

# Tumoraciones ováricas raras, una guía de supervivencia

Jon González Ocio, Aranzazu Urresola Olabarrieta,  
Ana Isabel Ezquerro Imaz, Ana Rosa Gil Martín,  
Zuriñe Marta Cobo Tabar, Borja Souto Canteli

Hospital de Cruces, Barakaldo

Email: [Jonvalle46@gmail.com](mailto:Jonvalle46@gmail.com)

# Objetivo docente

Describir las características radiológicas de neoplasias ováricas infrecuentes, incidiendo en aquellos hallazgos que nos permitan acortar el diagnóstico diferencial entre ellas, a través de casos estudiados en nuestro centro

# Material y métodos

El principal trabajo del radiólogo ante un tumor ovárico es diferenciar entre benignidad y malignidad, con una aproximación inicial generalmente con ecografía y/o TC, y posteriormente RMN.

Los tumores más comunes en la práctica clínica son los tumores serosos epiteliales, tumores endometrioides y teratomas, siendo otros subtipos considerados como tumores ováricos raros.

Para facilitar el estudio clasificaremos las lesiones ováricas en benignas y malignas, exponiendo todos los tipos de neoplasias ováricas, y haciendo hincapié en aquellas menos frecuentes.

# Aproximación inicial ante una masa anexial

ECOGRAFÍA	RESONANCIA	TAC
Elección en Valoración inicial. Tiempo real	Mejor caracterización tisular (grasa, sangre, componente quístico, celularidad..)	Valorar extensión previo y tras cirugía citorreductora
TV mejora la resolución espacial	Superior resolución tisular. VP preco de masas Bg vs Mg.	Poca resolución de anejos y limitación para detectar implantes serosos en asas y peritoneales mms.
TA para grandes masas	Confirmar origen masa	Estadificación de enf. a distancia
Doppler color y pulsado para valoración de vascularización	Valoración complicación (sospecha de torsión...)	Valoración complicación (obstrucción, rotura, fistulización, sobreinfección...)

**Papel del Radiólogo:**

Confirmar origen anexial .Diferenciar Bg vs Mg  
Predecir subtipo en algunos casos  
Determinar enfermedad metastásica

# Criterios Agresividad (US= TAC=MRM)

Proyecciones papilares de la pared o de los septos de una lesión quística.

**(criterio >> indicativo de malignidad)**

Proyecciones papilares en 20% benignos, 62% borderline y 92% malignos  
(*Granberg et al*).

Masa compleja sólido-quística.

Septos gruesos >3mm

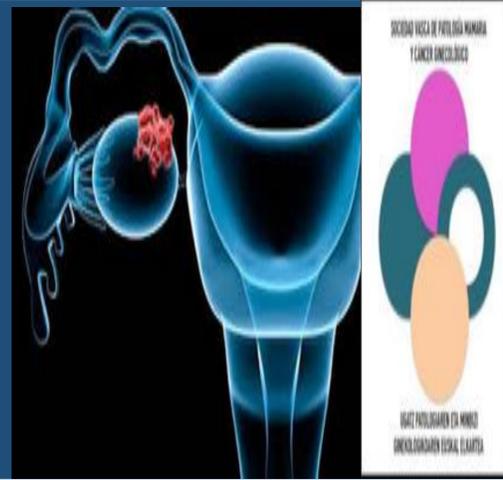
Tamaño > 6cm

Lesiones bilaterales

Ascitis y enfermedad peritoneal

Adenopatías

# Aproximación diagnóstica: Ecografía. O-RADS



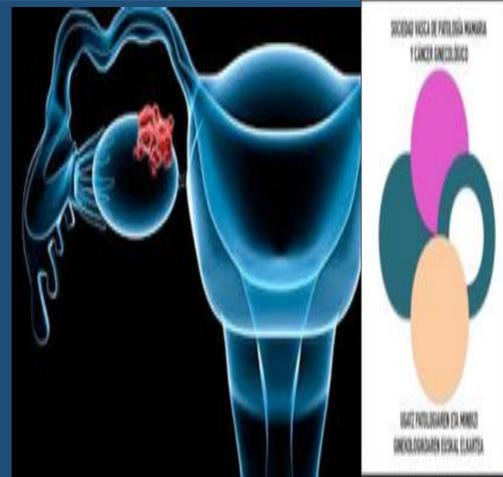
## O-RADS: 2019

O-RADS 1 – Normal Ovary (0% likelihood of malignancy)*			
<b>Follicle</b> Unilocular, anechoic cyst, ≤ 3 cm			
<b>Corpus Luteum</b> Thick-walled cyst ≤ 3 cm ± crenulated inner margin, internal echoes, peripheral flow  OR  Hypoechoic region with peripheral flow but without characteristic cystic component			

\*only applies in pre-menopausal women

**O-RADS US Risk Stratification and Management System: Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee.** Rochelle F. Andreotti, MD et al. **Radiology:** Volume 294: Number 1—January 2020

# Ecografía: O-RADS

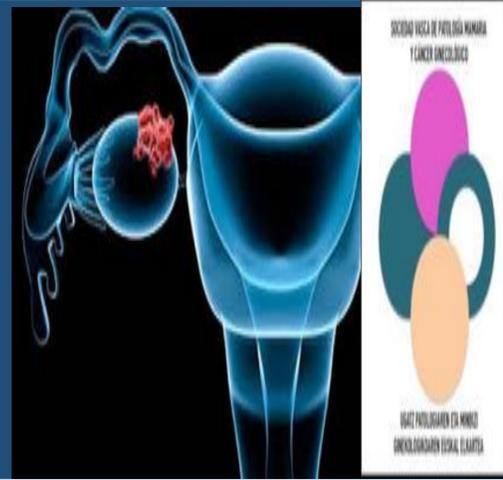


O-RADS 2 - Almost Certainly Benign (<1% likelihood of malignancy)	
<b>Simple Cyst</b> > 3 - < 10 cm in premenopausal women < 10 cm in postmenopausal women	
<b>Classic Benign Lesions</b>	See Figure 9: "O-RADS 2 - Classic Benign Lesions and Associated Descriptors"
<b>Non-simple*, unilocular cyst with smooth inner margin, &lt; 10 cm</b>  * "Non-simple" applies when internal echoes or incomplete septa are present. Note, an incomplete septum is not considered wall irregularity if the inner margin is otherwise smooth.	

O-RADS 2 - Classic Benign Lesions and Associated Descriptors				
Typical Hemorrhagic Cyst, < 10 cm				
Typical Dermoid Cyst, < 10 cm				
Typical Endometrioma, < 10 cm				
Simple Paraovarian Cyst (any size)				
Typical Peritoneal Inclusion Cyst (any size)				
Typical Hydrosalpinx (any size)				

**O-RADS US Risk Stratification and Management System: Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee.** Rochelle F. Andreotti, MD et al. **Radiology: Volume 294: Number 1—January 2020**

# Ecografía: O-RADS



## O-RADS 3 – Low Risk (1 - < 10% likelihood of malignancy)

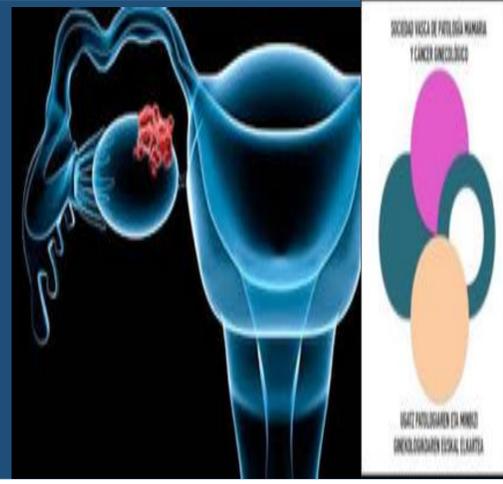
<p>Unilocular cyst*, <math>\geq 10</math> cm</p> <p>*Simple or non-simple</p>	<p><math>\geq 10</math> cm</p>
<p>Typical hemorrhagic cyst, dermoid cyst, endometrioma, <math>\geq 10</math> cm</p>	<p>See Figure 9: "O-RADS 2 - Classic Benign Lesions and Associated Descriptors"</p>
<p>Unilocular cyst with irregular inner wall*, any size</p> <p>*<math>&lt; 3</math> mm height</p>	<p><math>&lt; 3</math> mm</p>
<p>Multilocular cyst with smooth inner wall, <math>&lt; 10</math> cm, color score 1-3*</p> <p>*Color score 1-3: No to moderate flow</p>	<p>Color score 1-3 <math>&lt; 10</math> cm</p>
<p>Solid or solid-appearing (<math>\geq 80\%</math>) with smooth contour, any size, color score 1*</p> <p>*Color score 1: No flow</p>	<p>Color score 1</p>

## O-RADS 4 – Intermediate Risk (10 - < 50% likelihood of malignancy)

<p>Multilocular cyst with smooth inner wall, <math>\geq 10</math> cm, color score 1-3*</p> <p>*Color score 1-3: No to moderate flow</p>	<p>Color score 1-3 <math>\geq 10</math> cm</p>
<p>Multilocular cyst with smooth inner wall, any size, color score 4*</p> <p>*Color score 4: Very strong flow</p>	<p>Color score 4</p>
<p>Multilocular cyst with irregular inner wall and/or irregular septation, any size, any color score</p>	
<p>Unilocular cyst with solid/solid appearing component, no papillary projections, any size, any color score</p>	
<p>Unilocular cyst with 1-3 papillary projections, any size, any color score</p>	
<p>Multilocular cyst with solid/solid-appearing component, any size, color score 1-2*</p> <p>*Color score 1-2: No to mild flow</p>	<p>Color score 1-2</p>
<p>Solid (<math>\geq 80\%</math>) with smooth contour, any size, color score 2-3*</p> <p>*Color score 2-3: Mild to moderate flow</p>	<p>Color score 2</p> <p>Color score 3</p>

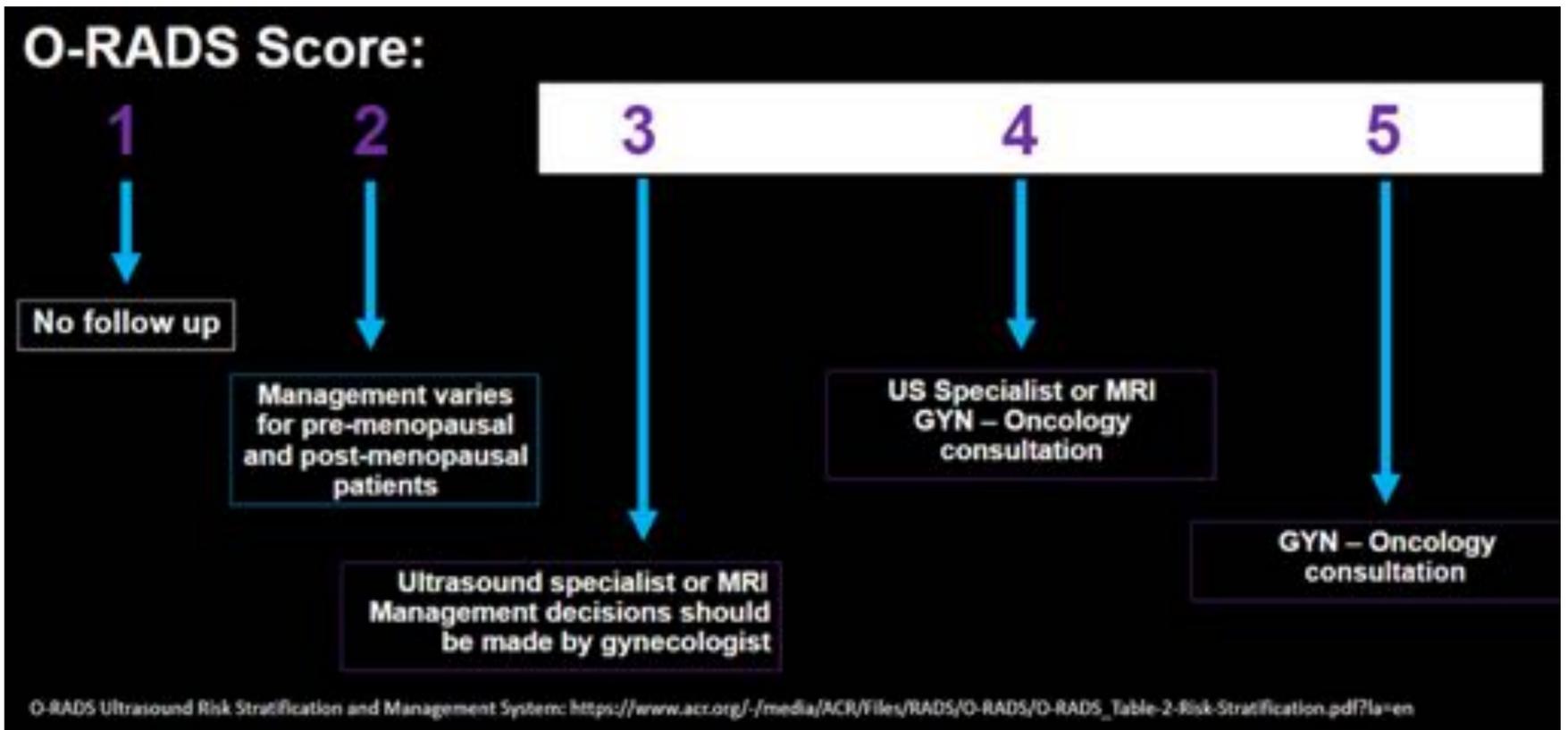
**O-RADS US Risk Stratification and Management System: Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. Rochelle F. Andreotti, MD et al. *Radiology*: Volume 294: Number 1—January 2020**

# Ecografía: O-RADS



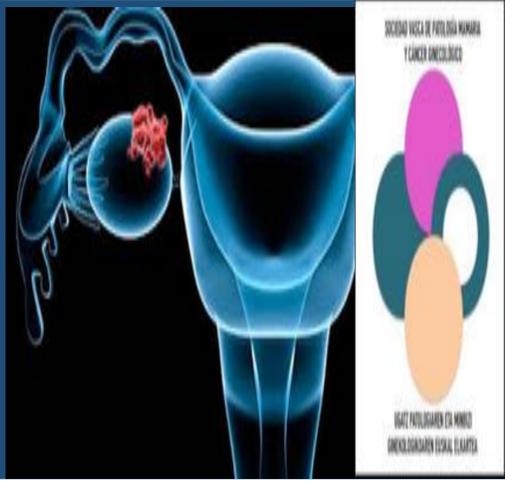
O-RADS 5 – High Risk (≥ 50% likelihood of malignancy)		
Unilocular cyst with ≥ 4 papillary projections, any size, any color score		
Multilocular cyst with solid component, any size, color score 3-4* *Color score 3-4: Moderate to very strong flow		
Solid (≥ 80%) with smooth contour, any size, color score 4* *Color score 4: Very strong flow		
Solid or solid-appearing (≥ 80%) with irregular contour, any size, any color score		
Ascites and/or peritoneal nodules		

## Manejo clínico pacientes según O-RADS



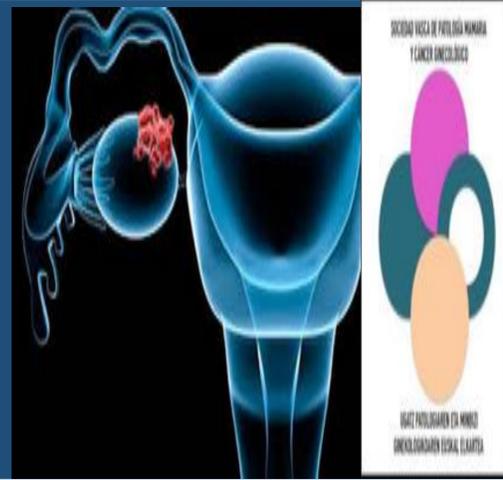
**O-RADS US Risk Stratification and Management System: Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee.** Rochelle F. Andreotti, MD et al. **Radiology:** Volume 294: Number 1—January 2020

# Ecografía: O-RADS

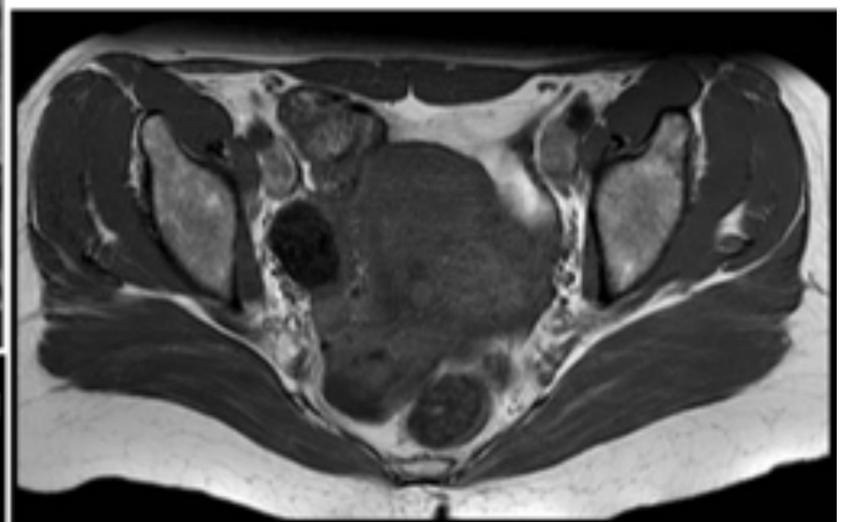
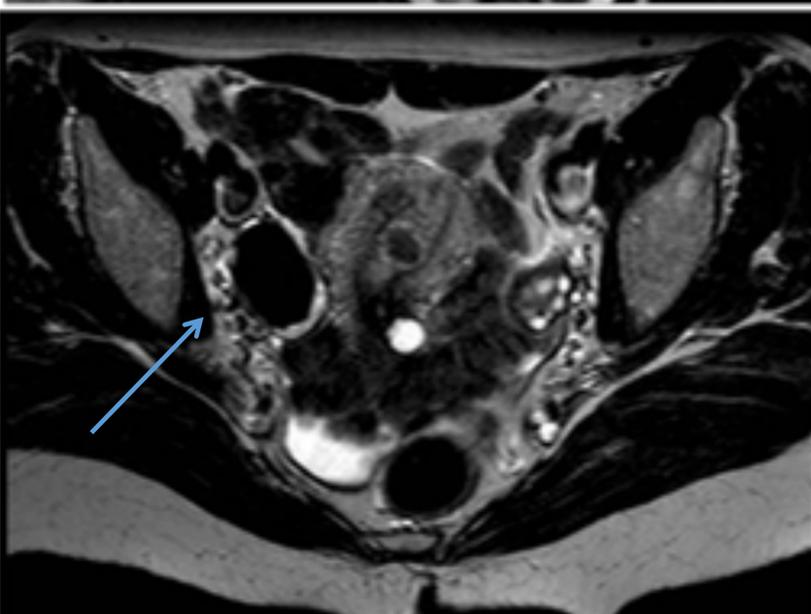
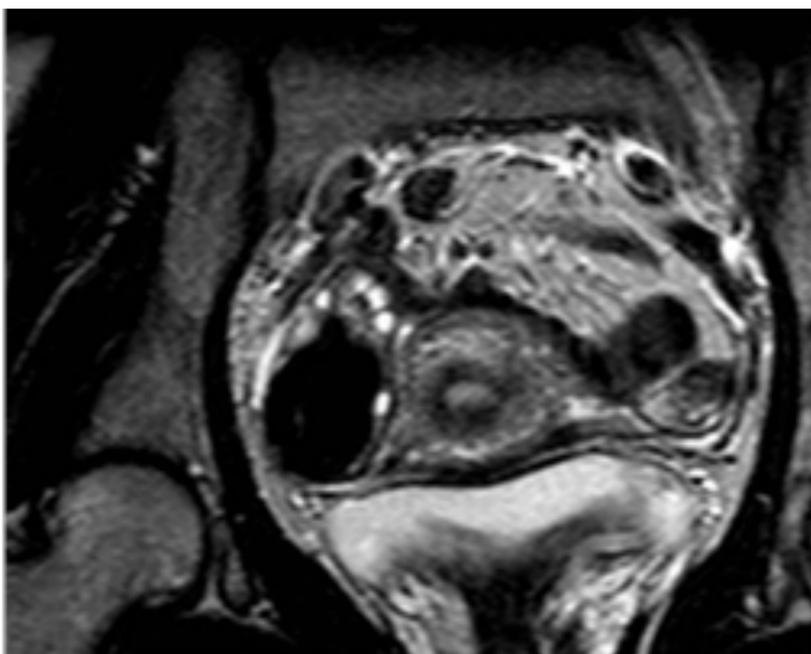


- ✓ **18-31% (IOTA) masas ováricas en ECOGRAFIA son indeterminadas para benignidad o malignidad**
- ✓ **La biopsia percutánea NO recomendada por riesgo de diseminar una enfermedad localizada y riesgo de muestra errónea.**

# RM: Caracterización

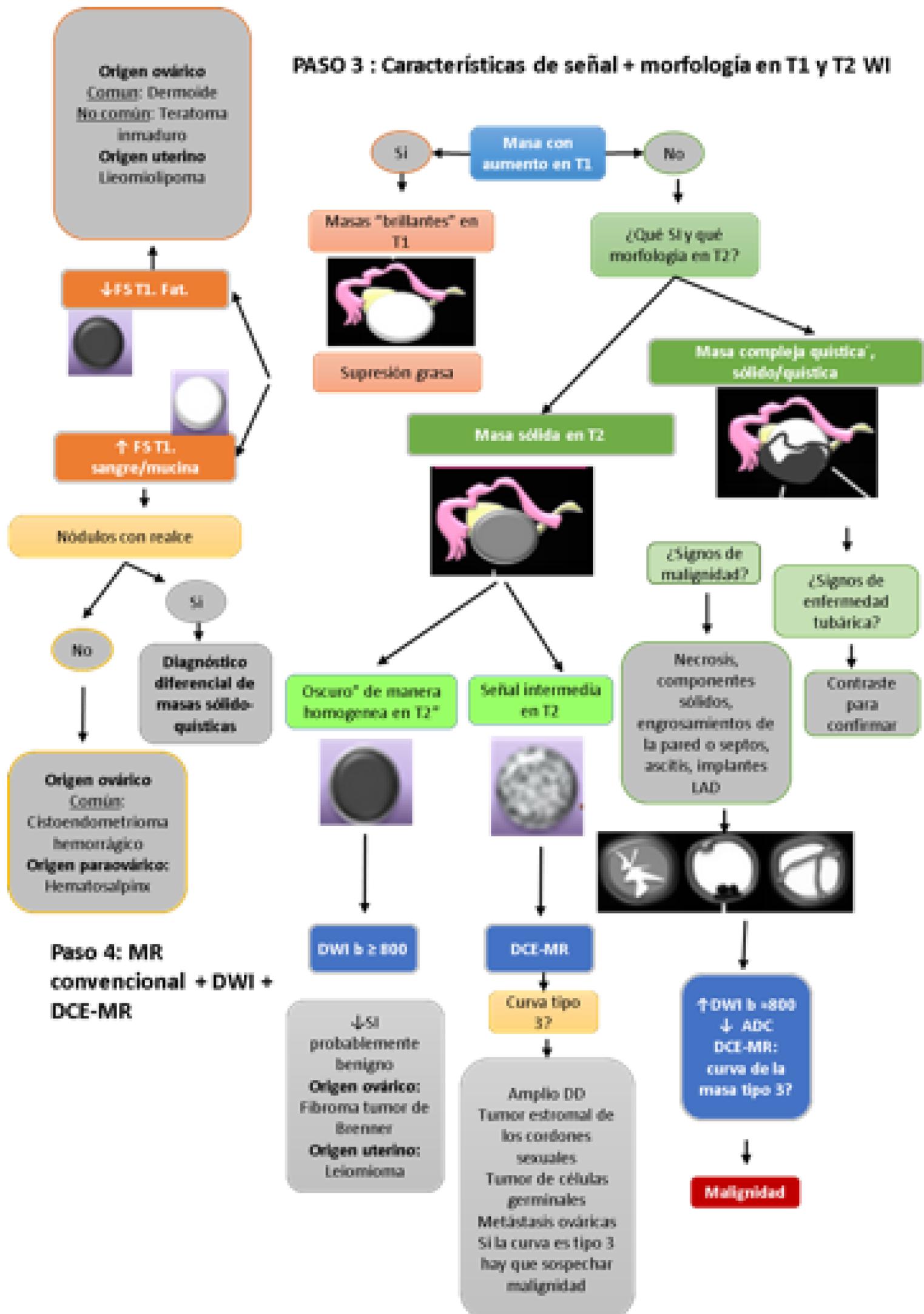


- ✓ **RM** prueba de mayor sensibilidad y sobre todo especificidad y precisión diagnóstica para determinar si una masa es benigna o maligna
- ✓ Detecta sangre, grasa, contenido fibroso, que por ecografía puede parecer compleja.
- ✓ Determinación de órgano de origen y grado de infiltración de órganos vecinos



MC. Tumoración anexial sólida sospechosa en ecografía.  
Fibroma ovárico en RM

# Aproximación inicial por RM ante una masa anexial



# Tumores ováricos benignos

## 1. TERATOMA:

El más frecuente. Existen 3 tipos de teratoma. El más frecuente es el teratoma *maduro* (hasta el 95%).

El teratoma *inmaduro* y el *monodermal*, (estruma ovarico, tumor carcinoide y tumor neural), son raros.

### A) Teratoma maduro:

La prueba inicial de diagnóstico suele ser la ecografía, donde se puede presentar característicamente de tres formas.

- 1) Lesión quística con un nódulo densamente ecogénico, llamado nódulo de Rokitansky.
- 2) Masa parcialmente ecogénica por la presencia de grasa y pelo.
- 3) Masa con bandas ecogénicas, finas y múltiples, por la presencia de pelos, niveles líquido-líquido por sebo e imágenes ecogénicas con sombra posterior por formaciones cálcicas. Esta última es la más específica de las tres, también la más rara.

En el **TC** los patrones son similares, siendo característico la presencia de distintas densidades en el seno de la masa, y siendo muy útil para el diagnóstico la presencia de densidad grasa en la lesión (-50, -100 UH)

La **RM** en muchas ocasiones no es necesaria, siendo útil ante dudas diagnósticas y para confirmar el contenido graso de la lesión.

El componente graso característicamente se comporta como altamente hiperintenso en las secuencias T1, con comportamiento variable en T2, estableciendo un diagnóstico diferencial con lesiones hemorrágicas como los endometriomas.

Para ello se realizan las secuencias con saturación grasa, donde se suprimirá la señal característica del teratoma (no así la señal en caso de hemorragia).

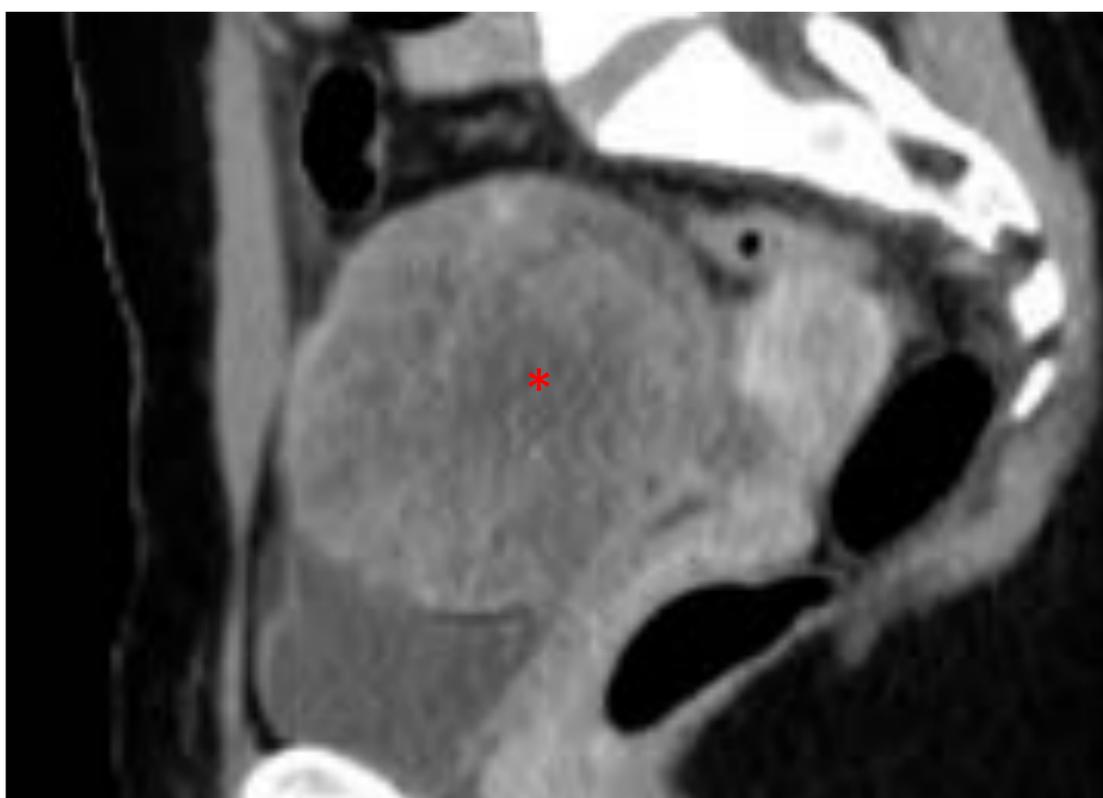
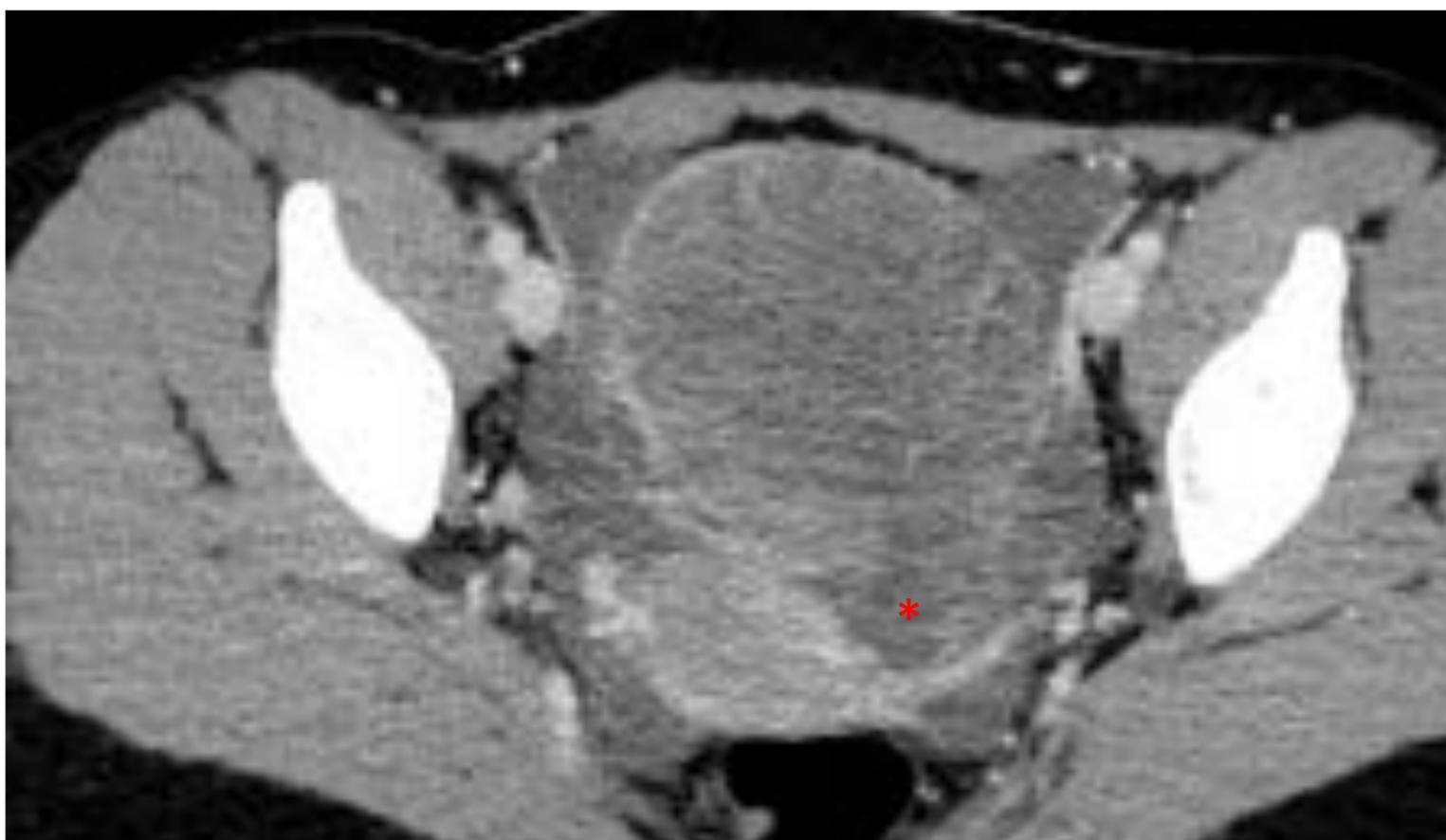
## **B) Teratoma inmaduro:**

Analíticamente produce un aumento de la alfa-feto proteína por el componente de yolk sac. Característicamente en mujeres jóvenes (menores de 20 años) y pueden ser bilaterales en un 10-20%.

Es relativamente frecuente la presencia simultáneamente de un teratoma quístico maduro en el mismo ovario (aproximadamente el 25% de las ocasiones).

Pueden romperse provocando carcinomatosis peritoneal.

Se manifiestan como grandes lesiones con componente sólido irregular (difícil diferenciar de malignidad), presentando focos de hemorragia, necrosis y calcificación. Es característica también la presencia de densidad grasa en el seno de la lesión, siendo muy útil, al igual que en los teratomas maduros, la realización de secuencias con supresión grasa.



Teratoma inmaduro:  
Gran masa  
sólidoquística con áreas  
de necrosis (\*) y áreas  
con importante  
captación tras  
administrar contraste.  
No se evidencia en este  
caso áreas con  
densidad grasa.

## ***C) Monodermal:***

Dentro de los monodermales (formados únicamente por una capa embriológica) el más frecuente es el tipo estruma ovárico (struma ovarii). Se trata de la presencia de tejido tiroideo en el ovario (masa sólida con degeneración quística e intensidad variable)

Más raro es el tipo carcinoide, que tiene potencial maligno, se da con mayor frecuencia en postmenopáusicas y característicamente presenta hiperintensidad de señal en secuencias potenciadas en T2 en RM.

## **COMPLICACIONES DEL TERATOMA:**

1) Torsión

**2) Malignización del teratoma:**

Es rara. El carcinoma de células escamosas es la transformación más frecuente. Otros tipos son el adenocarcinoma, el sarcoma, el carcinoma de células transicionales y el melanoma. Tras la transformación maligna el pronóstico empeora notablemente con una supervivencia menor de un año en la mayoría de los casos.

Debemos sospecharlo por imagen si:

Lesiones mayores de 10cm

Realza de manera importante tras administrar CIV.

Rasgos de infiltración

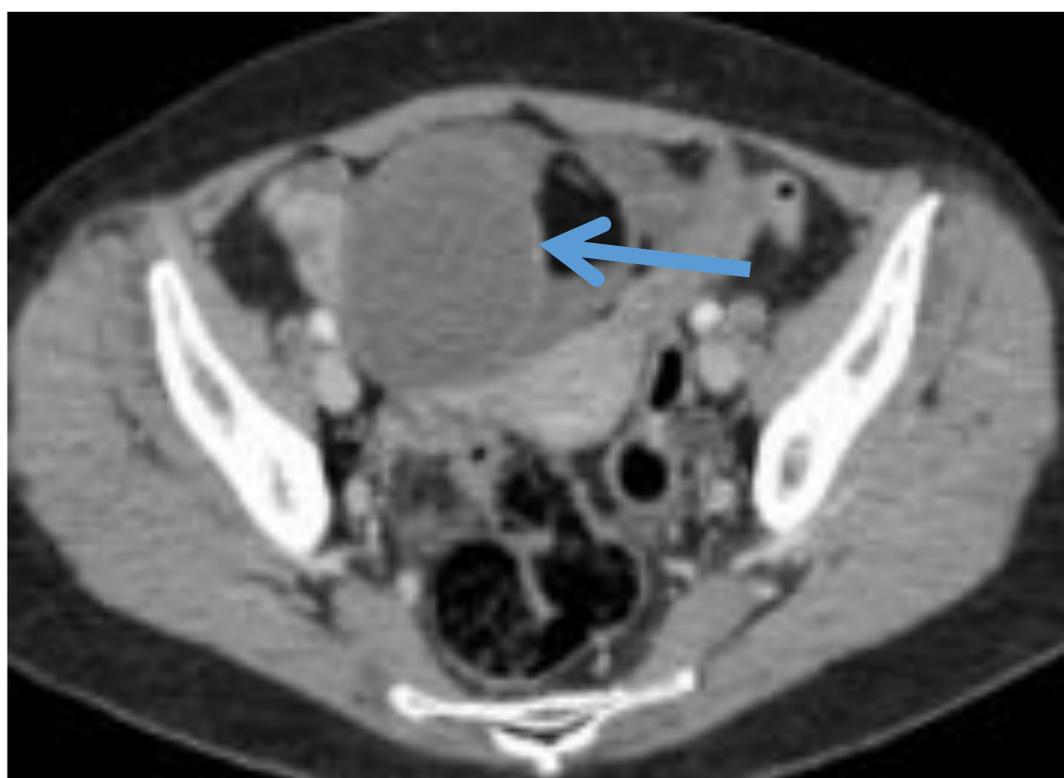
Márgenes irregulares

3) Rotura

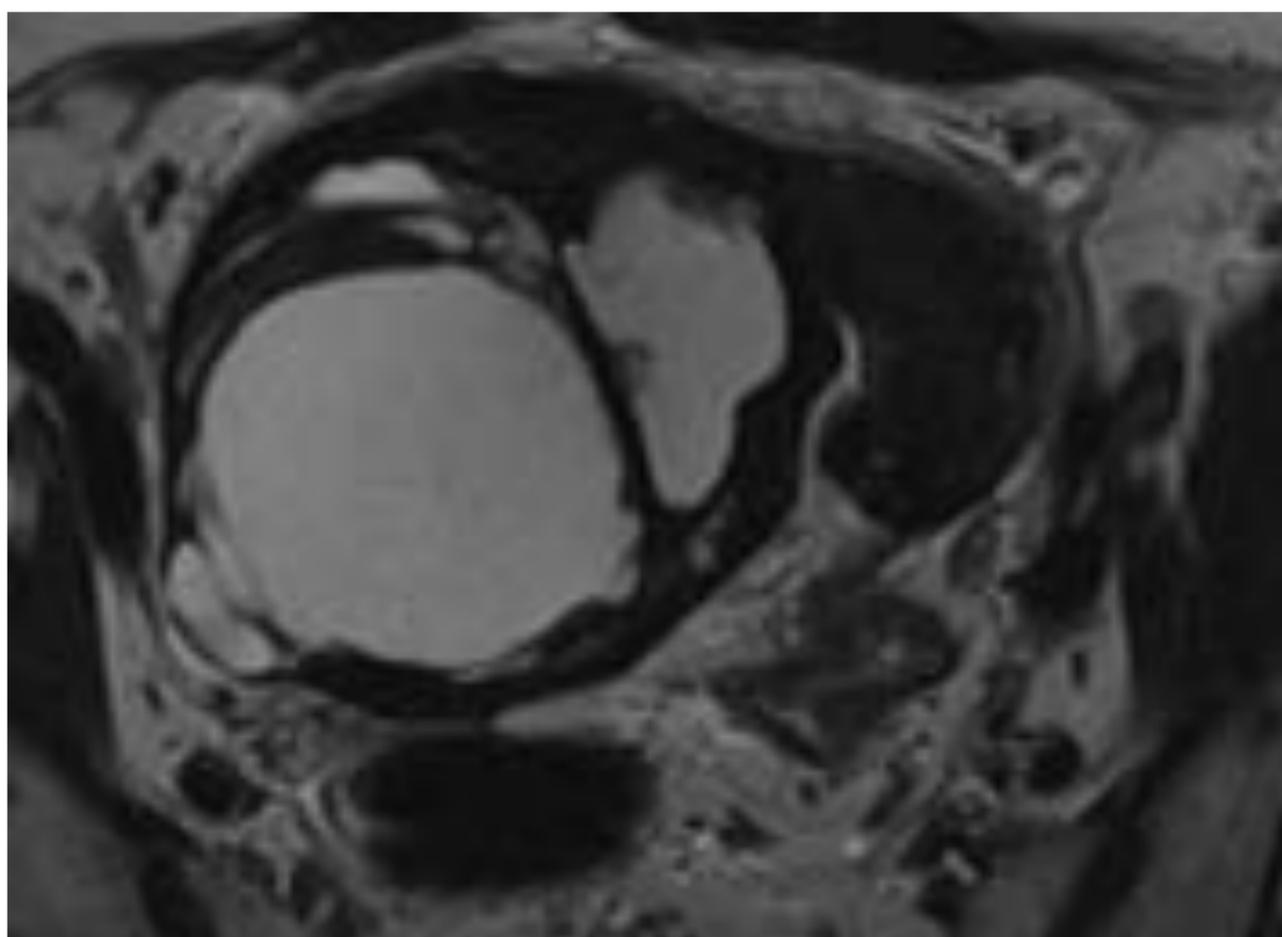
## TORSIÓN DE TERATOMA

La torsión de un teratoma ovárico es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. El puerperio es un periodo especialmente sensible al desarrollo de esta enfermedad ya que la laxitud ligamentosa secundaria a la regresión uterina predispone a la torsión ovárica.

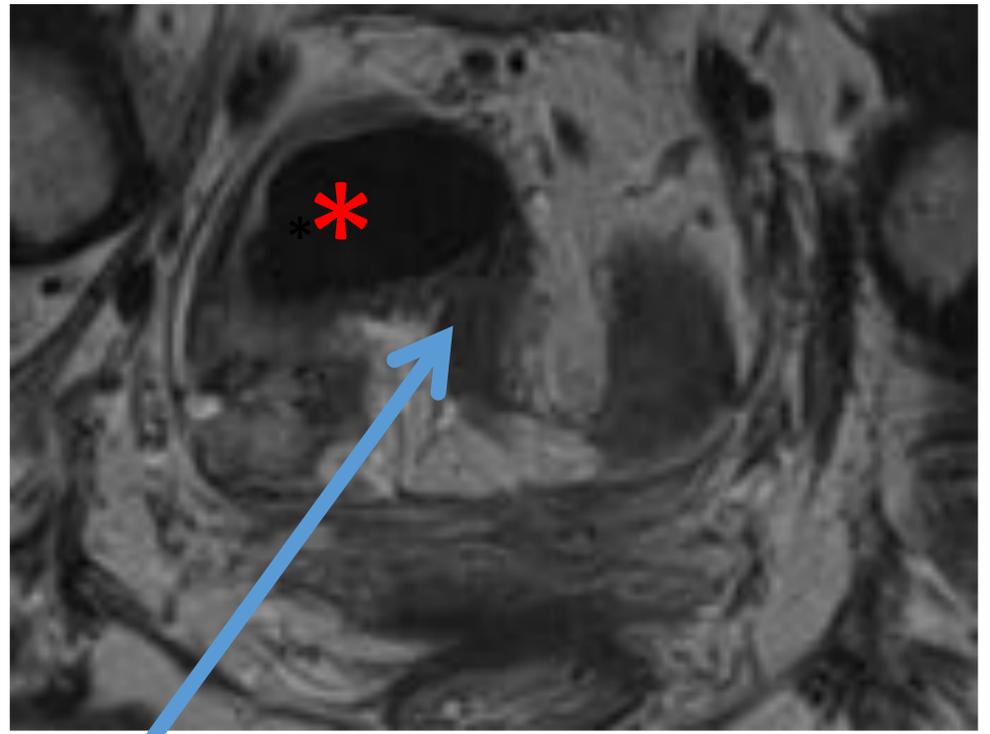
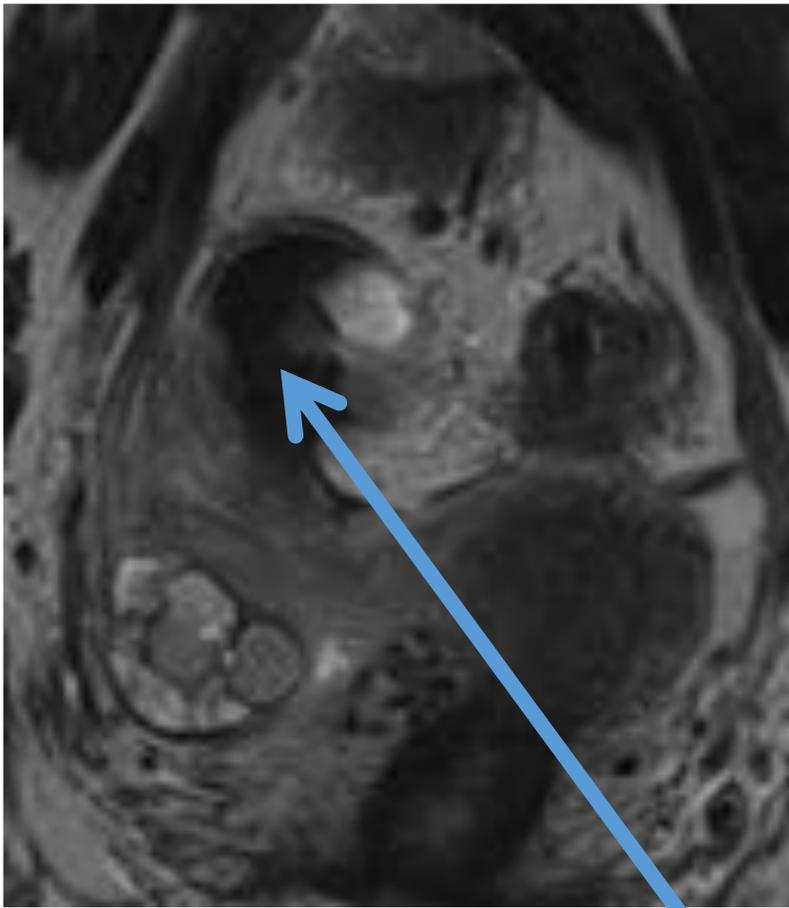
El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la resección del teratoma y la conservación del resto del anejo



Lesión anexial  
derecha con  
densidad grasa en su  
interior. Teratoma



RMN del  
mismo  
paciente  
donde se  
visualiza la  
masa con  
varios  
componentes



Paciente de la diapositiva anterior que acude con dolor brusco. En las imágenes se observa una dilatación tubárica (\*), con un giro de estructuras que sugieren torsión (flechas)

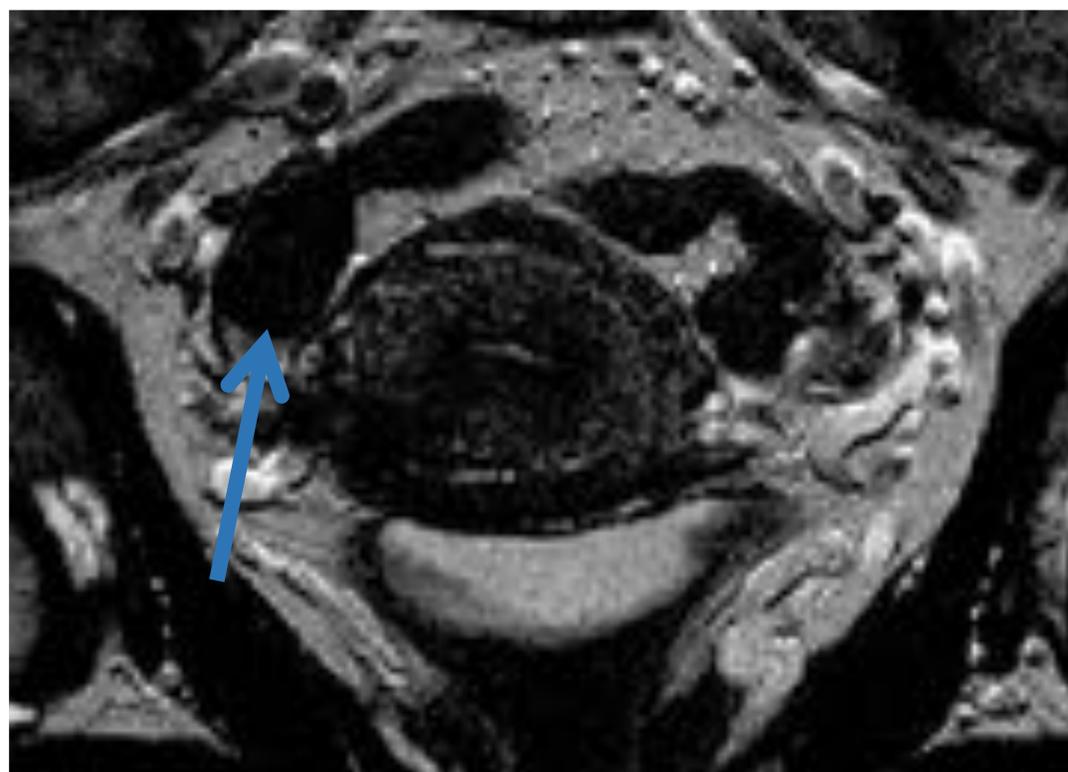
## 2- FIBROTECOMAS.

**Fibromas:** en mujeres premenopáusicas. Menores de 50 años. Característicamente bilaterales.

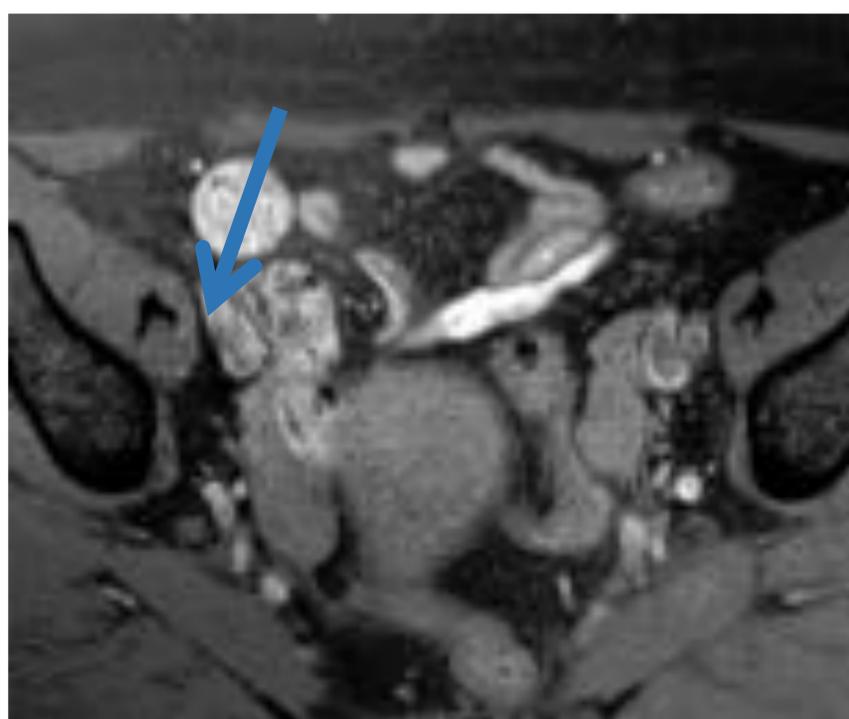
**Tecomas:** peri y postmenopáusicas. Más frecuentemente unilaterales (también pueden ser bilaterales) y pueden asociarse a hiperplasia endometrial y a un carcinoma endometrial (15-30%).

En ecografía se ven como grandes masas hipoecogénicas con importante consumo de ecos.

En RMN se comportan como tumores sólidos con señal intermedia en T1, siendo característicamente muy hipointensas en todas las secuencias potenciadas en T2.



T2



T1 con supresión grasa



Hipertecosis. Secuencia T2. Marcadamente hipointenso, característico

### 3- LEIOMIOMA OVÁRICO

El leiomioma ovárico es un tumor **benigno raro (0.5-1%)**.

La mayoría son unilaterales y de pequeño tamaño.

En las mujeres jóvenes es más frecuente que sean bilaterales.

Su histogénesis permanece aún sin aclarar. Estos tumores pueden originarse de las células del músculo liso de la vasculatura del ovario, de los ligamentos ováricos o de células pluripotenciales del estroma ovárico o de una metaplasia del músculo liso cortical.

#### Características de imagen:

No hay mucha literatura sobre ellos. Inespecíficos. Pueden presentar señal intermedia de músculo liso.

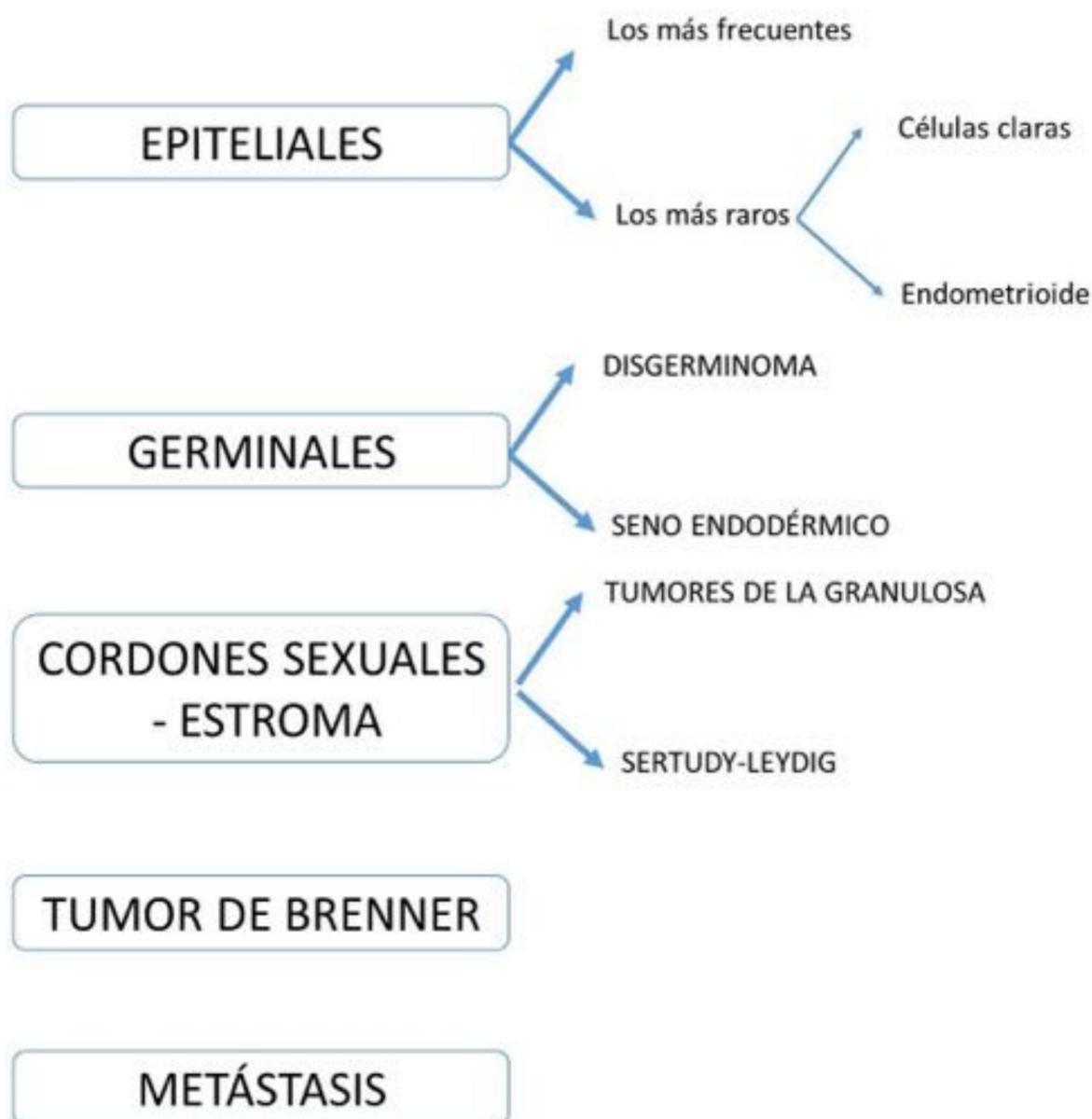
Puede simular un cistoadenoma mucinoso como una masa principalmente quística multiloculada y multiseptada. Otros casos comunicados son tumores gigantes de ovario con ascitis, elevación del CA125 y hallazgos de imagen sugestivos de fibroma/tecoma que en el estudio microscópico mostraron ser leiomiomas ováricos.

# Tumores ováricos malignos

Es la cuarta neoplasia maligna en mujeres, la quinta en la población general y la segunda de origen ginecológico.

Presenta en general un pico de incidencia en mujeres mayores de 60 años y una supervivencia global del 45% a los 5 años.

Se clasifican en base a su origen celular.



## 1. EPITELIALES.

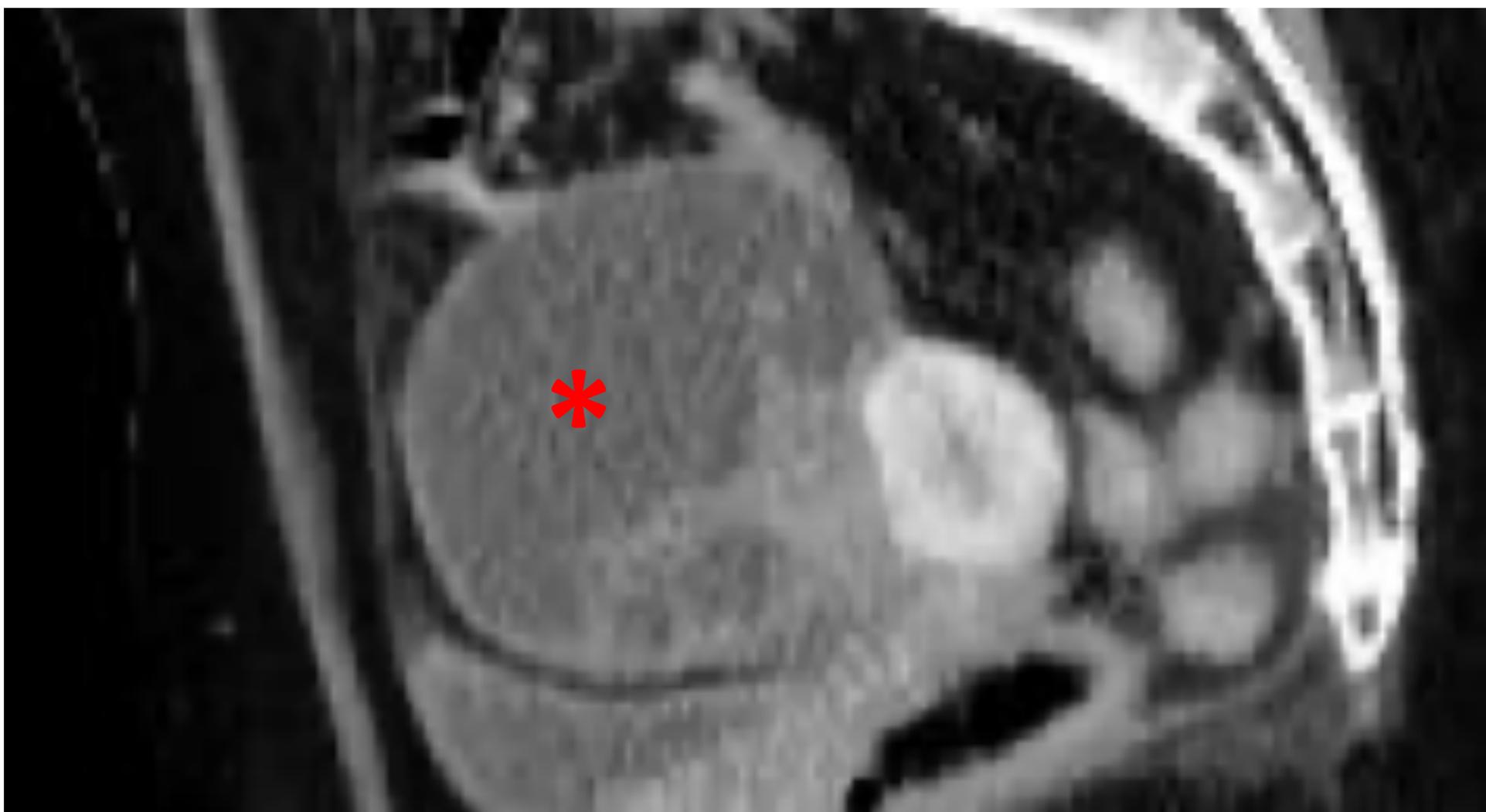
Los más comunes. Suponen hasta el 60% de las neoplasias ováricas y hasta el 85-90% de las malignas.

El más frecuente es el cistoadenocarcinoma uni/multilocular y seroso/mucinoso.

Son tumores generalmente grandes con gran porción quística y con presencia de proyecciones papilares sólidas.

Tenemos que sospechar malignidad también si presentan septos gruesos.

Sin embargo hay otros tumores epiteliales **menos frecuentes**:



Lesión anexial quística que se intervino quirúrgicamente, tratándose de un cistoadenoma mucinoso.

## **A) CARCINOMA DE CELULAS CLARAS:**

Se asocia en el ovario a la endometriosis seis veces más que otros tumores malignos y también al cáncer endometriode.

Resulta indistinguible de otros tipos de tumoraciones por técnicas de imagen.

Se caracteriza por presentarse en forma de grandes masas con componente sólido y quístico de manera simultánea. Asocian de manera frecuente carcinomatosis peritoneal al diagnóstico. Muy mal pronóstico.

## **B) CARCINOMA ENDOMETRIOIDE:**

Son tumores con origen en las células endometrioides.

Suponen el 15% de los tumores epiteliales malignos, siendo el tercero en frecuencia.

Son tumores invasivos que se originan de novo o de un foco de endometriosis. El 1% de los endometriomas maligniza a carcinoma endometriode o a carcinoma de células claras.

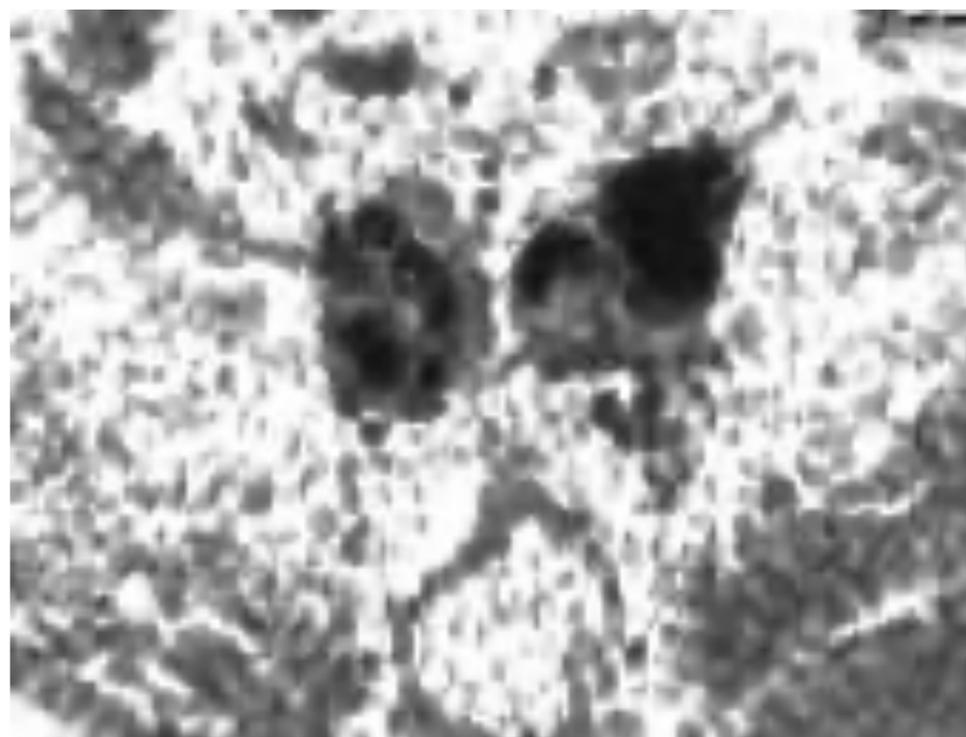
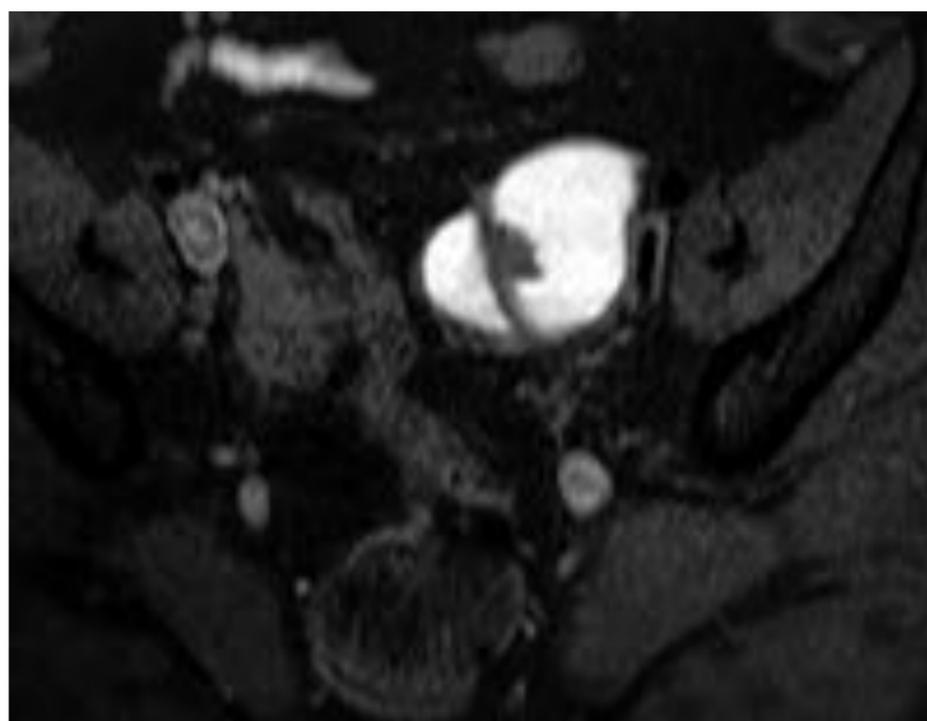
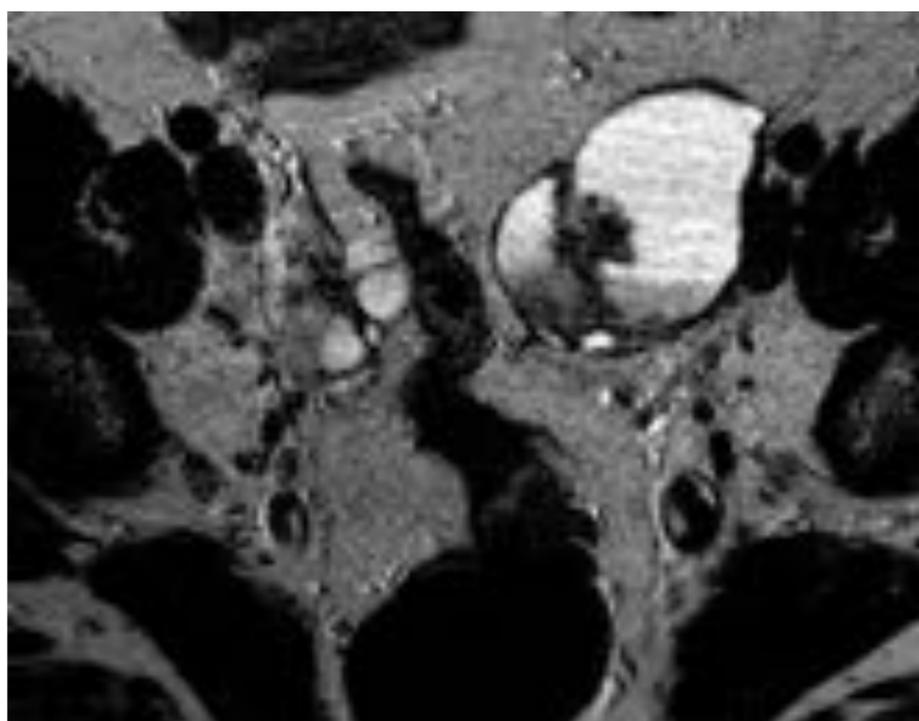
Hasta en un 30% de los casos se asocian a hiperplasia endometrial o a un carcinoma de endometrio. Debemos sospecharlo en mujeres postmenopáusicas con neoplasia endometrial y que presenten una masa sólida ovárica.

Hallazgos por imagen de carcinoma endometriode:

Lesiones quísticas endometrioides (muy hiperintensas en T1 y en T1 con supresión grasa, e hipointensas en secuencias potenciadas en T2) con nódulos murales que realzan. Restricción a la difusión de los nódulos murales.

Menos frecuentemente se observan como lesiones sólidas puras. Pueden presentar rasgos de infiltración.

Muy rara vez presentan proyecciones papilares.



Secuencias T2, T2 STIR (arriba) y secuencias de difusión y mapas de ADC. Lesiones compatibles con endometriomas con nódulo mural que resultó ser un foco de carcinoma endometriode

## C) CARCINOSARCOMA

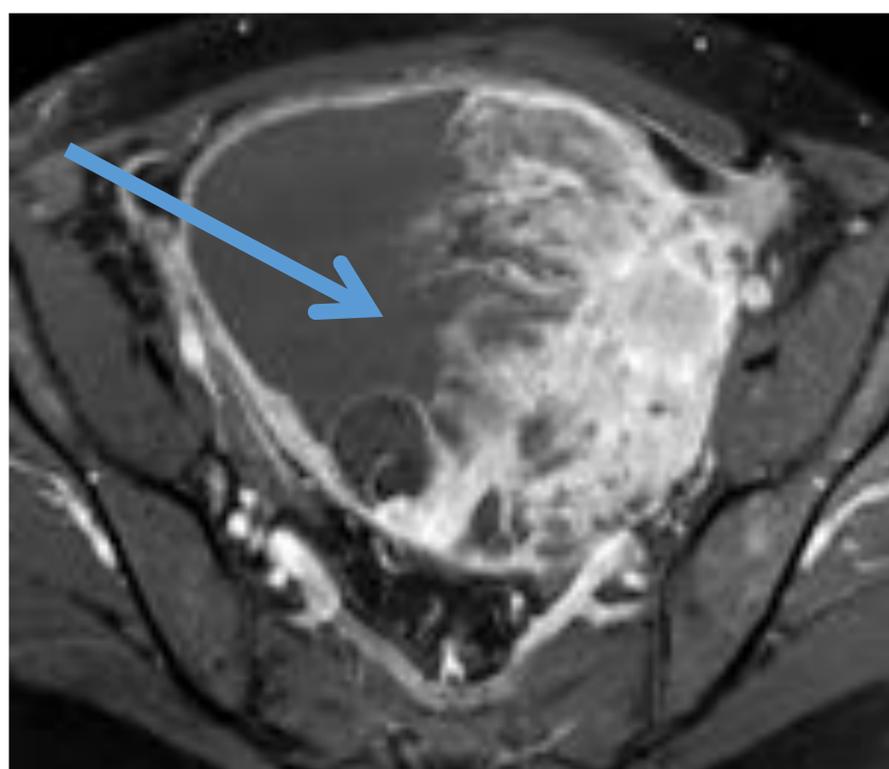
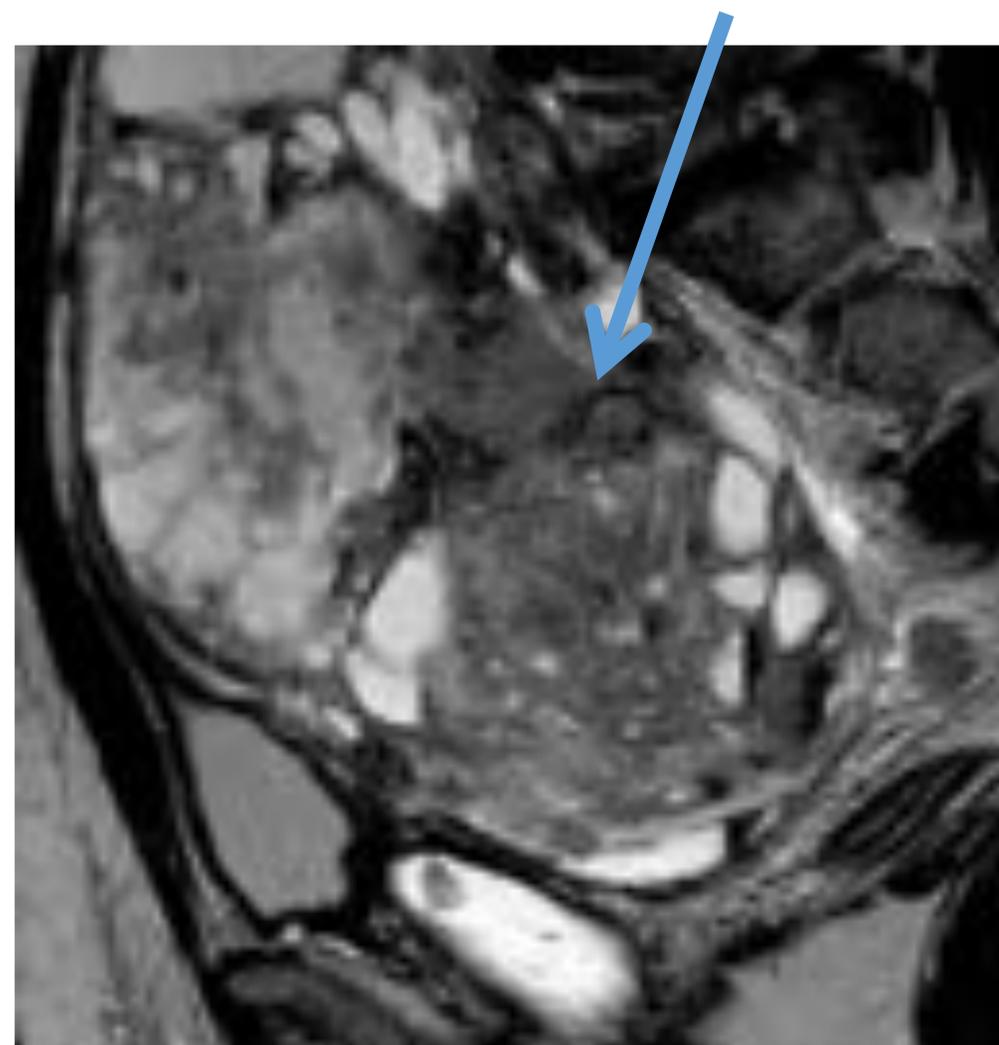
Incluimos dentro de epiteliales el carcinosarcoma, aunque no sea epitelial propiamente dicho.

También conocido como tumor maligno mixto mesodérmico o tumor mülleriano, es el menos frecuente y el más complejo de tratar. Representa del uno al 4% de todos los tumores ováricos.

Son tumores poco frecuentes, con un aspecto histológico que combina elementos sarcomatosos y epiteliales. Desde el punto de vista conceptual representan carcinomas que desarrollan elementos sarcomatosos por metaplasia del elemento epitelial.

Suelen localizarse en el miometrio, la próstata o los pulmones, aunque pueden encontrarse en cualquier otro lugar. Muy mal pronóstico.

Hallazgos por imagen: Se suelen presentar como grandes masas, heterogéneas, con componente sólido y quístico, con áreas con intensa captación de contraste y restricción a la difusión.



T2 (izda) y post GD (dcha) Gran masa sólidoquística con áreas con gran realce tras administración de contraste

## 2- GERMINALES

**A. Transformación maligna del teratoma** (explicado en apartado de teratoma)

### B. DISGERMINOMA

Es el tumor maligno con origen en las células germinales más frecuente.

Se suelen presentar característicamente en mujeres jóvenes. 5-10% elevan la GCH (gonadotropina coriónica humana).

Debe sospecharse en mujeres jóvenes con una masa pélvica, ascitis y derrame pleural.

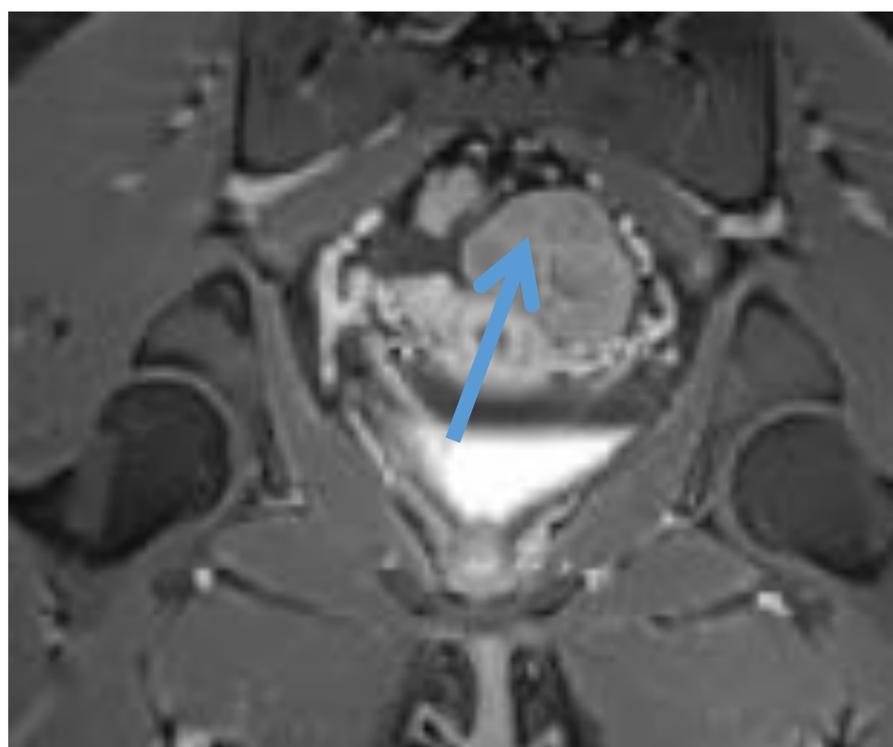
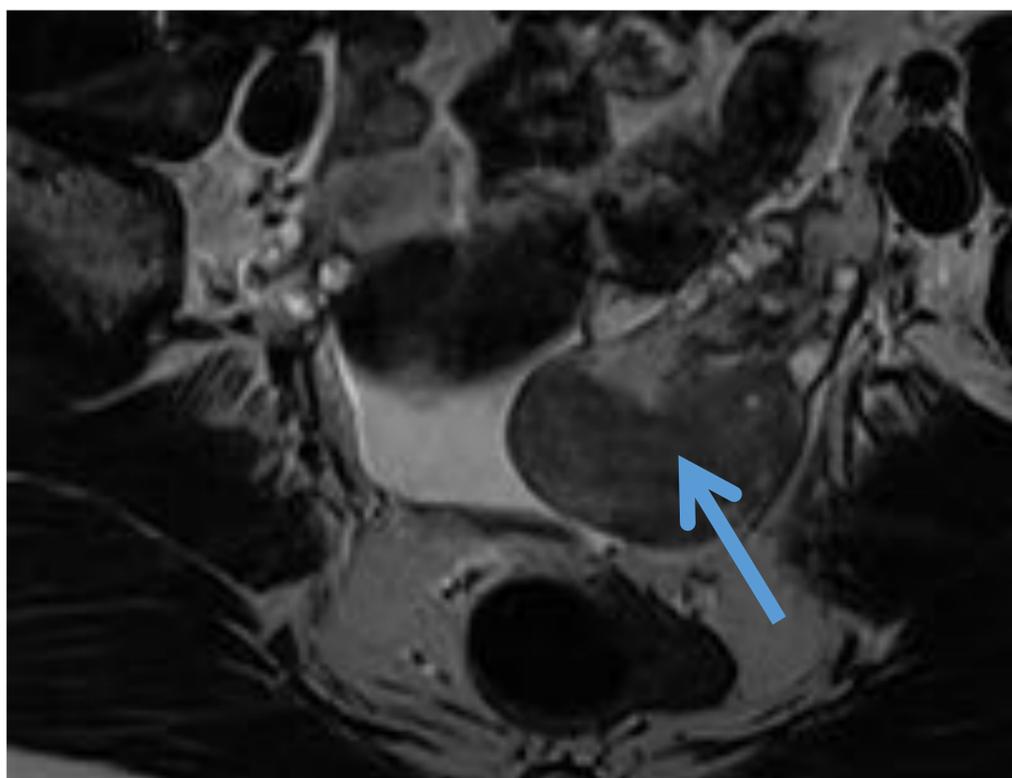
- Hallazgos por imagen más característicos:

- Masa anexial sólida multilobulada con un septo prominente fibrovascular en su interior.

-Unilateral (85%).

-Muy características las calcificaciones distróficas (característicamente de aspecto moteado)

-Frecuente diseminación por vía linfática, siendo rara la diseminación por vía hematógena.



## C. TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO

Son los segundos tumores germinales malignos más frecuentes. Representan a uno de los tipos más malignos de todos los tumores de ovario. Debe considerarse en mujeres jóvenes con aumento de la alfa-fetoproteína.

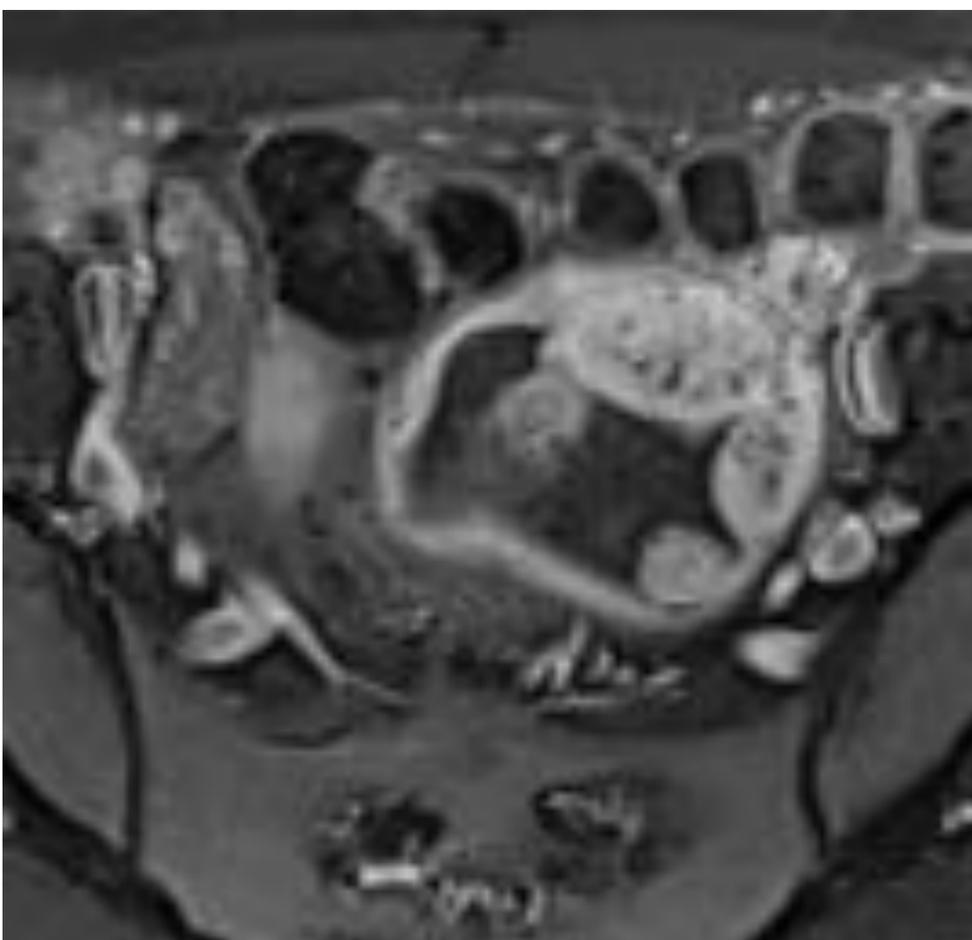
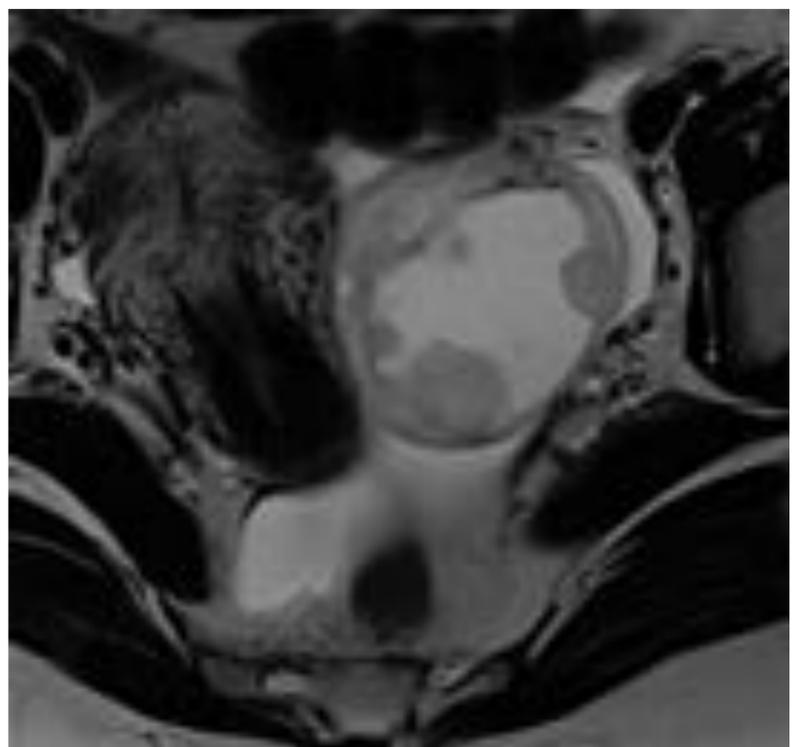
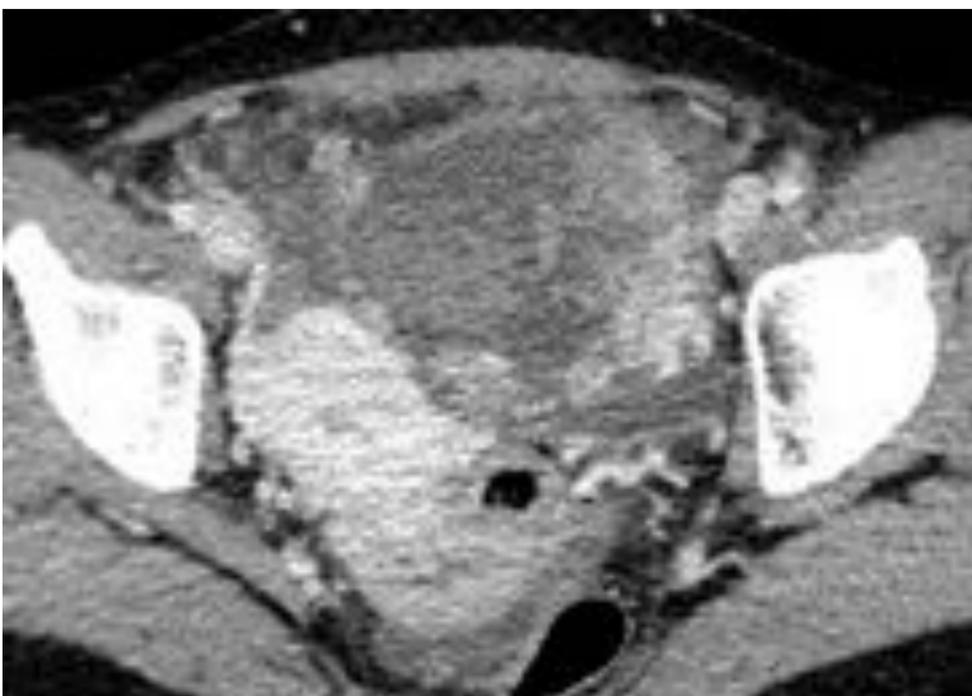
- Hallazgos por imagen más característicos:

Masa compleja solidoquística .

Áreas con -intenso realce asociadas a áreas necróticas.

Suelen ser unilaterales.

frecuentemente presentan ruptura del tumor y ascitis.



Imágenes de TC (arriba izquierda), RMN en T2 (arriba derecha) y RMN secuencia T1 tras administración de GD (abajo) de mujer joven de 21 años donde se observa gran masa con componente quístico (hiperdenso en T con polos sólidos con intenso realce tras contraste)

## 3-TUMORES DE LOS CORDONES SEXUALES- ESTROMA

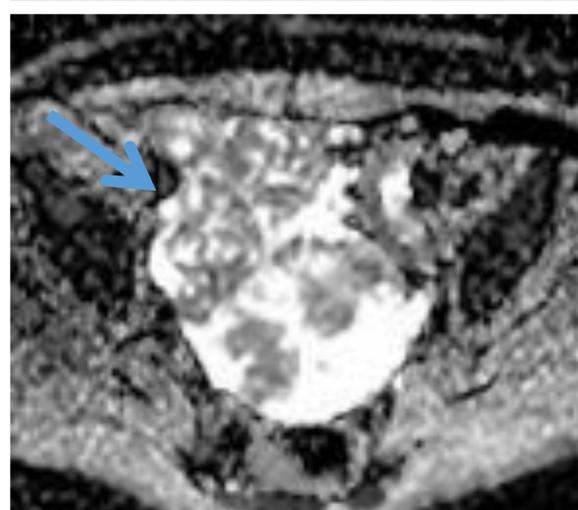
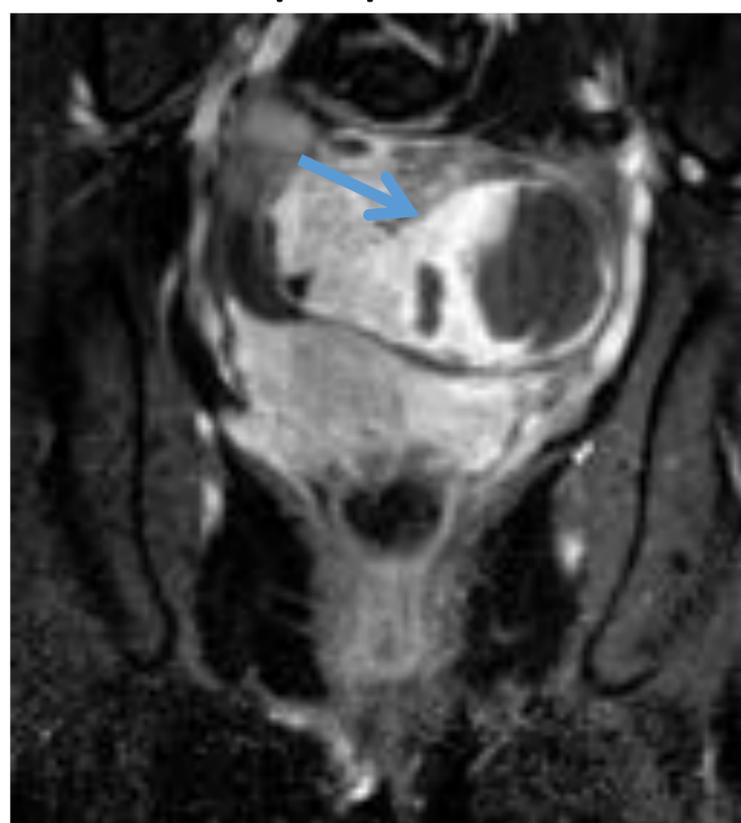
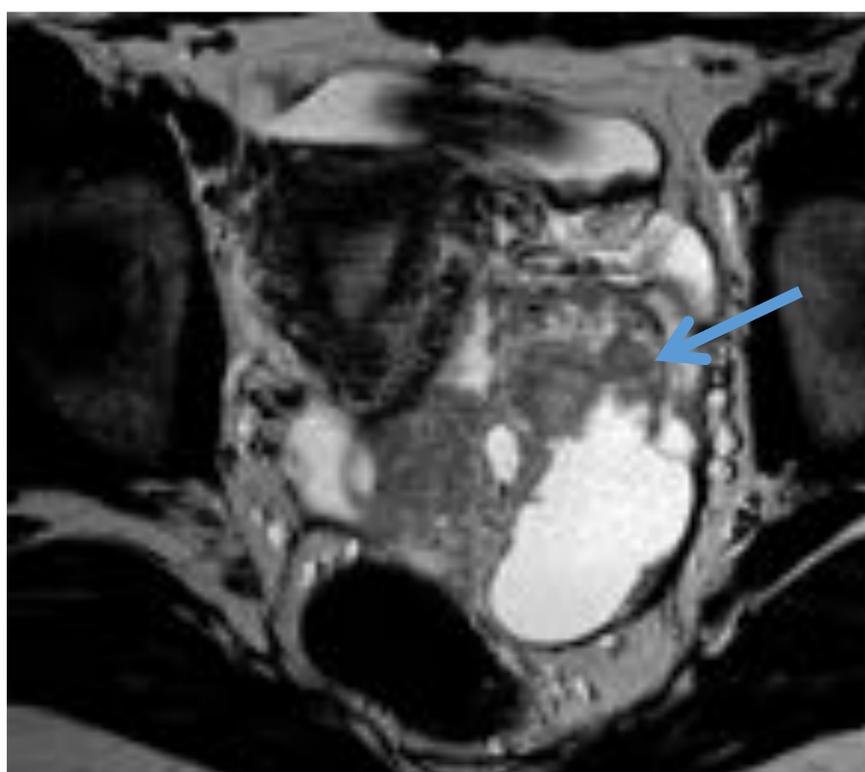
Estos tumores se caracterizan por producir hormonas (esteroides sexuales) por lo que el diagnóstico muchas veces es anterior a la prueba de imagen.

Suelen diagnosticarse de manera inicial con ecografía y posteriormente TC (para valorar enfermedad a distancia) siendo por imagen difícilmente distinguibles de otras neoplasias ginecológicas como cistoadenomas o sarcomas uterinos.

La RMN no suele aportar datos diferenciales, aunque se suele realizar.

### A.TUMOR DE LAS CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG:

Productores de esteroides. Masas sólidas de pequeño tamaño.



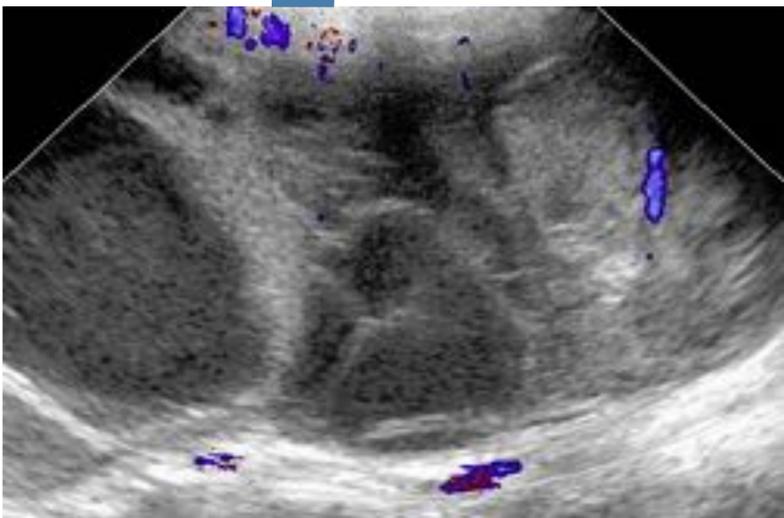
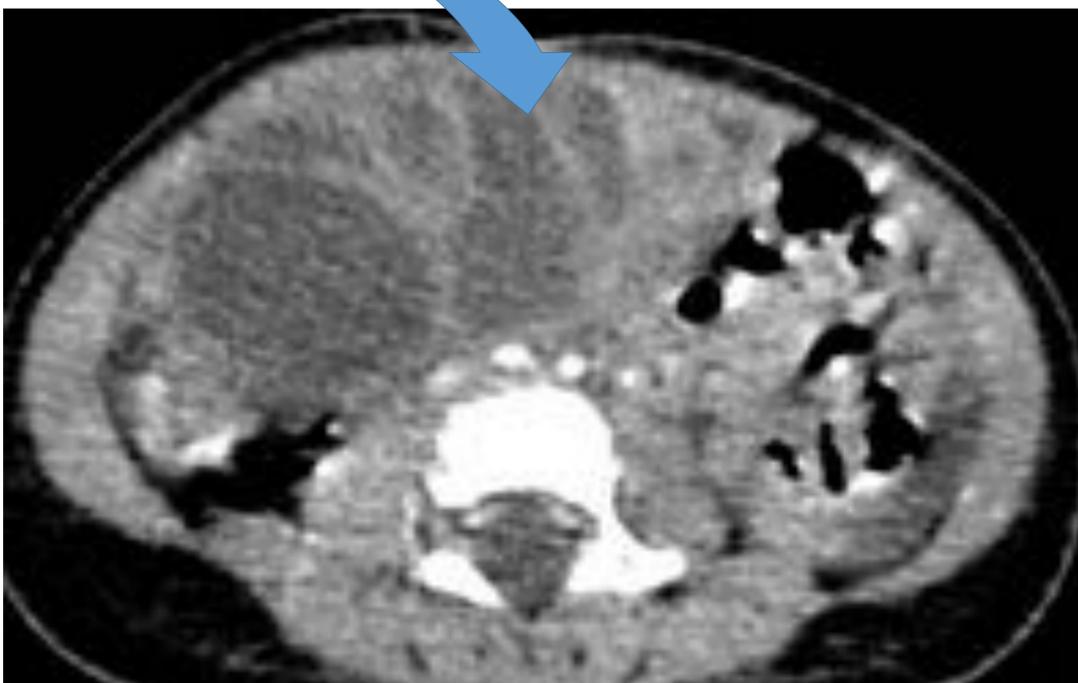
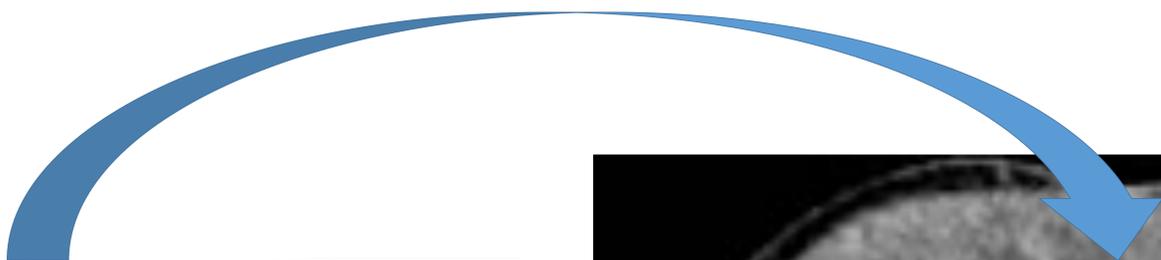
Secuencias T2 (izquierda) post GD (arriba derecha) y difusión (abajo derecha), donde se aprecia masa ovárica sólida, de pequeño tamaño, con discreto realce y restricción a la difusión

## B. TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA

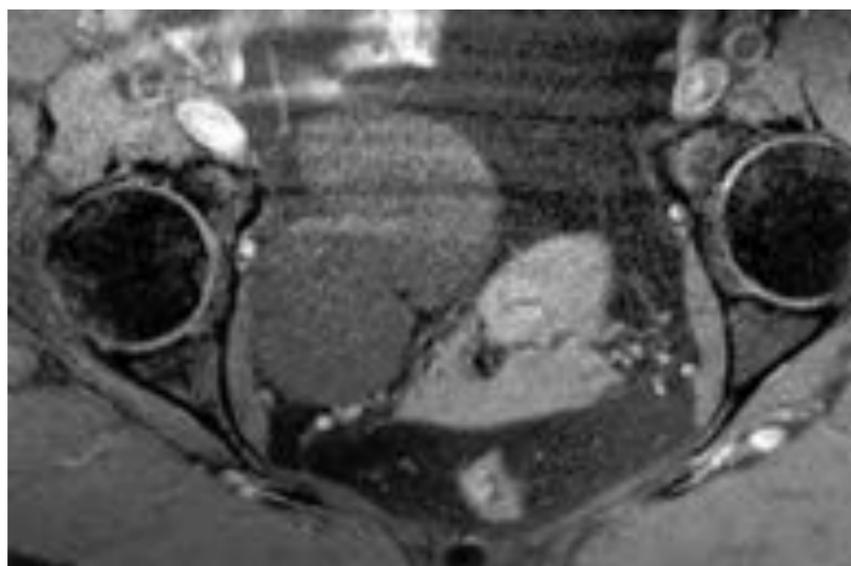
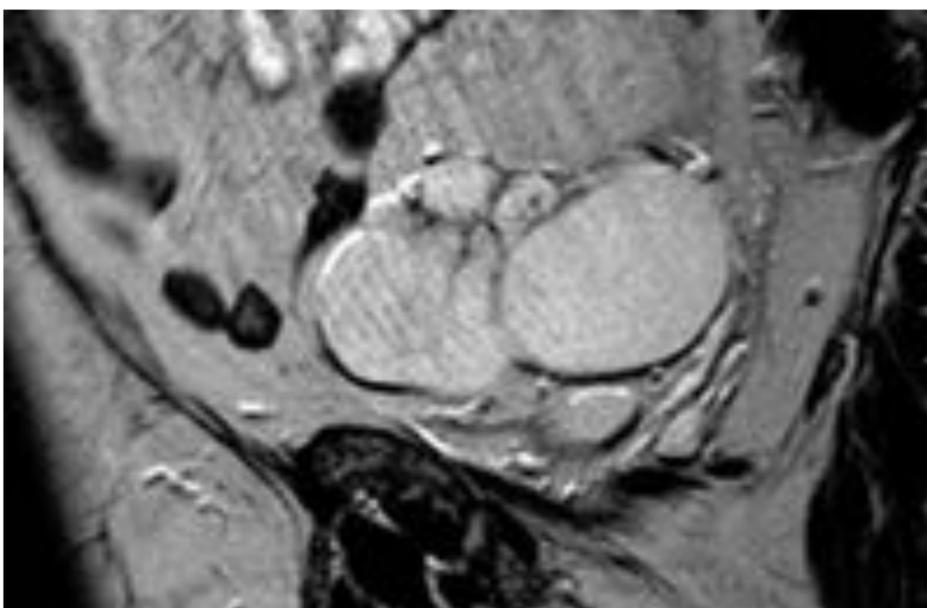
Productor de estrógenos. Se da en dos picos, juvenil (premenarquia) y en la postmenopausia.

### Características de imagen:

Grandes masas quísticas polilobuladas, con presencia de porciones sólidas (con áreas de realce tras la administración de CIV y áreas de restricción a la difusión) y heterogéneas (áreas de sangrado y áreas fibróticas).



Gran masa sólida en ecografía y TC en lactante de 19 meses que se trataba de un gran tumor de la granulosa



Gran masa quística polilobulada con áreas con realce tras Gd IV

## 4- TUMOR DE BRENNER

Suponen el 2-3% de todos los tumores ováricos y rara vez son malignos (aunque pueden malignizar).

Proceden del epitelio superficial del ovario, están compuestos por células transicionales con un estroma denso.

Masas generalmente menores de 2cm y asintomáticos.

Es bastante frecuente que aparezcan junto a otros tumores ováricos ipsilaterales (30%).

### Características por imagen:

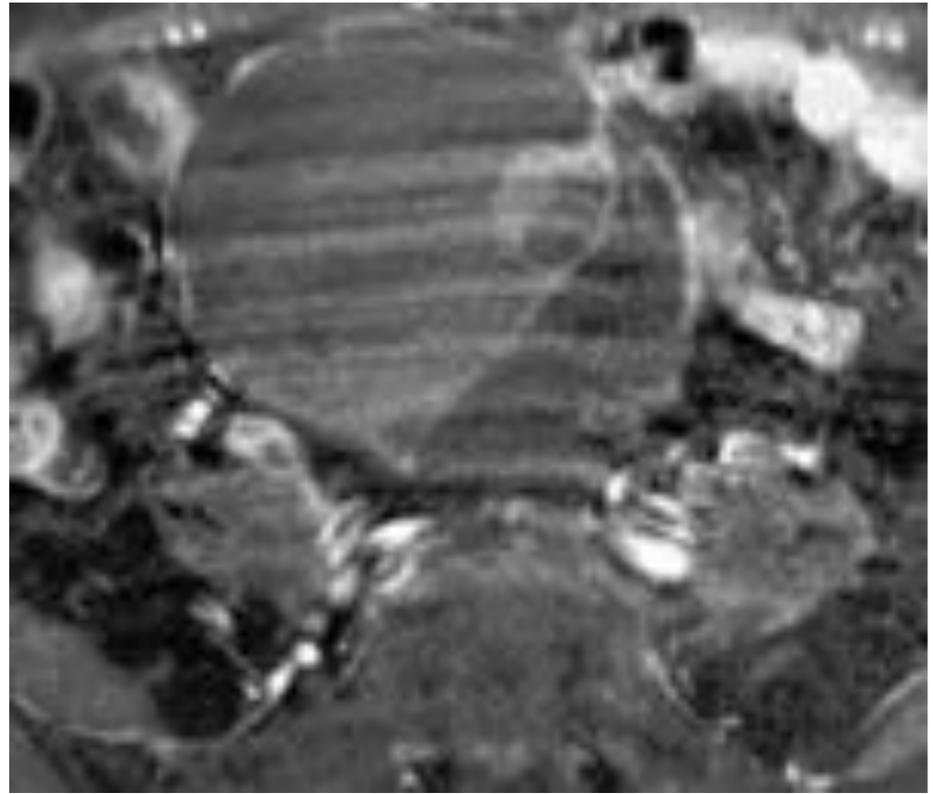
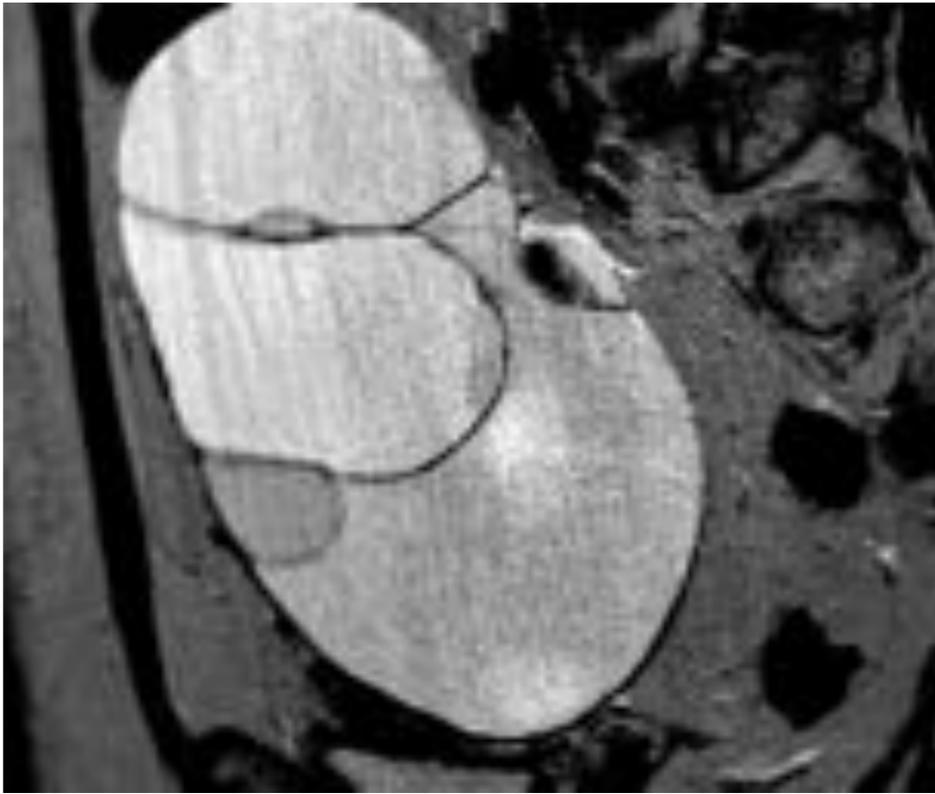
-Característicamente presencia de extensas calcificaciones amórficas en el componente sólido.

-Se comporta en RM de forma similar al resto de los fibromas (baja señal en T1 y en T2).

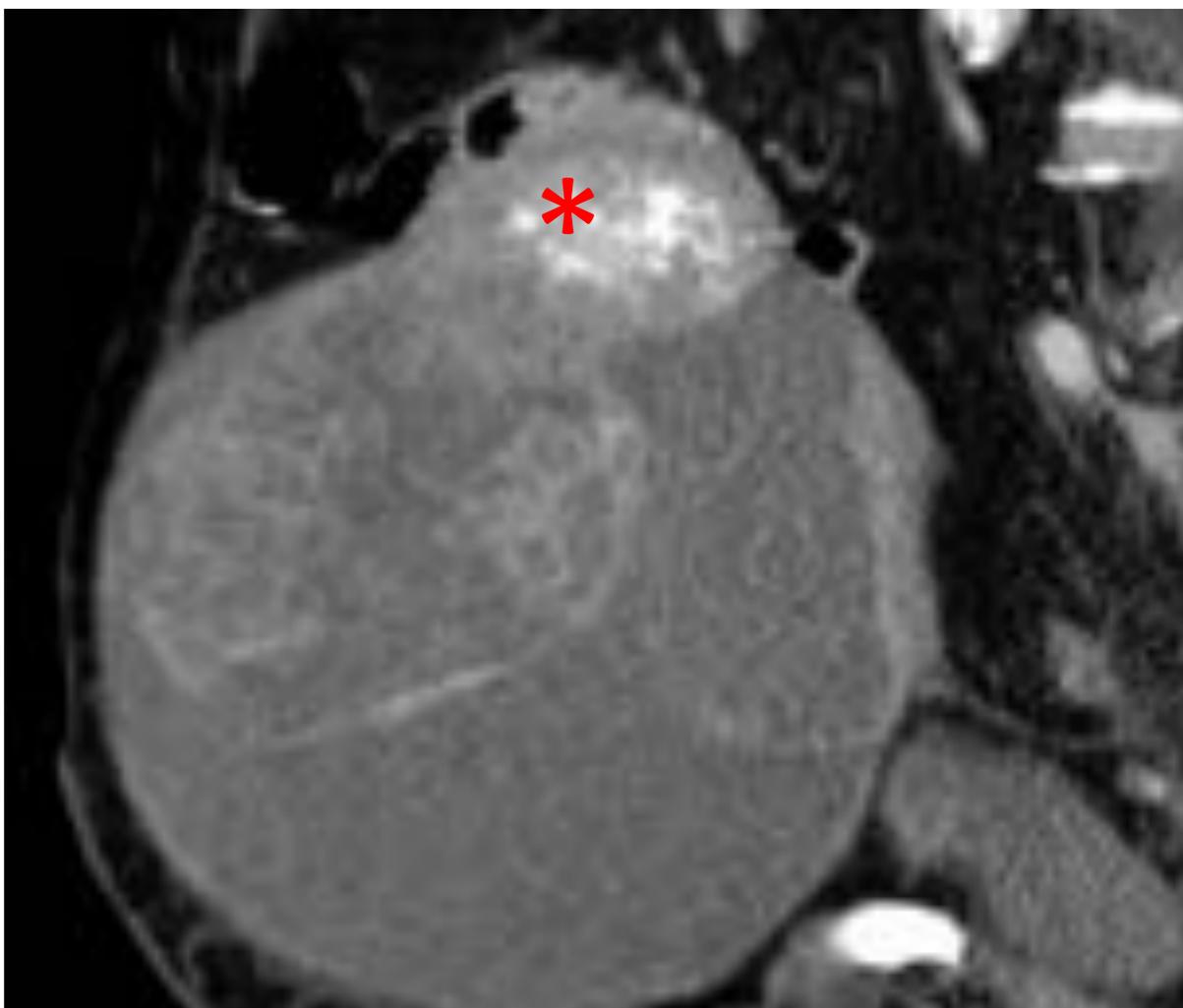
-Los de pequeño tamaño se observan como masas sólidas

-Si son grandes pueden presentar áreas quísticas.

-Las áreas sólidas presentan realce moderado con contraste yodado en la TC y realce variable con gadolinio en RM, así como pueden presentar restricción en las secuencias de difusión.



Gran lesión quística en secuencias T2 (izquierda) y con realce escaso tras administra GD (derecha) que tras la intervención quirúrgica se califico como tumor de Brenner sin datos de malignidad. Aunque los tumores de Brenner característicamente presentan baja densidad, al ser de gran tamaño pueden mostrar estas grandes áreas quísticas.



Gran lesión con componente quística (debido a gran tamaño) que se corresponde con gran tumor de Brenner malignizado. Véase área heterogenea en polo superior (\*) con importante realce.

## 5- METÁSTASIS

Su origen más frecuente son neoplasias **del ovario contralateral**, seguidos de gastrointestinales, mama, pulmón y tejidos hematopoyéticos.

Estas neoplasias se extienden por vía directa, sanguínea o linfática.

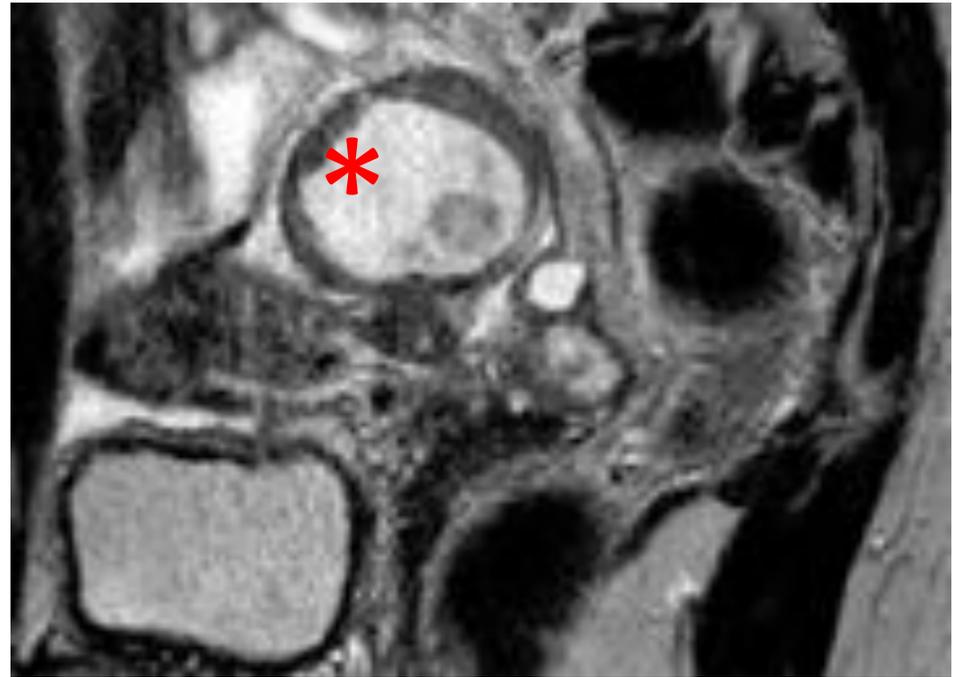
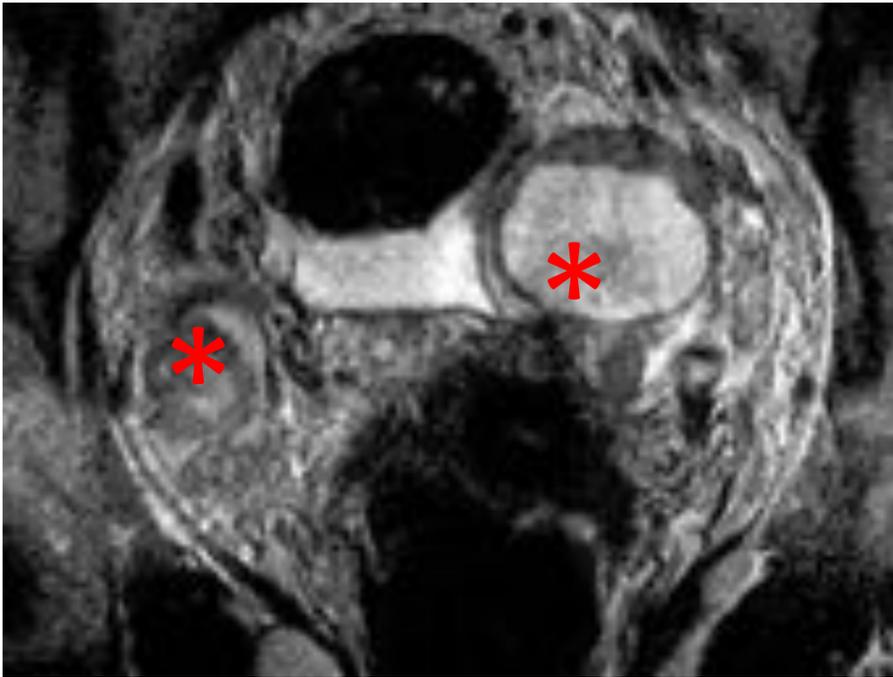
Se dan con mayor frecuencia en mujeres premenopáusicas debido a que los ovarios reciben mayor aporte sanguíneo.

Mención especial merece el **tumor de Krukenberg**, que es un tumor de ovario donde se observan células en anillo de sello rellenas de mucina dentro de un estroma ovárico abundante. El origen más frecuente es el gástrico, aunque también se asocia a mama, apéndice y colon.

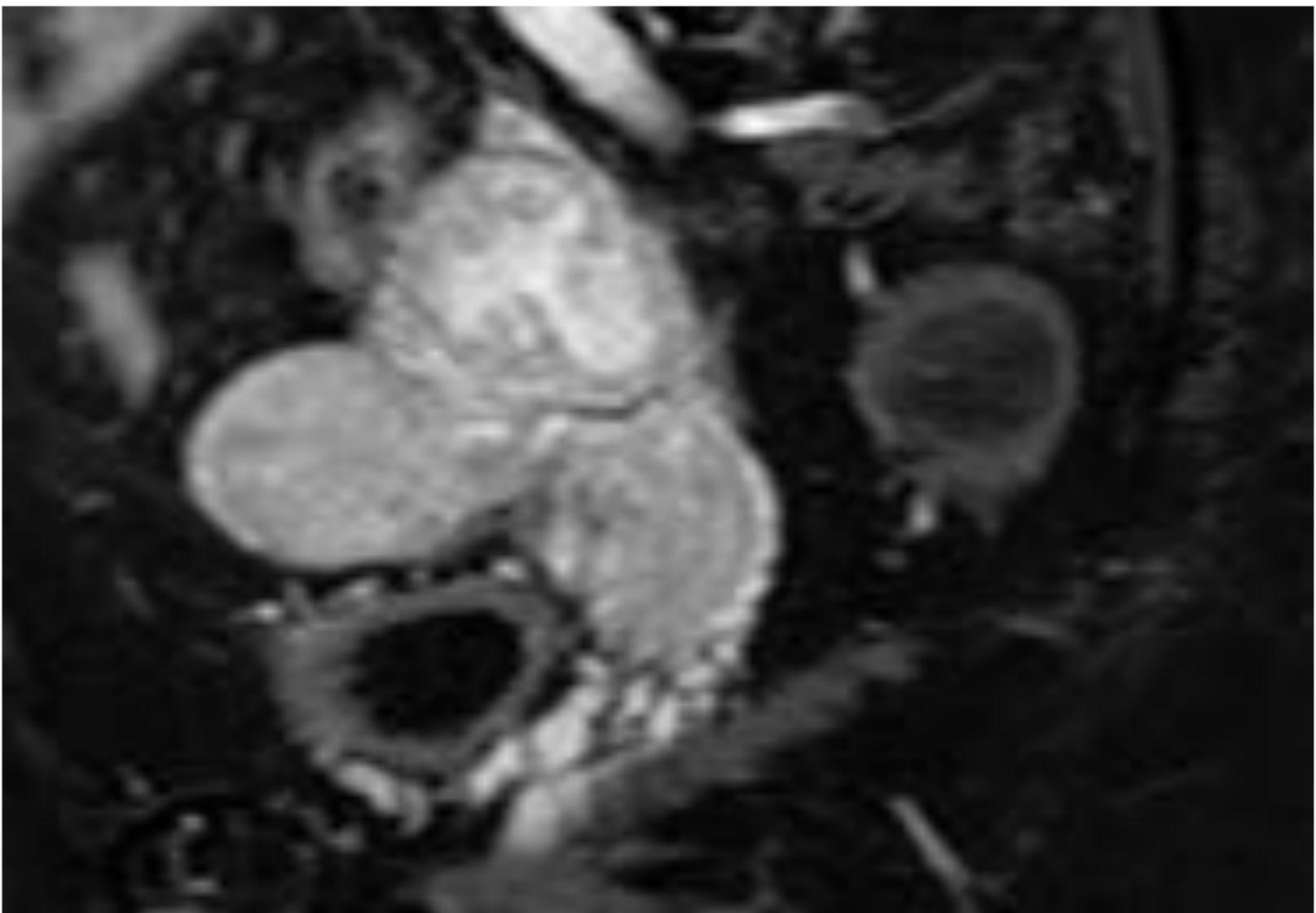
Tiene muy mal pronóstico con una esperanza de vida de 1 año como máximo.

Hallazgos por imagen más característicos:

- Masas ováricas bilaterales predominantemente sólidas.
- Los ovarios pueden variar desde un ovario normal hasta un ovario desestructurado reemplazado por una masa multiloculada o sólido-quística.
- El tumor de Krukenberg se observa como masa sólido-quística con señal variable tanto en T1 como en T2 dependiendo del contenido de mucina y/o sangre.
- Mención aparte las metástasis de melanoma, que son muy raras pero se caracterizan por contenido de melanina con señal alta en las secuencias T1 en la periferia de la masa.

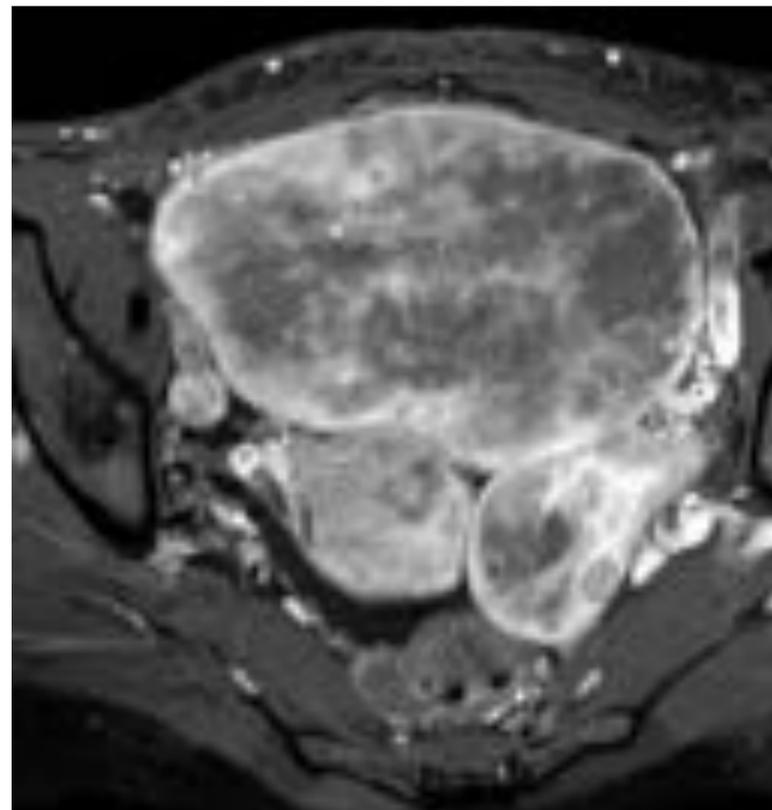


Lesiones sólidas (\*) en ambos anejos en mujer de 50 años con antecedente de cáncer de mama. Resultaron ser metástasis de cáncer ovárico de manera bilateral.



### **Metástasis de carcinoma renal**

Paciente de 55 años con cáncer renal de células claras, con aparición de nuevas lesiones sólidas que captan contraste (secuencia T1 SPIR post GD).



Mujer de 55 años con grandes masas anexiales bilaterales, solidoquísticas, con importante realce tras administración de contraste. Secuencias T2 (izquierda) y T1 SPIR tras Gd( derecha).



TC de estadiaje de la paciente anterior, , donde se evidencia una gran irregularidad y desflecamiento de la cámara gástrica, en relación con neoplasia gástrica con células en anillo de sello. Las masas se correspondían con metástasis. Muy mal pronóstico

# Conclusiones

- Los tumores de ovario presentan múltiples subtipos histológicos, algunos de ellos raros.
- Conocer sus características radiológicas nos va a permitir, en la mayoría de los casos, realizar una aproximación al subtipo histológico, con la consecuente mejora en la planificación terapéutica.