



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Utilidad de la resonancia magnética abdominopélvica en el diagnóstico de abscesos tuboováricos

Clara Ruiz-Guerrero*, Ángel Daniel Domínguez-Pérez, Joaquín Ortega-Quintanilla, Verónica Nacarino Mejías, Herminia Pérez-Vega y M. Alcázar Iribarren-Marín

UGC de Radiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 21 de enero de 2010; aceptado el 4 de abril de 2011
Accesible en línea el 11 junio 2011

PALABRAS CLAVE

Absceso tuboovárico;
Resonancia Magnética;
Enfermedad Inflamatoria
pélvica

KEYWORDS

Tuboovarian abscess;
Magnetic resonance
imaging;
Pelvic inflammatory
disease

Resumen Se presenta el caso clínico de una paciente de 39 años con absceso tuboovárico diagnosticado por RM pélvica. Destacamos la importancia de esta técnica de imagen para diferenciarlos de otros procesos pélvicos, principalmente neoplásicos.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Utility of abdominopelvic magnetic resonance imaging in the diagnosis of tubo-ovarian abscesses

Abstract We present the case of a 39-year-old woman with a tubo-ovarian abscess diagnosed by pelvic magnetic resonance imaging. We highlight the importance of this imaging technique in differentiating these abscesses from other pelvic processes, especially neoplasms.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los abscesos tuboováricos constituyen la complicación tardía de la enfermedad pélvica inflamatoria. El diagnóstico se basa en la clínica y la ecografía transvaginal, pero al no ser sus características ecográficas exclusivas, pueden plantear dudas en el diagnóstico diferencial con las neoplasias de ovario, sobre todo cuando la clínica no es sugestiva. En estos

casos, la RM permite una mejor diferenciación y caracterización de las estructuras y, en consecuencia, un diagnóstico más preciso¹.

Caso clínico

Paciente de 39 años, obesa, multipara, con DM tipo 2 y antecedente de laparoscopia para drenaje y lavado de absceso tuboovárico derecho en mayo de 2008. Actualmente acude por dolor abdominal en hipogastrio y fiebre (> 38 °C). En la exploración física se objetiva dolor a la movilización del cérvix. Se realiza una ecografía vaginal, apreciándose una

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: clara_rui@hotmail.com (C. Ruiz-Guerrero).

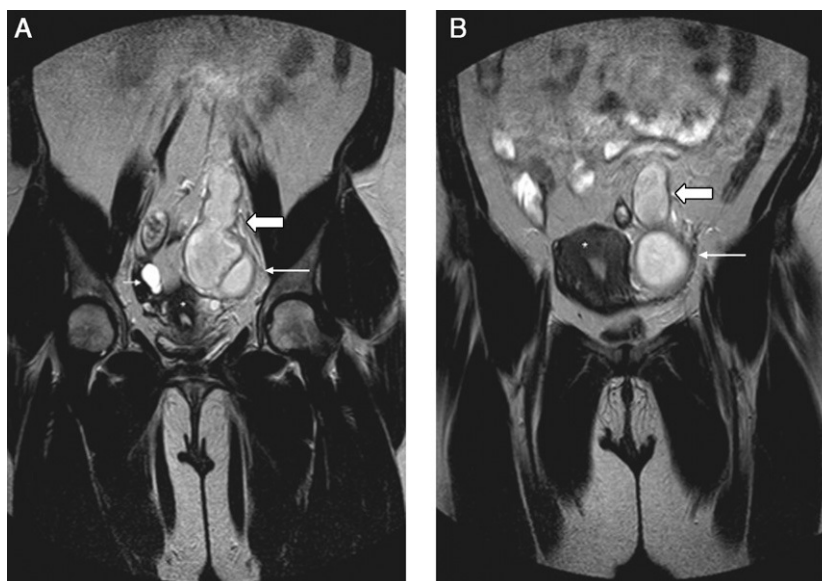


Figura 1 Imágenes en T2 en plano coronal. A) Trompa izquierda distendida y heterogéneamente hiperintensa (flecha sólida), en íntimo contacto con quiste ovárico izquierdo (flecha larga). Pequeños quistes en ovario derecho (flecha corta). El cérvix uterino aparece como una estructura hipointensa con un centro hiperintenso, el endometrio (asterisco). B) Útero (asterisco). Trompa distendida (flecha sólida) y quiste ovárico (flecha larga).

masa abigarrada en la zona anexial izquierda, indicativa, aunque no concluyente, de nueva enfermedad inflamatoria pelviana. La RM de pelvis sin gadolinio mostró gran dilatación y elongación de la trompa izquierda, que presenta un calibre de 3-4 cm, con contenido denso en su interior y quiste asociado ovárico izquierdo. Se observa una pequeña cantidad de líquido libre perianexial. Todos estos hallazgos son compatibles con piosálpinx. Se realizaron una salpingectomía izquierda y ligadura de trompa derecha. El cultivo fue positivo para *Escherichia coli* multirresistente (figs. 1-3).



Figura 2 Imagen en T2 en plano sagital. Trompa dilatada con contenido heterogéneamente hiperintenso (flechas) y su relación con quiste ovárico izquierdo (flecha sólida).

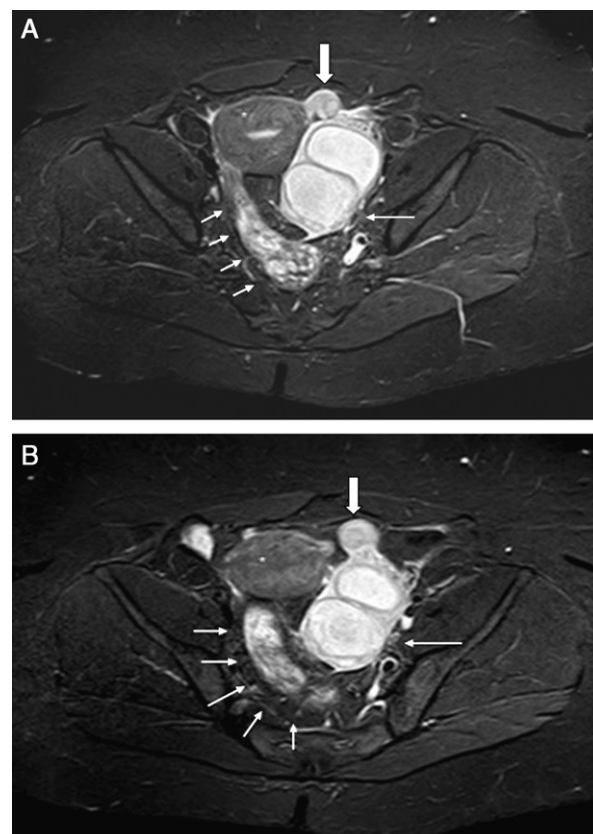


Figura 3 Imagen en T2 en plano axial con saturación de la grasa (STIR). Se visualiza la salida de la trompa dilatada (flecha sólida) desde el útero (asterisco), así como el quiste del ovario izquierdo (flecha larga). La estructura que cruza de derecha a izquierda es el recto-sigma (flechas cortas).

Discusión

Los abscesos tuboováricos (ATO) constituyen una complicación tardía de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Se estima que un tercio de la mujeres que son hospitalizadas por EPI desarrollan ATO. El ATO se da más frecuentemente en mujeres en edad fértil, como consecuencia de una infección vaginal o cervical ascendente. Son factores de riesgo el uso de dispositivo intrauterino, adolescencia (menor empleo de anticoncepción con barrera), consumo de tabaco y drogas, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y bajo nivel socio-económico. Los anticonceptivos orales no parecen disminuir la incidencia pero sí la gravedad¹⁻⁴.

Los cultivos suelen revelar una infección polimicrobiana. Algunos de los organismos más comúnmente aislados son *E. coli*, *B. fragilis*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Streptococcus*, *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae*¹⁻³.

Clínicamente, se manifiesta con dolor en el hipogastrio acompañado de fiebre. El tacto vaginoabdominal suele ser doloroso y puede demostrarse aumento del volumen hipogástrico. La leucocitosis acompañada de aumento de la velocidad de sedimentación glomerular y proteína C reactiva constituyen los hallazgos analíticos típicos^{1,5}.

El diagnóstico tradicionalmente se alcanza a través de la clínica y el estudio ecográfico⁵. Los ATO suelen manifestarse ecográficamente como masas de naturaleza sólida, quística o mixta localizadas en la región anexial o en el fondo de saco de Douglas. Estos hallazgos no son específicos de ATO y a veces es difícil establecer el diagnóstico con otros procesos pélvicos, neoplásicos o no, sobre todo cuando la clínica no es sugestiva (ausencia de leucocitosis y/o de dolor hipogástrico) o la apariencia en ecografía es atípica; en ecografía puede ser difícil diferenciar las trompas rellenas de contenido de otras estructuras quísticas como asas intestinales rellenas de líquido, líquido libre pélvico o incluso de una neoplasia quística ovárica^{1,2}. En estos casos, se necesita un estudio mediante otras técnicas de imagen para caracterizar la lesión.

La RM es más exacta y proporciona más información que la ecografía transvaginal⁶. La capacidad multiplanar de la RM permite determinar la participación del ovario y la trompa en la masa inflamatoria. La trompa en el ATO aparece en la RM como una estructura en forma de salchicha, con paredes engrosadas y rellena de un contenido de intensidad variable, dependiendo del tiempo de evolución; muestra intensidad intermedia en las imágenes potenciadas en T1 y

es heterogéneamente hiperintensa en las imágenes potenciadas en secuencias T2, dependiendo de la viscosidad y el contenido proteico del contenido de la masa^{1,2}. Es frecuente encontrar un fino borde hiperintenso en la parte más interna del absceso en las secuencias T1, que representa una capa de tejido de granulación con hemorragia microscópica. Se ha descrito una banda hipointensa en la parte más externa del absceso en las imágenes potenciadas en T2; la existencia de fibrosis en el tejido circundante al absceso es un hallazgo común y se manifiesta como hebras desfildeadas hipointensas en T2 por trabeculación de la grasa circundante y que realzan tardíamente en T1 al utilizar contraste, no siendo obligatorio el uso de gadolinio para el estudio del ATO, como ocurre en nuestro caso¹.

El tratamiento de los abscesos tuboováricos será con antibiótico hospitalario, reservándose el quirúrgico para los casos más extensos o de mayor gravedad⁷.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sun HK, Seung HK, Dal MY, Kyeong AK. Unusual causes of tubulovarian abscesses: CT and MR findings. *RadioGraphics*. 2009;24:1575-89.
2. Benito V, Seara S, Prieto M, Luelmo E, García-Hernández JA. Abscesos tuboováricos: un análisis retrospectivo. *Prog Obstet Ginecol*. 2005;48:14-22.
3. MiYoung K, Sung ER, Soon NO, Seung EJ, Young JL, You SK, et al. MR Imaging findings of hydrosalpinx: a comprehensive review. *RadioGraphics*. 2004;24:225-46.
4. Ness RB, Soper DE, Holley AL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Hormonal and barrier contraceptive risk of upper genital tract disease in the PID. Evaluation and clinical health study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:121-7.
5. Gonzalez Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E. En: *Ginecología*. 8.ª ed. Madrid: Masson; 2003. p. 545-56.
6. Tukeva TA, Aronen HJ, Karjalainen PT. MR imaging in pelvic inflammatory disease: comparison with laparoscopy and US. *Radiology*. 1999;210:209-16.
7. Benito J, Azcona B, Zubeldía N. Patología infecciosa: vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, abscesos tubo-ováricos. *An Sist San Navarr*. 2009;32 Suppl I:29-38.