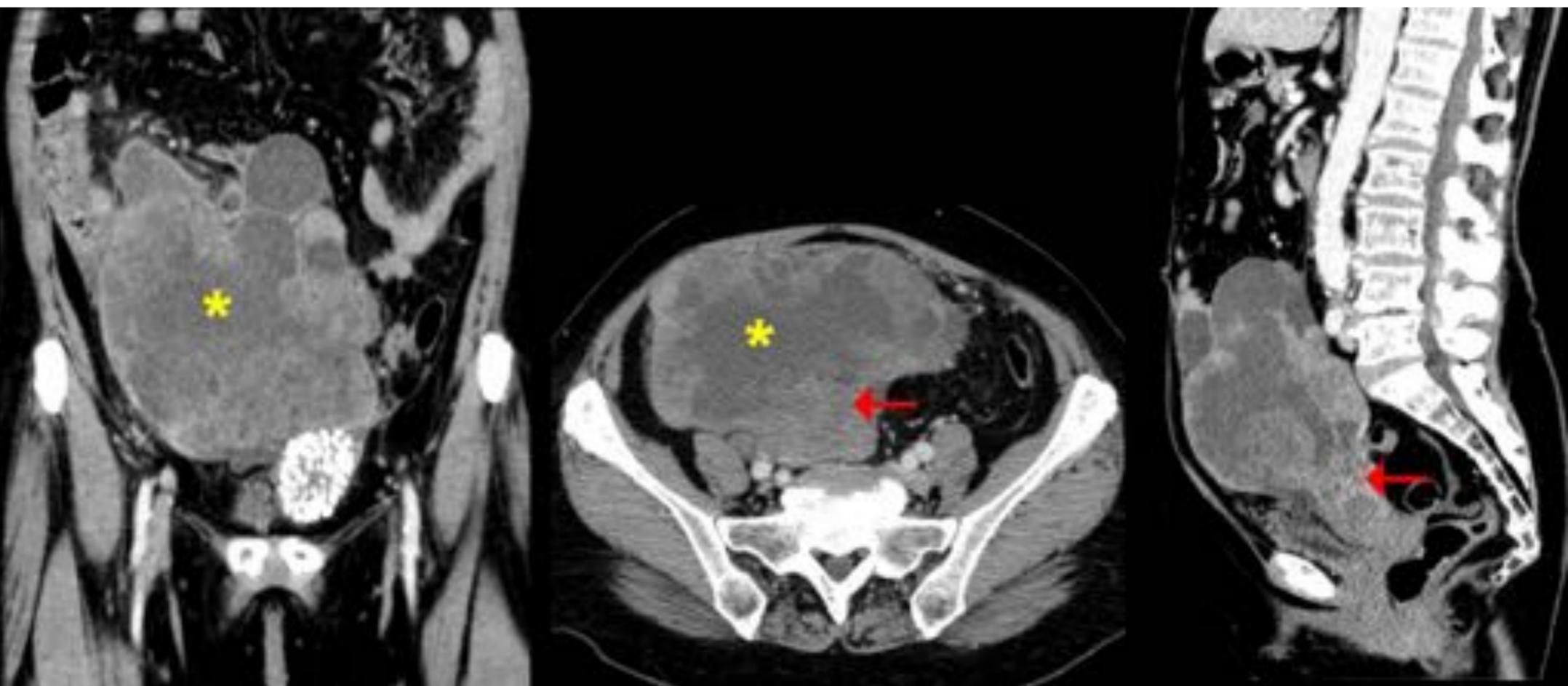
### MASAS DE PARTES BLANDAS

- [Carcinoma primario de las trompas de Falopio](#)

- Neoplasia maligna rara
- Mujeres posmenopáusicas
- Dolor abdominal o sangrado vaginal
- El tipo más común es el **adenocarcinoma seroso**

#### HALLAZGOS EN TC:

- NO signos específicos
- **Gran masa anexial sólido-quística unilateral +/- trompa de Falopio ipsilateral dilatada**
- Debido al gran tamaño → difícil determinar el órgano origen → en la mayoría requiere estudio histológico para confirmar el diagnóstico.



**Mujer de 65 años con dolor en fosa iliaca derecha, con sospecha de apendicitis.**

Extensa masa sólida pélvica, intraperitoneal, en íntimo contacto con el fondo uterino (→), muy heterogénea con importantes **áreas quístico-necróticas** en su interior (\*). El anejo derecho no se logra identificar, probablemente infiltrado por la masa. Condiciona desplazamiento posterior de los vasos ilíacos derechos. La paciente fue intervenida de histerectomía con doble anexectomía, con hallazgo histológico de **adenocarcinoma primario de trompa de Falopio derecho**.



## SÓLIDAS

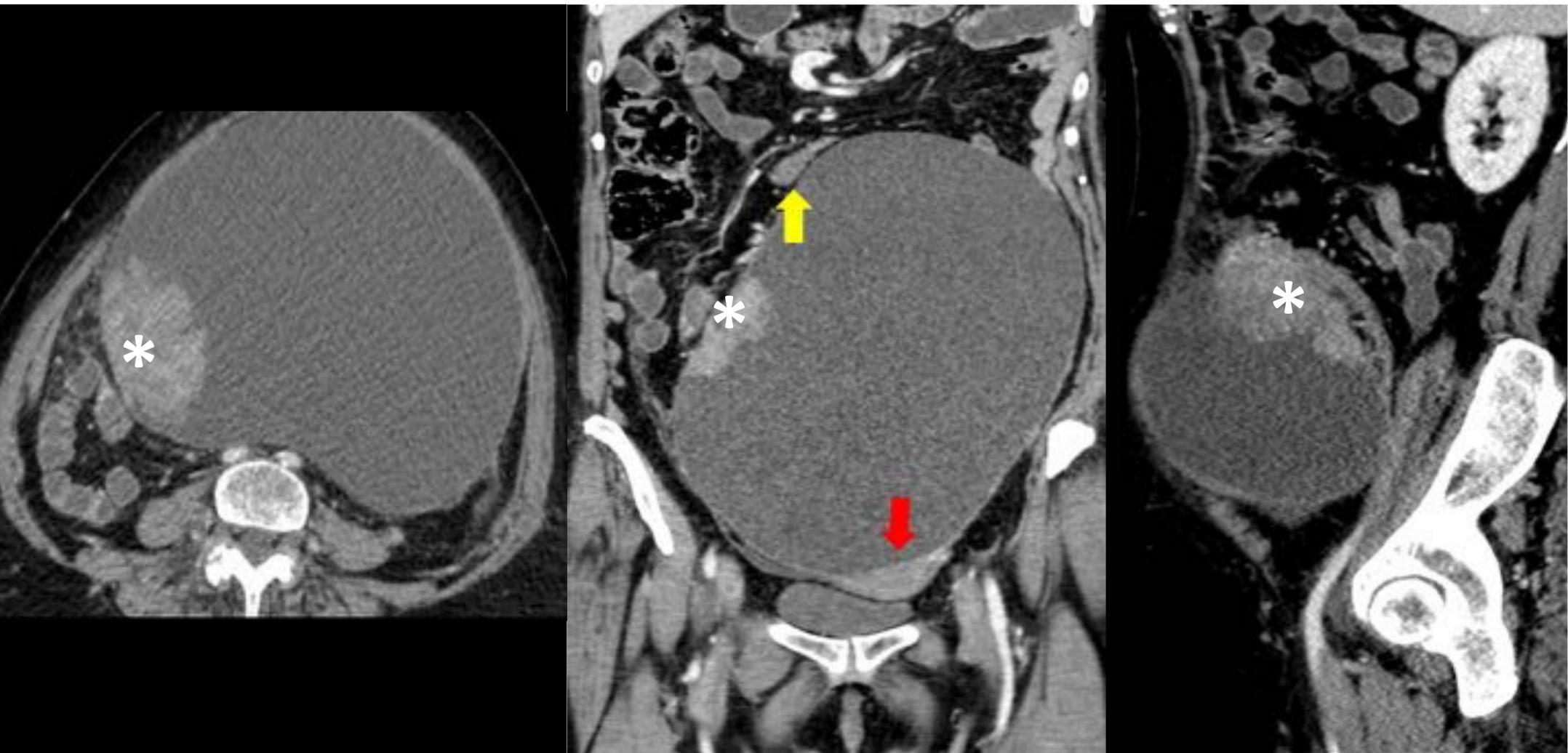
### MASAS DE PARTES BLANDAS

- **Carcinoma endometroide de ovario**

- **Subtipo de tumor ovárico epitelial** (8-15% de los carcinomas de ovario)
  - 85% de los tumores malignos de ovario son epiteliales
- La mayoría son **malignos e invasivos**.
- +/- asociado a **endometriosis**
- +/- asociado a **hiperplasia o carcinoma endometrial**
- **Bilateral 20-40%**
- Mejor pronóstico que el cistoadenocarcinoma seroso o mucinoso de ovario (tumores epiteliales)

#### HALLAZGOS EN TC:

- NO signos específicos
- **Gran masa anexial compleja con componentes sólido-quísticos variables**
- +/- engrosamiento endometrial, endometriosis o masa contralateral



#### **Mujer de 64 años con dolor abdominal difuso y estreñimiento.**

Gran masa sólido-quística heterogénea en la pelvis, intraperitoneal, que se extiende por el flanco izquierdo. Presenta un polo sólido polilobulado en su vertiente derecha (\*) que parece corresponder al ovario derecho. Condiciona el desplazamiento de las asas intestinales hacia arriba (→) y del útero hacia abajo (→). Hallazgos relacionados con la neoplasia de ovario. El estudio histológico confirmó un **cistoadenocarcinoma endometrioide de ovario bien diferenciado, sobre una endometriosis quística de ovario**.



## SÓLIDAS

### MASAS DE PARTES BLANDAS

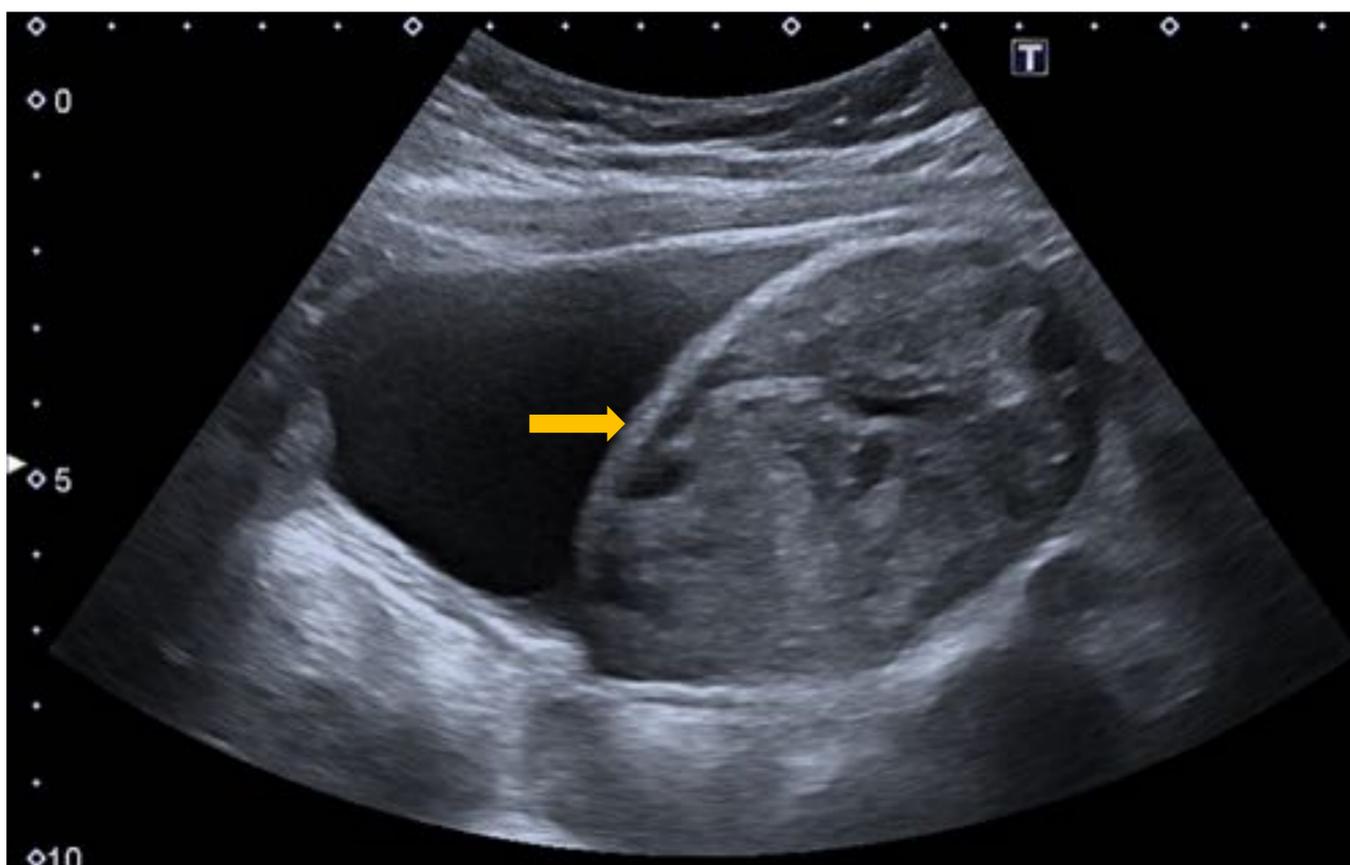
- “Tumors-like lesions”:

- Torsión anexial

- Rotación del ovario y de la trompa de Falopio con el pedículo vascular.
- Puede ser intermitente o permanente
- Estasis venosa, arterial y linfática.
- Dolor pélvico severo e inespecífico + náuseas y vómitos.
- Causas:
  - Niños pequeños → trompas de Falopio largas o mesosálpinx ausente.
  - Edad adulta → tumores de ovario u ovarios poliquísticos.
  - Embarazo temprano → por quiste del cuerpo lúteo o laxitud de los tejidos adyacentes.

#### HALLAZGOS EN ECO:

- Ovario edematoso aumentado de tamaño respecto al contralateral
- Desplazamiento hacia la línea media
- Ecogenicidad variable
- Desplazamiento periférico de los folículos con estroma central hiperecogénico
- Líquido libre en pelvis
- DOPPLER: ↓ flujo venoso (frecuente); ↓ flujo arterial (infrecuente; peor pronóstico)



Niña de 7 años con dolor en fosa iliaca derecha y vómitos

Ovario derecho muy aumentado de tamaño (→) respecto al contralateral, con ecogenicidad heterogénea y baja señal Doppler en su interior (no mostrado en imagen). Asocia pequeña cantidad de líquido libre en pelvis



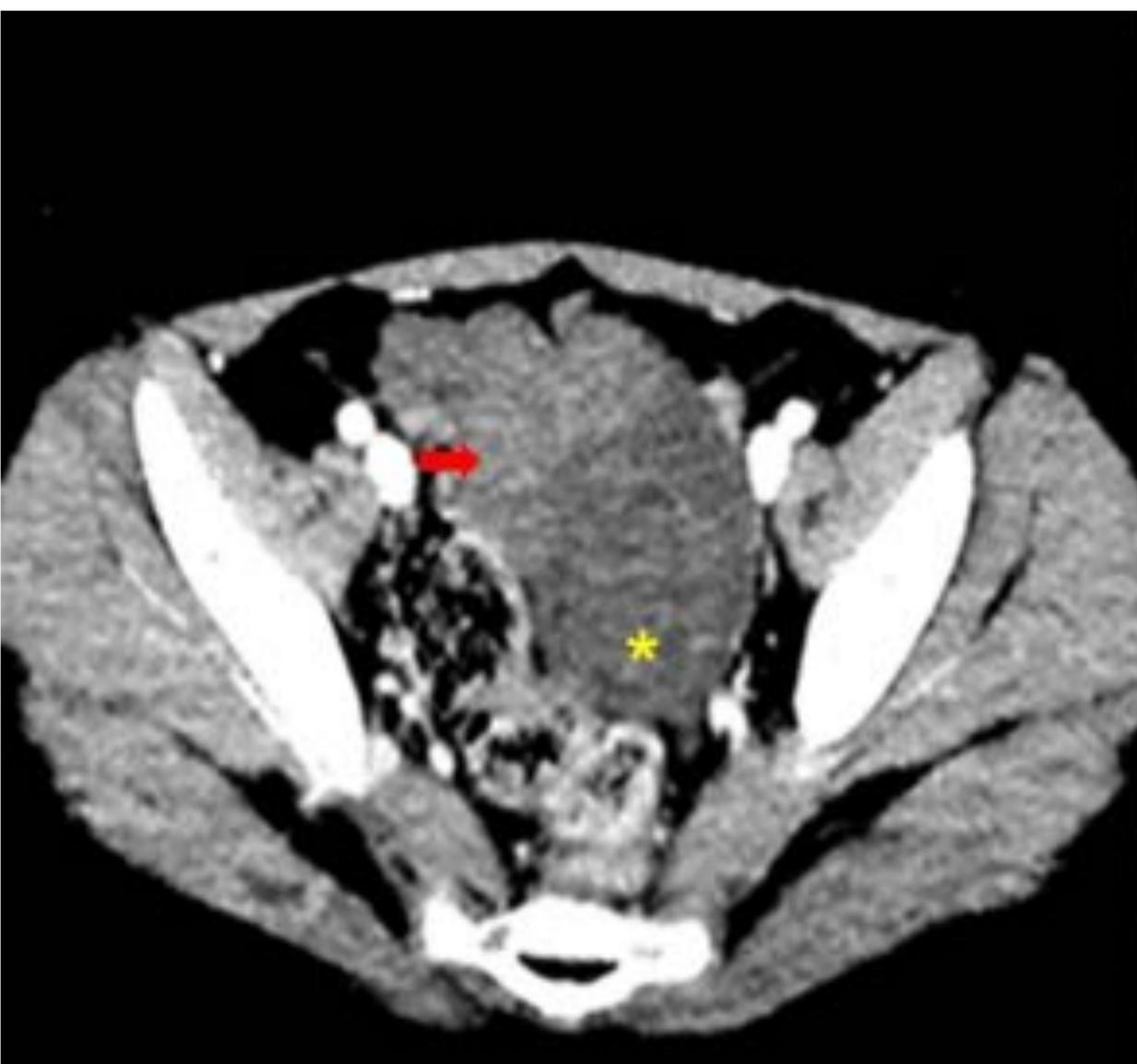
## SÓLIDAS

### MASAS DE PARTES BLANDAS

- “Tumors-like lesions”:
  - Torsión anexial

#### HALLAZGOS EN TC:

- Ovario edematoso muy aumentado de tamaño respecto al contralateral
- Desplazamiento hacia la línea media
- Zonas de escaso realce de contraste → áreas de alteración en la perfusión (\*)
- Pedículo vascular distendido/torsionado (→), con mayor realce de contraste
- Aumento de trabeculación de la grasa adyacente (edema)
- Líquido libre en pelvis





## SÓLIDAS

### MASAS DE PARTES BLANDAS

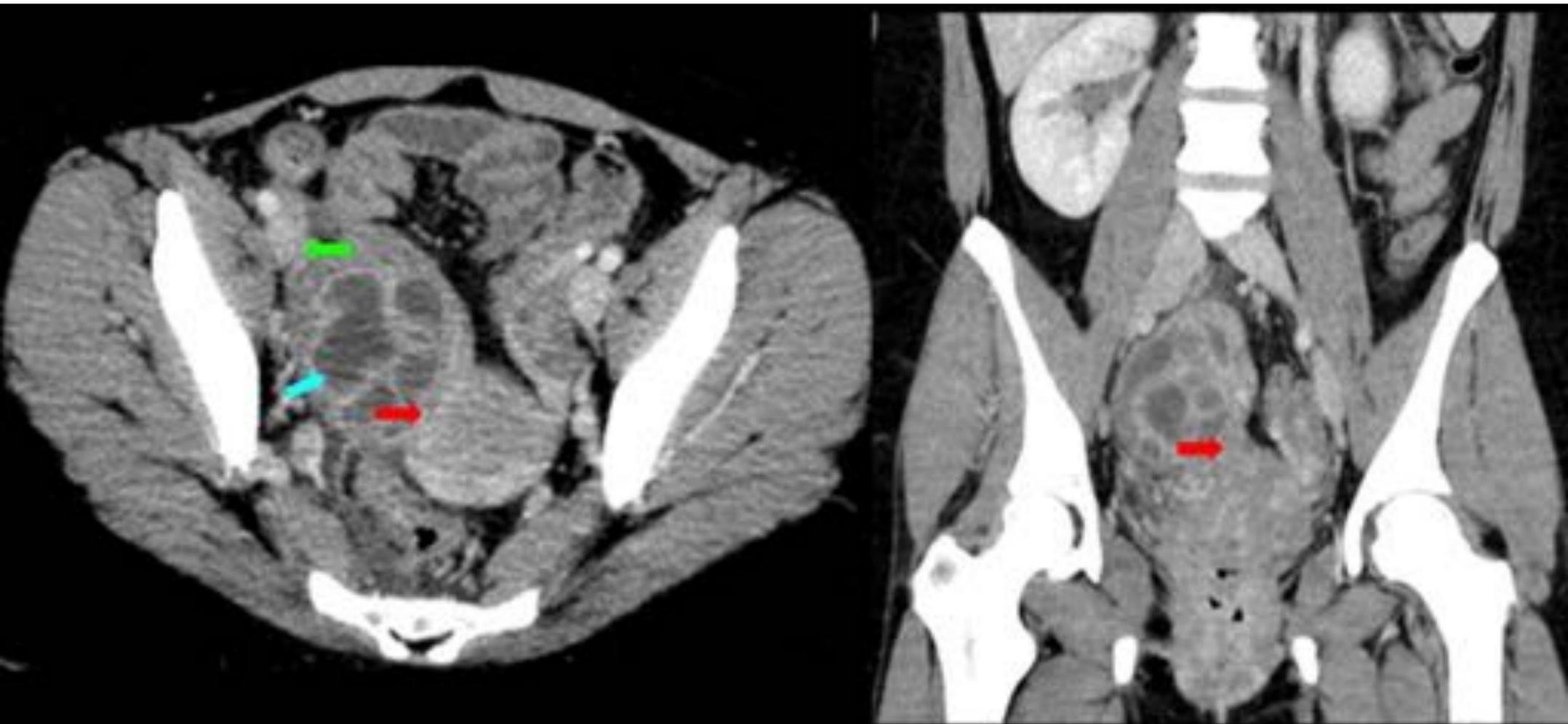
- “Tumors-like lesions”:

- Absceso tuboovárico

- Complicación tardía de la enfermedad pélvica inflamatoria → formación de una **masa sólida y quística compleja anexial** con pérdida de la arquitectura normal del ovario ipsilateral
- Fiebre, dolor pélvico, flujo vaginal y ↑ marcadores inflamatorios.

#### HALLAZGOS EN TC:

- Masa anexial solido-quística multilocular con septos (→)
- Engrosamiento de la pared con hiperrealce
- Pérdida de los planos grasos de separación con los órganos pélvicos adyacentes (→)
- Engrosamiento de los ligamentos uterosacros
- Líquido libre en pelvis
- En la mayoría de casos no se logra identificar separación entre el ovario y trompa de Falopio con la masa inflamatoria (absceso)



#### Paciente de 23 años con dolor en fosa iliaca derecha, diarrea, fiebre y aumento de RFA

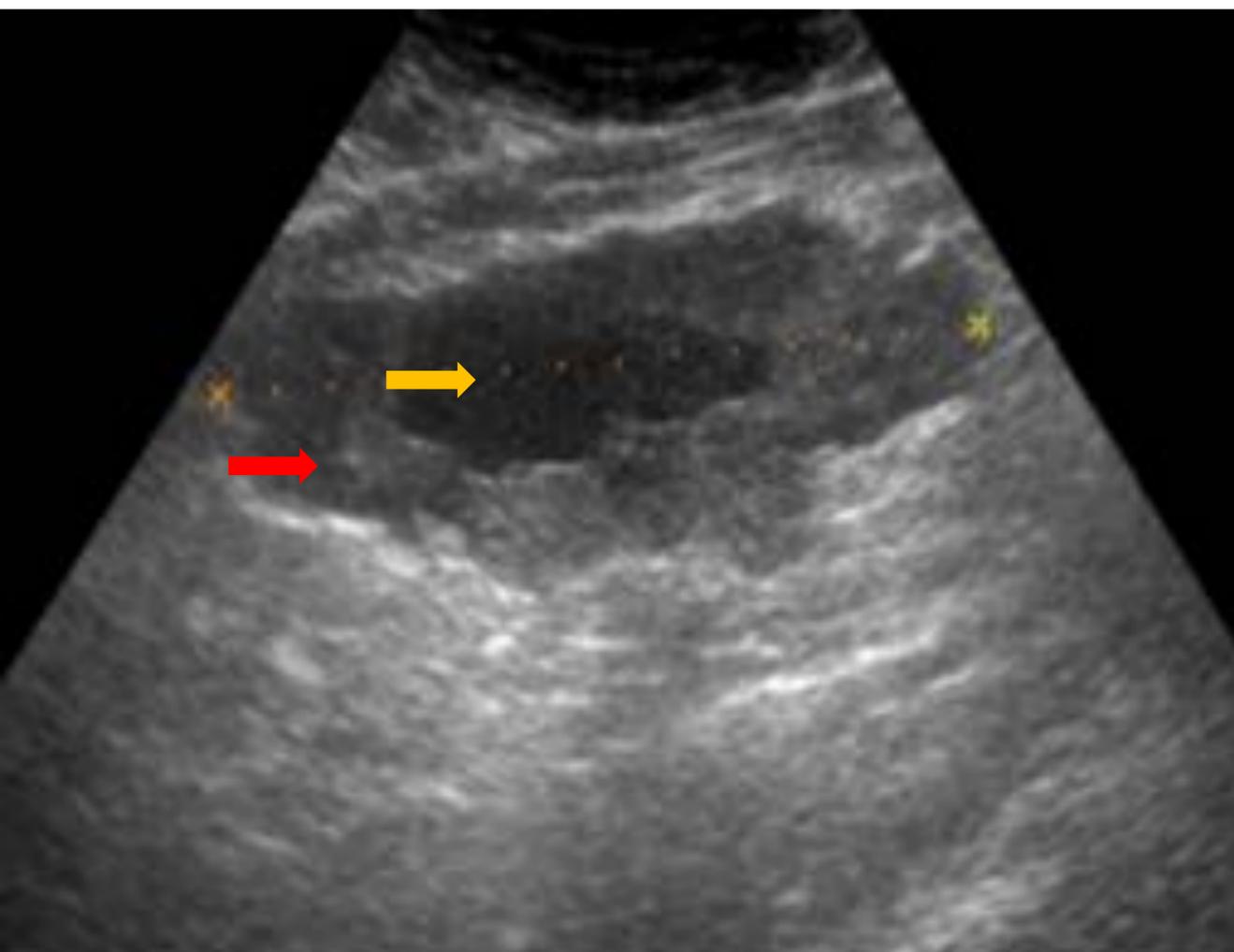
Masa anexial derecha heterogénea, sólida con múltiples quistes en su interior y septos internos engrosados con aumento de realce (→). Muestra pérdida del plano graso con el útero (→) y asocia congestión de los vasos ováricos (→). El útero está desplazado hacia la izquierda y posterior, mostrando un tamaño y densidad normal. Estos hallazgos son sugestivos de **absceso tuboovárico**, que fue confirmado tras la cirugía.



## SÓLIDAS

### MASAS DE PARTES BLANDAS

- **GIST mesentérico primario**
- Tumor mesenquimatoso + FC del tracto gastrointestinal
  - ↑estómago y en el intestino delgado.
  - Una minoría → primarios en el epiplón, la cavidad peritoneal o retroperitoneo.
- Características que sugieren malignidad:
  - Crecimiento exogástrico
  - Diámetro > 5 cm
  - Necrosis central
  - Extensión a otros órganos.



#### HALLAZGOS EN ECO:

- Masa sólida de ecogenicidad heterogénea
  - Áreas sólidas (→):  
↑ecogenicidad  
↑señal Doppler
  - Áreas degeneración quístico-necrótica (→):  
↓ecogenicidad  
NO señal Doppler

**Varón de 62 años con dolor difuso y distensión abdominal de 3 meses de evolución**

ECO: Gran masa de ecogenicidad heterogénea en hemiabdomen inferior anterior, con áreas quísticas en su interior (→), de 20 cm de diámetro transversal.



## SÓLIDAS

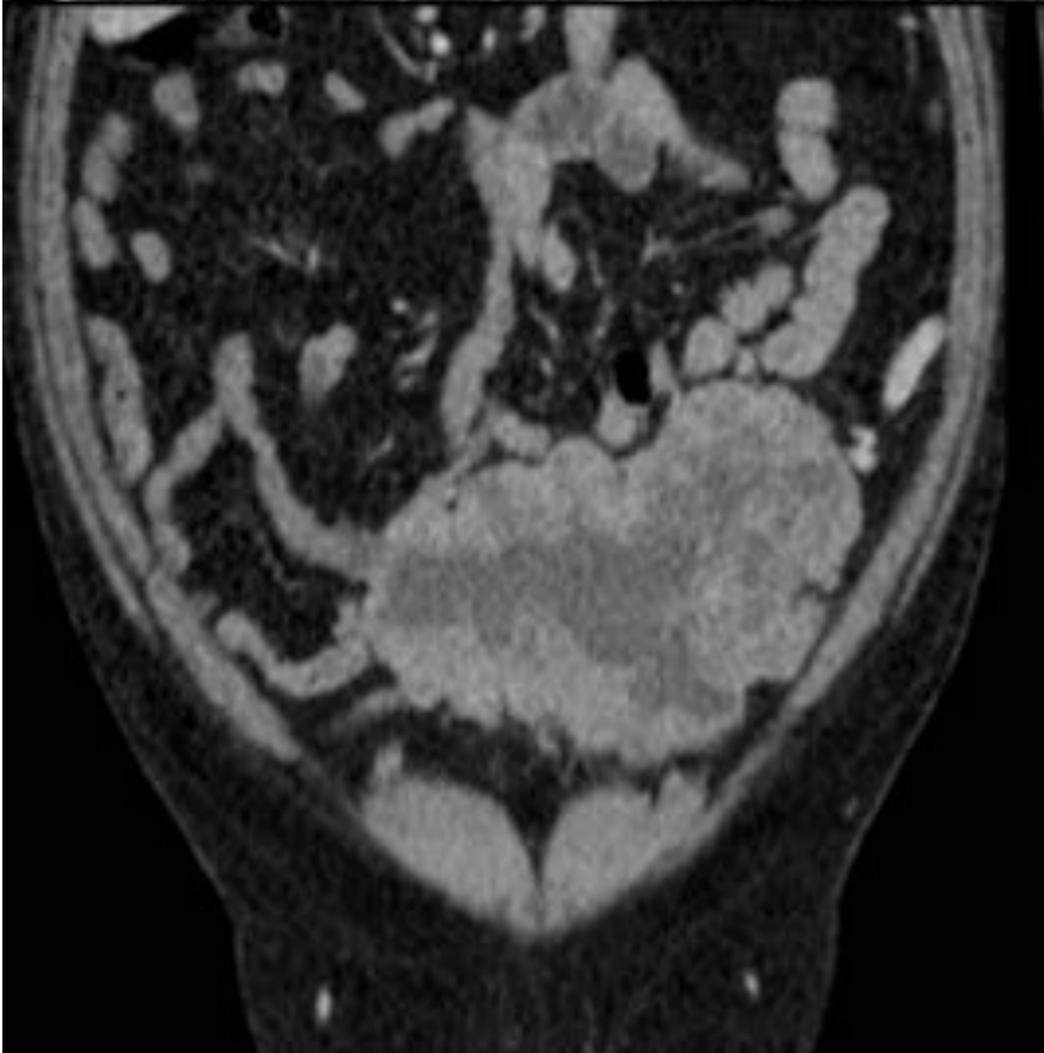
### MASAS DE PARTES BLANDAS

- GIST mesentérico primario



#### HALLAZGOS EN TC:

- **VARIABLES**, dependiendo del tamaño y la agresividad del tumor
- **Masa sólida de gran tamaño, hipervascular (↑ realce)**
- **Heterogénea**, secundaria a áreas de degeneración quístico-necrótica y hemorragia
- Efecto de masa con desplazamiento de los órganos y vasos adyacentes
- Puede ser difícil determinar su origen debido a su tamaño
- **GIST pequeños** → pólipos homogéneos endoluminales



Gran masa polilobulada, bien definida, en mesenterio anterior pélvico. Presenta áreas de degeneración quístico-necrótica en su interior (\*), con aumento de contraste periférico correspondiente a componente tumoral sólido, en relación con **GIST primario mesentérico**.



## SÓLIDAS

### MASAS GRASAS

- **Liposarcoma peritoneal**

- Tumor maligno con diferenciación grasa.
- Varios grupos desde el punto de vista histológico y genético:
  - Liposarcomas bien diferenciados
  - Liposarcomas dediferenciados
  - Liposarcomas pleomórficos
  - Liposarcomas mixoides

### HALLAZGOS EN TC:

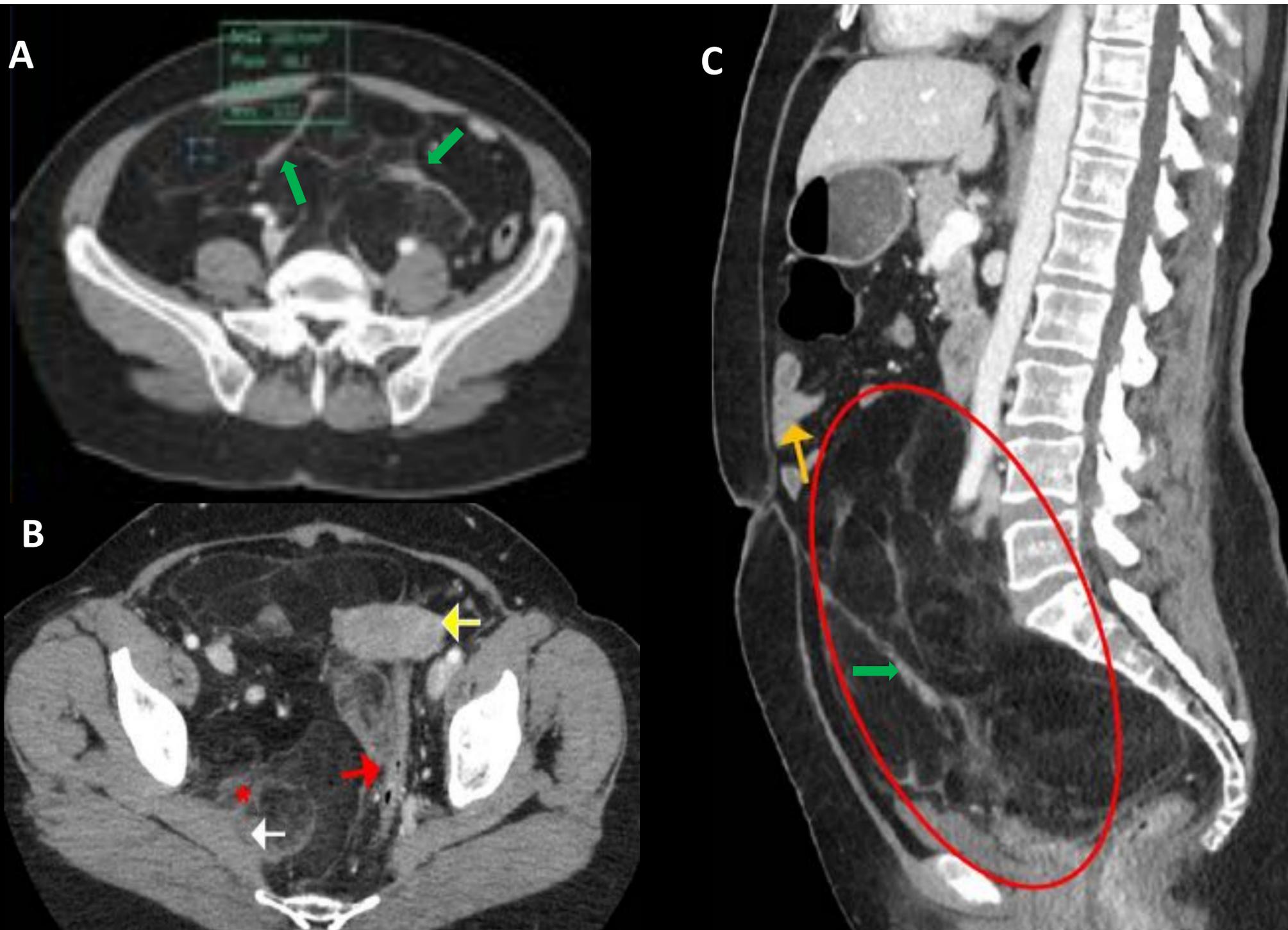
- **3 PATRONES EN TC** basados en la cantidad de grasa y su distribución:
  - **SÓLIDO:** atenuación  $> +20$  UH
  - **MIXTO:** áreas con atenuación  $< -20$  UH y áreas con  $> +20$  UH
  - **PSEUDOQUÍSTICO:** densidad homogénea entre  $-20$  UH y  $+20$  UH
- **Sospechar liposarcoma:**
  - Atenuación heterogénea → áreas de tejidos blandos en el interior de la masa grasa
  - Pobre definición de las estructuras adyacentes
  - Infiltración/invasión de estructuras vecinas
  - +/- calcificación



## SÓLIDAS

### MASAS GRASAS

- Liposarcoma intraabdominal



#### Mujer de 60 años con estreñimiento de 12 días de evolución y dolor abdominal

Gran masa retroperitoneal de contenido graso (-67 UH), con extensión a la grasa mesentérica intraabdominal. Presenta mínima áreas de atenuación de partes blandas en el espacio presacro derecho (B; \*) y múltiples tabiques de diferente grosor en su interior (A y C; →).

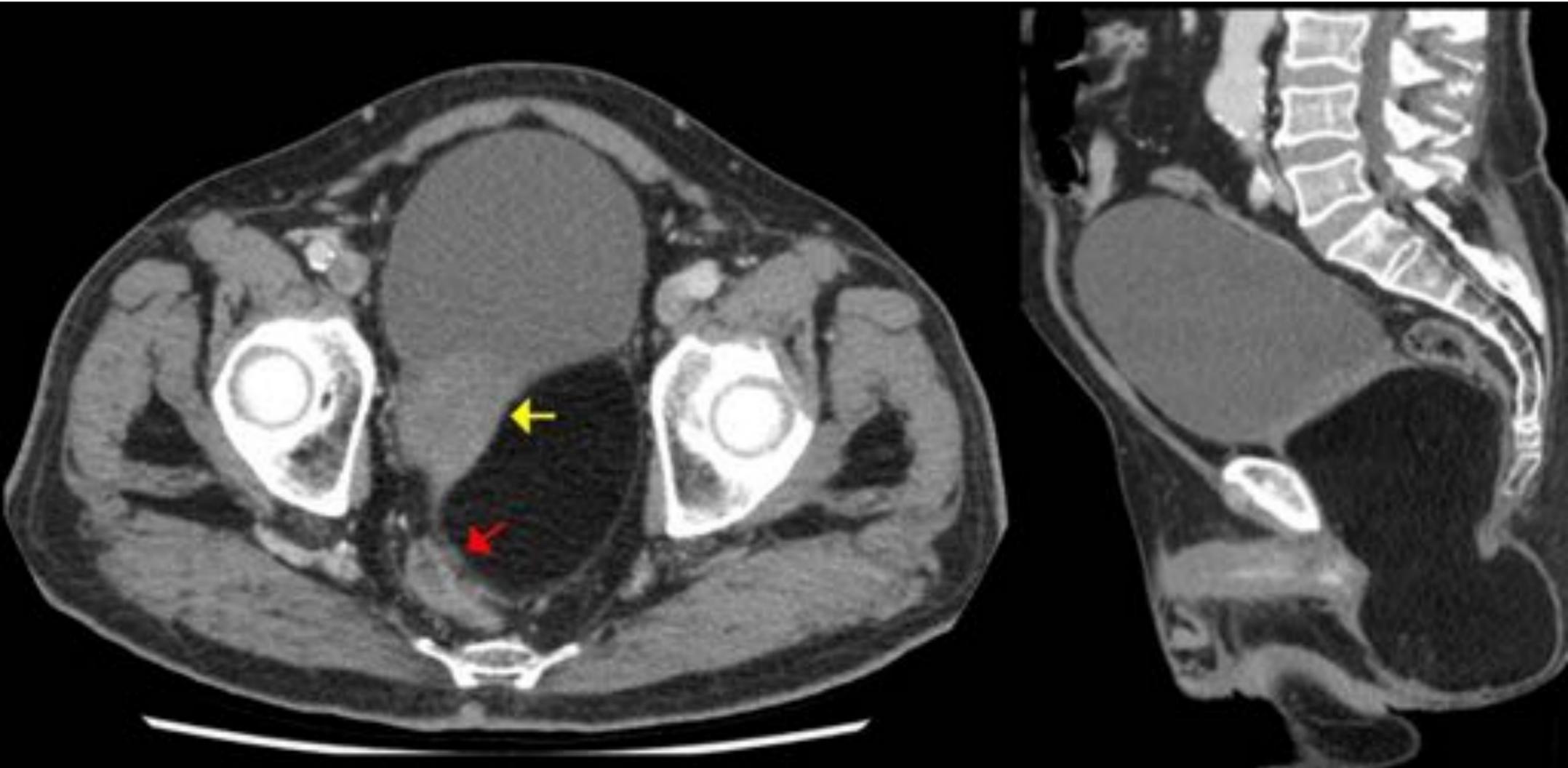
La lesión muestra márgenes mal definidos con unas dimensiones de 204x204x86 mm. El margen inferior derecho contacta con el músculo piriforme (B; →). La masa condiciona desplazamiento del útero hacia delante (B; →), el colon descendente y el sigmoide hacia la izquierda (B; →) y las asas del intestino delgado hacia craneal (C; →). Hallazgos compatibles con liposarcoma.



## SÓLIDAS

### MASAS GRASAS

- Liposarcoma peritoneal



Paciente de 75 años con "bultoma" perianal.  
No asocia dolor ni cambios inflamatorios adyacentes.

Lesión grasa homogénea, bien definida, que se extiende desde la grasa pararectal izquierda hasta la fosa isquiática, con una longitud de 16 cm. Esta delimitada por una cápsula fina, lisa, sin focos de partes blandas en su interior. Condiciona desplazamiento posterior y lateral del recto (→), desplazamiento lateral de la próstata (→).

Los hallazgos son sugestivos de lipoma, sin poder descartar malignidad dado su gran tamaño (>10 cm).





## SÓLIDAS

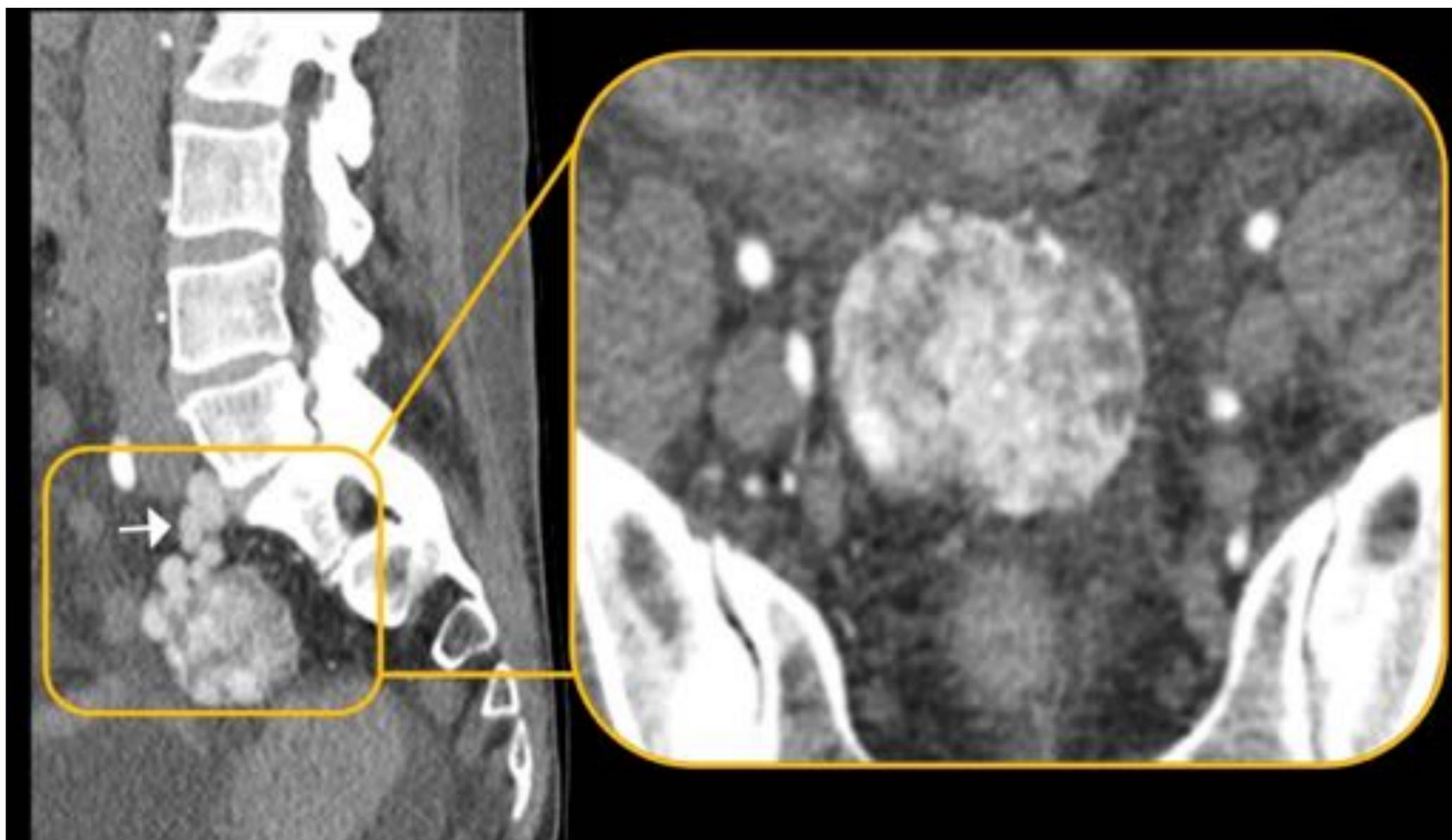
### MASAS HIPERVASCULARES

- **Paraganglioma pélvico**

- **Feocromocitoma** → tumor neuroendocrino compuesto por células cromafines que surgen de la glándula suprarrenal.
- **Paraganglioma** → “**feocromocitoma extraadrenal**” → ↑retroperitoneo, la región craneocervical y la vejiga.
- DCO clínico-laboratorio-radiológico-histológico
- Asintomáticos o sintomático (**hipertensión, taquicardia y dolor abdominal inespecífico**).
- **↑ catecolaminas en sangre y orina**

#### HALLAZGOS EN TC:

- Masa sólida **HIPERVASCULAR** (↑ realce), bien definida
- Heterogénea, con pequeños focos calcificados
- Localizada en el retroperitoneo pélvico, adyacente a los vasos ilíacos comunes



#### Mujer de 50 años con hipertensión arterial y dolor abdominal difuso

Masa hipervascular pélvica, en espacio presacro, retroperitoneal, bien definida. Muestra una densidad de partes blandas, con hiperrealce y múltiples várices tortuosas adyacentes (→). Mantiene el plano graso de separación con el cuerpo uterino.



## SÓLIDAS

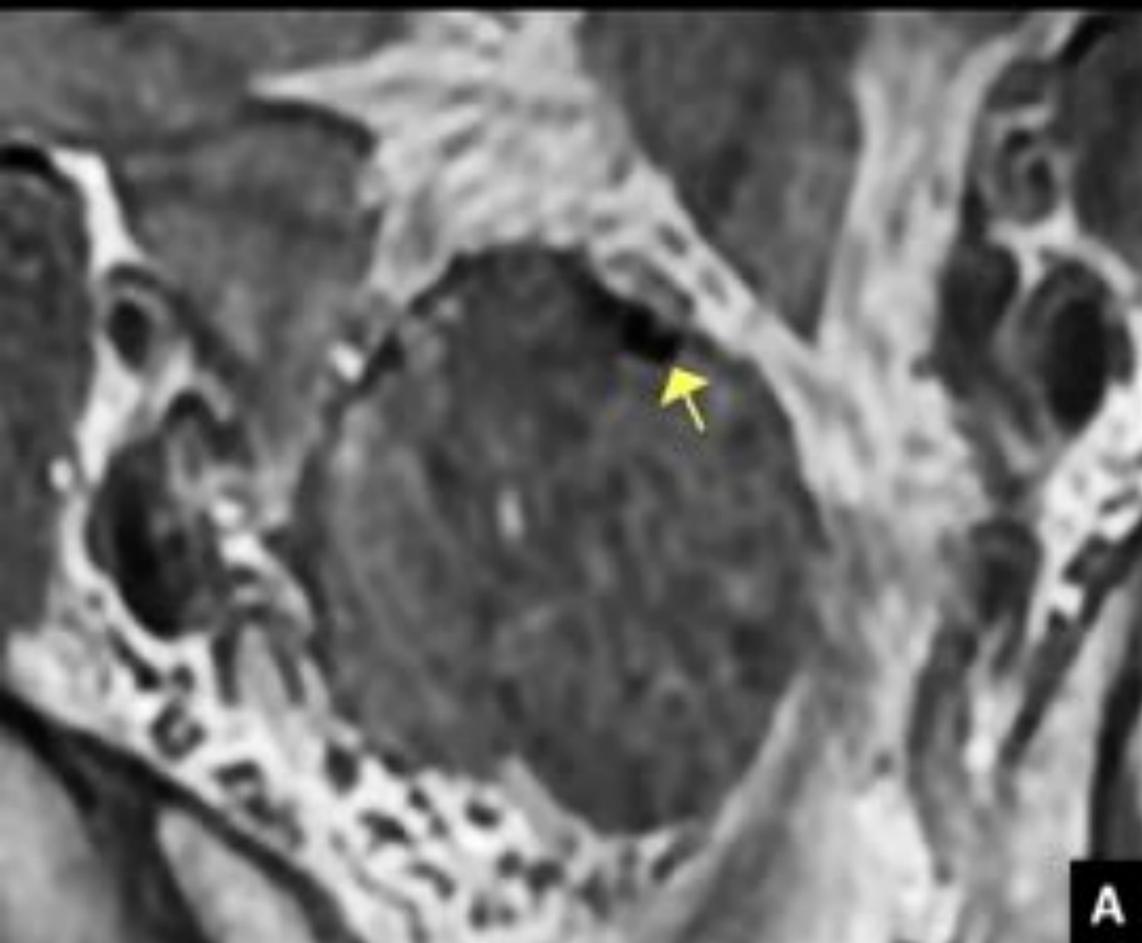
### MASAS HIPERVASCULARES

- Paraganglioma pélvico

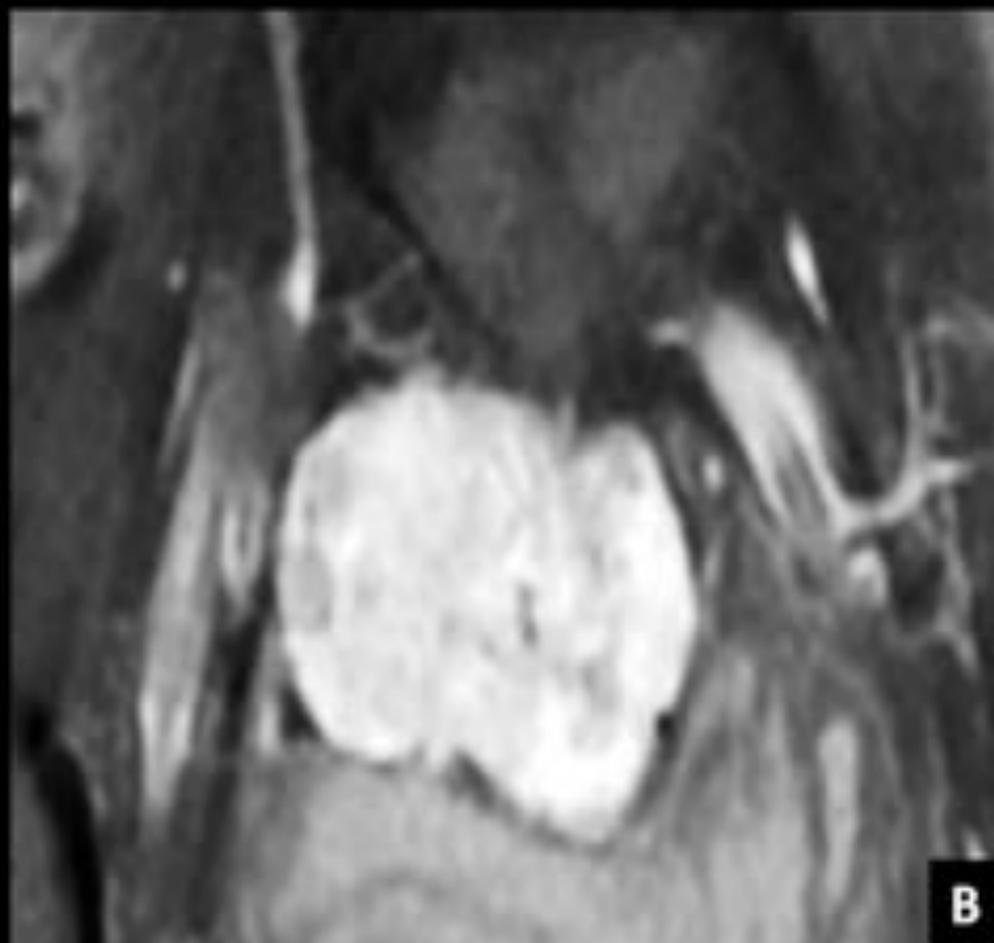
#### HALLAZGOS EN RM:

- ↓/iso señal T1, ↑ señal T2
- ÁVIDA CAPTACIÓN DE CONTRASTE

*Axial T1-weighted MRI*



*Coronal contrast enhanced T1-weighted MRI*



La masa es predominantemente isointensa con el músculo en la imagen potenciada en T1 (A), rodeada por un fino margen hipointenso (→), y muestra un ávido realce tras la administración de material de contraste a base de gadolinio (B). Estas características radiológicas son típicas del feocromocitoma/paraganglioma extraadrenal, que fue posteriormente confirmado con estudio histológico.



## SÓLIDAS

### MASAS CALCIFICADAS

- Teratoma ovárico inmaduro

- Tumores de células germinales de ovario poco FC.
- Histológicamente presentan **tejido inmaduro**
- Clínicamente tienen un **comportamiento + maligno** que los teratomas maduros.
  - Afectan a **pacientes + jóvenes**
  - Masa pélvica palpable o dolor abdominal

#### HALLAZGOS EN TC y RM:

- **Masa sólido-quística, con relace heterogéneo**
  - Componente sólido → **calcificaciones y pequeñas áreas de grasa**
  - Componente quístico → material seroso, mucinoso o sebáceo



#### Niña de 18 años con masa pélvica palpable

Gran masa pélvica intraperitoneal heterogénea, con áreas quísticas (\*), componente de partes blandas (→), pequeños focos de grasa y calcificaciones dispersas (→ blanca). La lesión parece ser anexial izquierda, aunque debido a su gran tamaño es difícil determinar su origen. Desplaza el útero hacia posterior (→). Tras la resección de la lesión, se confirmó por estudio histológico teratoma ovárico inmaduro.



## SÓLIDAS

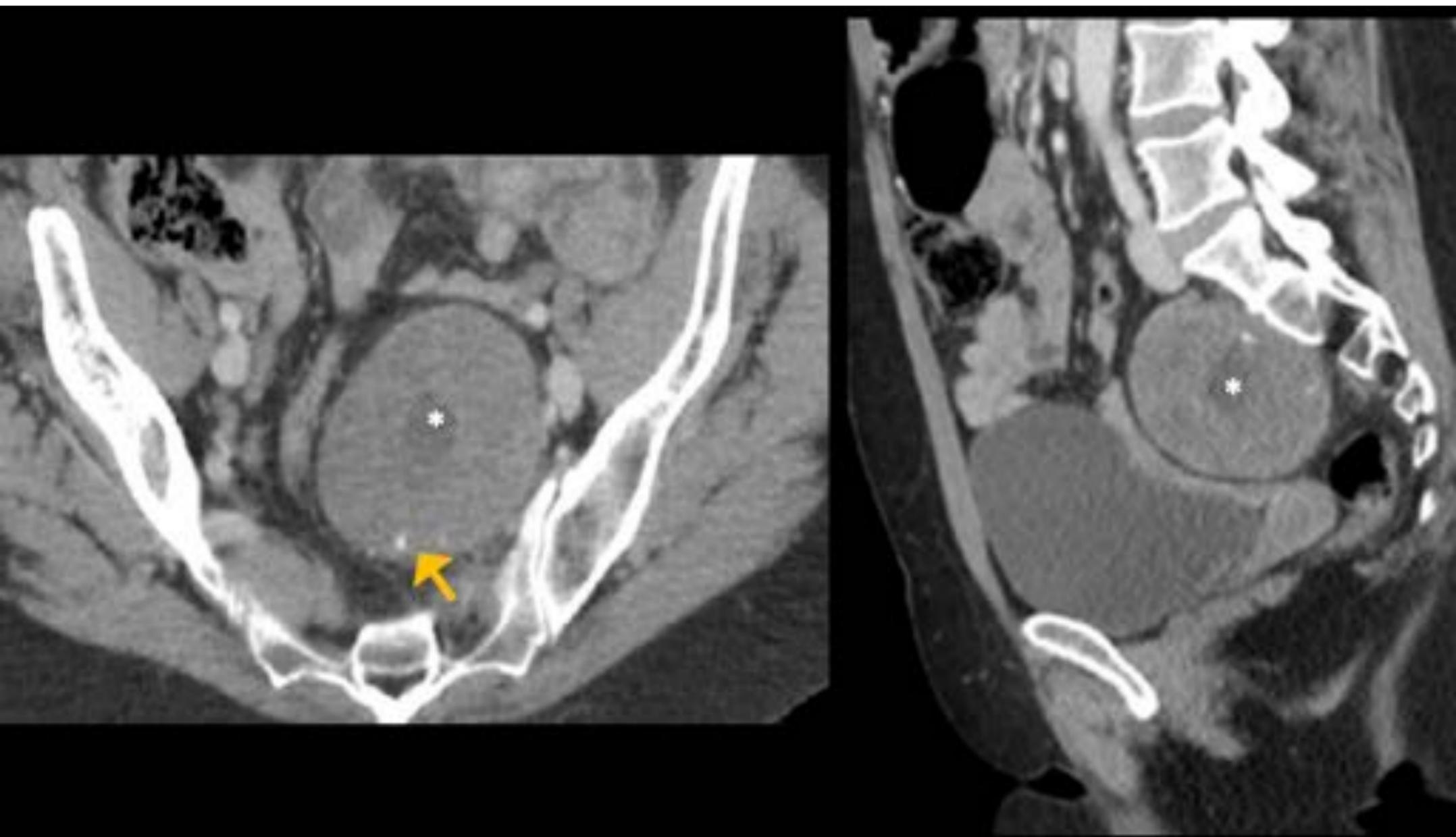
### MASAS MIXOIDES

- Schwannoma antiguo

- Variante rara de schwannoma
- Se caracteriza por degeneración y ↓ de la celularidad.
- Cabeza, mediastino, retroperitoneo y pelvis (presacro)

#### HALLAZGOS EN TC:

- Masa sólida, bien definida
- Realce heterogéneo de contraste
- Áreas quísticas
- +/- calcificación
- Afectación del conducto radicular nervioso del que derivan



#### Mujer de 75 años con masa pélvica detectada incidentalmente

Masa sólida presacra bien definida, retroperitoneal, con pequeña área de degeneración quística en su interior (\*), y focos de calcificación puntiforme (→).



## SÓLIDAS

### MASAS MIXOIDES

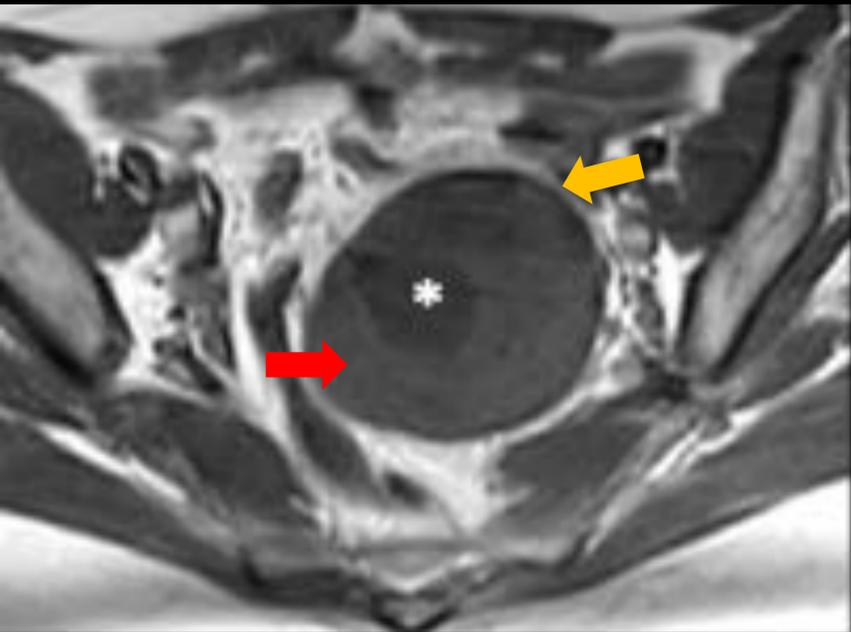
- Schwannoma

#### HALLAZGOS EN RM:

- Masa sólida compleja, bien definida, con fina cápsula fibrosa (→; ↓ señal T1 y T2)

		T1	T2	Tras contraste
Componente quístico (*)	Áreas de degeneración	↓ señal	↑señal T2 homogénea	NO captación
Componente sólido (→)	Tumor residual	↓ señal	↑señal T2 heterogénea	Realce variable y heterogéneo

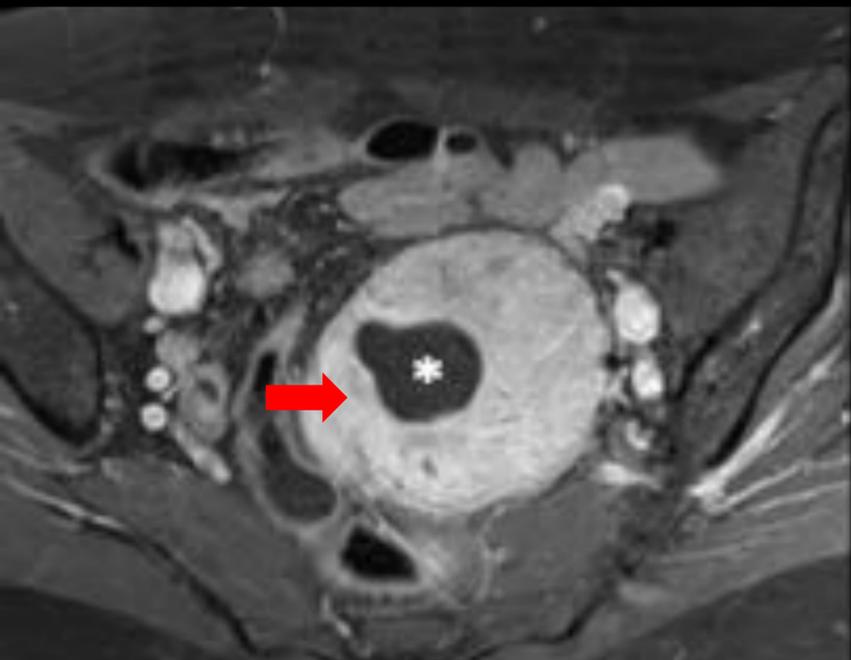
*Axial T1-weighted MRI*



*Sagittal T2-weighted MRI*



*Axial contrast enhanced T1-weighted MRI*





### **3. CONCLUSIONES**

- El diagnóstico de masas pélvicas puede ser difícil para el radiólogo porque no siempre es posible determinar el origen de estas masas y los hallazgos radiológicos pueden ser similares.
- Un enfoque sistemático de las características de imagen y el contexto clínico puede ayudar a reducir el diagnóstico diferencial.



## 4. REFERENCIAS

1. Stephanie Nougaret, Ines Nikolovski, Viktoriya Paroder, Hebert A. Vargas, Evis Sala, Sebastien Carrere, Raphael Tetreau et al. MRI of Tumors and Tumor Mimics in the Female Pelvis: Anatomic Pelvic Space-based Approach. *Radiographics*. 2019; 39(4):1205-1229.
2. Reiter MJ, Schwoppe RB, Lisanti CJ. Algorithmic approach to solid adnexal masses and their mimics: utilization of anatomic relationships and imaging features to facilitate diagnosis. *Abdom Imaging*. 2014;39(6):1284-96.
3. Shanbhogue AK, Fasih N, Macdonald DB, Sheikh AM, Menias CO, Prasad SR. Uncommon primary pelvic retroperitoneal masses in adults: a pattern-based imaging approach. *Radiographics*. 2012 ;32(3):795-817.
4. Fonseca C, Carvalho S, Cunha TM, Gil RT, Abecasis N. The many faces of pseudomyxoma peritonei: a radiological review based on 30 cases. *Radiol Bras*. 2019;52(6):372-377.
5. Janio Szklaruk, Eric P. Tamm, Haesun Choi, Vithya Varavithya. MR Imaging of Common and Uncommon large pelvic masses. *Radiographics*. 2003 ;23(2):403-424.
6. Satomi Kawamoto, Bruce A. Urban, and Elliot K. Fishman. CT of Epithelial Ovarian Tumors. *RadioGraphics* 1999;19(suppl\_1); S85-S102.
7. Xie Hong, Haesun Choi, Evelyne M. Loyer, Robert S. Benjamin, Jonathan C. Trent, and Chusilp Charansangavej. Gastrointestinal Stromal Tumor: Role of CT in Diagnosis and in Response Evaluation and Surveillance after Treatment with Imatinib. *RadioGraphics* 2006.26(2):481-495.
8. Qiao HS, Feng XL, Yong L, Yong Z, Lian ZJ, Ling LB. The MRI of extraadrenal pheochromocytoma in the abdominal cavity. *Eur J Radiol* 2007;62(3): 335–341.
9. Eric K. Outwater, Evan S. Siegelman, and Jennifer L. Hunt. Ovarian Teratomas: Tumor Types and Imaging Characteristics. *RadioGraphics* 2001; 21(2);475-490
10. Smart OC, Gedroyc WG, Regan LR. Pelvic schwannoma: a retroperitoneal tumour mimicking uterine leiomyoma. *J Obstet Gynaecol* 2007;27(1):94–96.