

REPORTE DE CASO

POCUS en el diagnóstico de tumor ovárico bilateral gigante: Reporte de caso

POCUS in the diagnosis of a giant bilateral ovarian tumor: A case report

POCUS no diagnóstico de um tumor ovariano bilateral gigante: Relato de caso

Stephanie López-Serrato¹ ; Elkin R Barrios² ; Lorena Diaz-Bohada³ 

¹ Residente de Medicina de Urgencias, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

² Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Especialización en Medicina de Urgencias, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

³ Departamento de Anestesiología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Especialización en Anestesia y Reanimación, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 29 años sin antecedentes patológicos relevantes que consulta por dolor abdominal en mesogastrio de 3 días de evolución, asociado a náuseas. Al examen físico se encuentra taquicardia y a la palpación abdominal se palpa una masa móvil dolorosa de gran tamaño en región de mesogastrio. La ecografía abdominal con transductor convexo (POCUS) revela una masa de 13 cm de diámetro, no tabicada, sin vasculatura en su interior, sugestiva de tumor ovárico bilateral. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica que confirma el diagnóstico de tumor ovárico bilateral gigante. La paciente es intervenida quirúrgicamente y se realiza ooforectomía bilateral sin complicaciones. El estudio histopatológico informa un tumor ovárico benigno, compatible con *struma ovarii*.

Palabras clave: Neoplasias Ováricas; Ultrasonografía; Tomografía Computarizada por Rayos X; Ovariectomía

ABSTRACT

We present the case of a 29-year-old female with no significant past medical history who presented with a 3-day history of abdominal pain in the mesogastric region, associated with nausea. Physical examination revealed tachycardia and a large, mobile, and tender mass in the mesogastric region. Point-of-care ultrasound (POCUS) with a convex transducer revealed a 13 cm diameter, non-septated mass with no internal vasculature, suggestive of a bilateral ovarian tumor. An abdominopelvic computed tomography (CT) scan confirmed the diagnosis of a giant bilateral ovarian tumor. The patient underwent surgery and had an uncomplicated bilateral oophorectomy. The histopathological study reported a benign ovarian tumor, compatible with *struma ovarii*.

Keywords: Ovarian Neoplasms; Ultrasonography; Tomography X-Ray Computed; Ovariectomy

Recibido: 2026-01-04 • **Aceptado:** 2026-05-08

Autor corresponsal: Stephanie Lopez

E-mail: lopez.stephanie@javeriana.edu.co

Cómo citar: López-Serrato S, Barrios ER, Bueno- Diaz-Bohada L: POCUS en el diagnóstico de tumor ovárico bilateral gigante. Lajec . 2026;6(1): <https://doi.org/10.54143/lajec.v6i1.331>

Fuente de financiamiento: Los autores declaran que no recibieron apoyo financiero específico de agencias de financiación, sectores público o privado, organizaciones sin ánimo de lucro ni de la industria para la realización de este trabajo, la redacción del manuscrito o su sometimiento a publicación.

Conflicto de intereses: Los autores manifiestan que no existen conflictos de interés relevantes, ya sean de índole financiera, académica, personal o institucional, que puedan haber influido en la elaboración, interpretación de los datos o presentación de este reporte de caso.

DOI: <https://doi.org/10.54143/lajec.v6i1.331>

RESUMO

Apresenta-se o caso de uma paciente de 29 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que procurou atendimento devido a dor abdominal no mesogástrio com evolução de 3 dias, associada a náuseas. Ao exame físico, verifica-se taquicardia e, à palpação abdominal, palpa-se uma massa móvel dolorosa de grande dimensão na região do mesogástrio. A ecografia abdominal com transdutor convexo (POCUS) revela uma massa de 13 cm de diâmetro, sem septos, sem vasculatura no seu interior, sugestiva de tumor ovariano bilateral. É realizada uma tomografia computadorizada (TC) abdomino-pélvica que confirma o diagnóstico de tumor ovariano bilateral gigante. A paciente é submetida a cirurgia e é realizada ooforectomia bilateral sem complicações. O estudo histopatológico indica um tumor ovariano benigno, compatível com *struma ovarii*.

Descritores: Neoplasias Ovarianas; Ultrasonografia; Tomógrafos Computadorizados; Ovarietomia

Introducción

Las neoplasias ováricas representan una entidad patológica de alta relevancia en la salud reproductiva femenina, destacando globalmente por su elevada tasa de mortalidad entre los cánceres ginecológicos.¹ Si bien la presentación subclínica es habitual en estadios iniciales, un subgrupo de pacientes experimenta un debut con sintomatología abdominal aguda (dolor intenso, náuseas, vómito y distensión), lo que exige una evaluación diagnóstica inmediata.²

En el entorno de la emergencia, el Ultrasonido a la Cabecera del Paciente (POCUS) se consolida como una herramienta de valoración expedita que complementa la imagenología axial (TC). Mediante el Doppler color, el POCUS permite una caracterización inicial del flujo vascular tumoral, discriminando rasgos sugestivos de malignidad (vasos tortuosos e irregulares).^{3,4} Esta información ecográfica precoz es fundamental para la estratificación del riesgo y la orientación de la conducta terapéutica en casos complejos, como las masas ováricas gigantes y bilaterales.^{5,6}

Descripción del Caso**1. Consentimiento Informado**

La publicación de este reporte de caso se realizó previa obtención y archivo del consentimiento informado escrito de la paciente, asegurando la estricta confidencialidad y el uso ético de la información clínica, en apego a las directrices institucionales.

2. Información del Paciente y Hallazgos

Paciente femenina de 29 años, sin antecedentes patológicos relevantes, niega antecedentes gestacionales, refiere ciclos menstruales regulares normales, niega metrorragia; consulta al servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal en mesogastrio de 3 días de evolución, asociado a náuseas. La paciente niega vómito, fiebre, diarrea o estreñimiento. Al ingreso, los signos vitales revelan taquicardia (Frecuencia Cardíaca: 110

latidos por minuto), Presión Arterial: 120/80 mmHg, Frecuencia Respiratoria: 16 respiraciones por minuto, y Temperatura: 37°C. El examen físico abdominal mostró distensión, dolor a la palpación profunda en mesogastrio, y la presencia de una masa palpable de gran tamaño, móvil y dolorosa.

3. Evaluación Diagnóstica

Los paraclínicos de ingreso (hemograma, uroanálisis y función renal) se reportaron dentro de los límites de la normalidad.

- **POCUS (Ecografía Abdominal con Transdutor Convexo):** Se identificó una masa de 13 cm de diámetro, no tabicada, con una ecogenicidad sólida y quística, y ausencia de vasculatura interna al Doppler color, localizada en los anexos uterinos y sugestiva de un tumor ovárico bilateral.

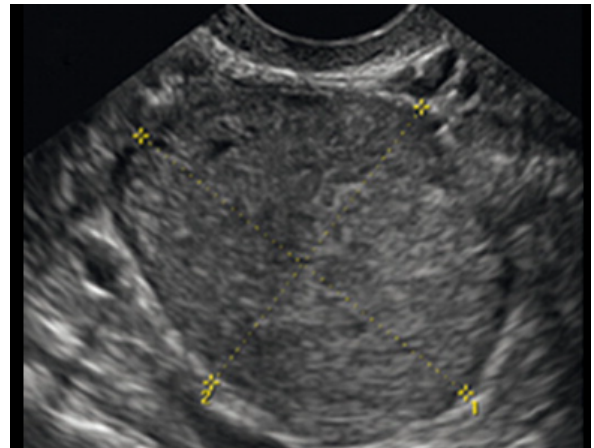


Figura 1: Ecografía abdominal con hallazgo de gran masa sólida.

Fuente: Registro clínico del caso.

- **Tomografía Computarizada (TC) Abdomino-Pélvica:** La TC complementaria, realizada para la caracterización completa, confirmó la presencia de una masa heterogénea bilateral gigante en los anexos uterinos, compatible con tumores ováricos. Se observaron áreas quísticas y focos de densidad

umentada, sin evidencia de realce mural nodular o vascularización caótica evidente. No se identificó ascitis significativa, carcinomatosis peritoneal, ni adenopatías patológicas en las cadenas ilíacas o retroperitoneales. Los hallazgos morfológicos fueron sugestivos de neoplasia ovárica bilateral, sin signos inequívocos de diseminación maligna.

4. Intervención y Seguimiento

Dada la presentación clínica aguda, el gran tamaño de la masa y la necesidad de descartar malignidad, se decidió la intervención quirúrgica de urgencia. Se realizó una laparotomía exploratoria con ooforectomía bilateral sin complicaciones intraoperatorias.

El estudio histopatológico definitivo confirmó la presencia de un tumor ovárico bilateral benigno, compatible con un *struma ovarii*.⁷

El *struma ovarii* es una neoplasia ovárica de baja prevalencia, caracterizada por la presencia de tejido tiroideo, generalmente con excelente pronóstico post-ooforectomía.^{8,9}

Discusión

La emergencia de neoplasias ováricas bilaterales gigantes en un contexto agudo subraya la trascendencia diagnóstica del Ultrasonido a la Cabecera del Paciente (POCUS), el cual permitió una caracterización morfológica y dimensional expedita, fundamental para el manejo clínico agudo. Si bien la evaluación por Tomografía Computarizada (TC) es imprescindible para la planificación quirúrgica y la estadificación anatómica, el POCUS orientó la necesidad de intervención especializada.

No obstante, el diagnóstico diferencial de una masa ovárica de gran volumen exige la exclusión de otras etiologías sólidas, incluyendo el Fibroma Ovárico de gran tamaño, cuya presentación clínica puede simular un cuadro de masa compleja y cuya diferenciación preoperatoria representa un desafío bien documentado en la literatura.¹⁰ Adicionalmente, las neoplasias de células germinales, como el *Struma Ovarii*—un subtipo de teratoma que contiene tejido tiroideo, deben ser consideradas dada su capacidad para mimetizar ecográficamente otros tumores anexiales.¹¹⁻¹³ En este contexto, la evaluación mediante Ecografía Doppler Color demostró ser crucial para la estratificación del riesgo, al permitir la discriminación entre patrones de vascularización benigna y aquellos sospechosos de malignidad (flujo caótico y de baja resistencia),¹⁴ lo que confiere una ventaja decisiva en la toma de decisiones terapéuticas oportunas y exitosas.

Conclusión

La emergencia de neoplasias ováricas bilaterales gigantes en un contexto agudo constituye un desafío diagnóstico-terapéutico, en el cual el Ultrasonido a la Cabecera del Paciente (POCUS) se valida como una herramienta de imagen esencial para la evaluación diagnóstica inicial en el triaje de urgencias. Si bien el POCUS facilita una aproximación rápida, la Tomografía Computarizada (TC) abdomino-pélvica mantiene su rol como técnica de elección para la caracterización completa, la estratificación del riesgo de malignidad y la planificación quirúrgica, siendo la ooforectomía bilateral la modalidad terapéutica definitiva apropiada en la mayoría de estos escenarios clínicos.

Referencias

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394–424. doi:10.3322/caac.21492.
2. Bast RC, Hennessy B, Mills GB. The biology of ovarian cancer: new opportunities for translation. *Nat Rev Cancer.* 2009;9(6):415–428. doi:10.1038/nrc2644.
3. Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, Froyman W, Benacerraf BR, Bennett GL, et al. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *Radiology.* 2020;294(1):168–185. doi:10.1148/radiol.2019191150.
4. Savelli L, Testa A, Timmerman D, Paladini D, Lomas A, Valentin L. Imaging of gynecological disease: clinical and ultrasound characteristics of struma ovarii. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;32(2):210–219. doi:10.1002/uog.5398.
5. Yang X, Leslie G, Gentry-Maharaj A, Ryan A, Intermaggio M, Lee A, et al. Evaluation of polygenic risk scores for ovarian cancer risk prediction in a prospective cohort study. *J Med Genet.* 2018;55(8):546–554. doi:10.1136/jmedgenet-2018-105313.
6. Huang Y, Xiao Y, Shi Y, Wang J, Lv B, Shi X. Point-of-care ultrasound for abdominal pain in obstetrics and gynecological diseases. *Quant Imaging Med Surg.* 2018;5(1):36.
7. Lamblin G, Gallice C, Bournaud C, Nadaud B, Lebail-Carval K, Chene G. Goitres ovariens bénins: à propos de 7 cas et analyse de la littérature [Benign

- struma ovarii: Report of 7 cases and review of the literature]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2012;40(2):135–137.
8. Dahiya P, Chauhan S, Duhan N, Malhotra S, Gupta R. Bilateral benign non functional struma ovarii with Pseudo-Meigs' syndrome. *J Obstet Gynaecol*. 2012;32(2):135–137.
 9. Lakhani S, Chawla V, Gupta U, Chhabra V. Asymptomatic struma ovarii: a case report. *J Obstet Gynaecol India*. 2012;40(3):167–170.
 10. Vesna L, Ivana B, Vladimir K, Dragan J, Mladen K, Jelena B. Diagnostic problems in a case of fibroma ovarii. *Vojnosanit Pregl*. 2016;144(11–12):643–646.
 11. Weinberger V, Kadlecova J, Minář L, Felsinger M, Anton M, Ovesna P, et al. Struma ovarii – ultrasound features of a rare tumor mimicking ovarian cancer. *Med Ultrason*. 2018;20(4):463–468. doi:10.11152/mu-1526.
 12. Yoo SC, Chang KH, Lyu MO, Chang SJ, Ryu HS, Kim HS. Clinical characteristics of struma ovarii. *J Gynecol Oncol*. 2008;19(2):135–138. doi:10.3802/jgo.2008.19.2.135.
 13. Moshiri M, Choy F, Osman S, Ganeshan D, Robinson C, Kani K. Imaging of mature cystic teratoma and its variants: a differential diagnosis. *Abdom Radiol*. 2025;46(4):1662–1678. doi:10.1007/s00261-020-02830-2.
 14. Chen M, Liao S, Xu Y, Ye X, Jia X, Zhang S. Clinico-pathological and imaging features of struma ovarii: a retrospective study. *Front Oncol*. 2025;15:1487812. doi:10.3389/fonc.2025.1487812.