

Signo de la pared (o del halo)

Eugenio L. Navarro-Sanchis

El signo de la pared (o del halo) es un hallazgo visible en la radiografía simple de abdomen que permite realizar el diagnóstico de un quiste dermoide ovárico. El signo consiste en la visualización de la pared del quiste como una fina línea con densidad de partes blandas. El hecho de que esta línea, no calcificada, sea visible es debido a la presencia de densidad grasa a ambos lados: el tejido graso en el interior del quiste y la grasa abdominal. En función del grosor de la pared y de la cantidad de grasa abdominal circundante, la pared puede ser completa o no, o puede verse mejor en proyecciones con diferente oblicuidad.

Este signo de la pared es poco conocido, pero es uno de los escasos signos patognomónicos, por lo que resulta muy útil para el diagnóstico. Fue descrito por Pantoja, San Pedro y Jittivanich ⁽²⁾ en 1977 y lo recoge Eisenberg en su magnífica recopilación de semiología, *Atlas of Signs in Radiology*, de 1983, y en su posterior edición en castellano ⁽¹⁾.

Se conoce como quiste o tumor dermoide ovárico al teratoma quístico maduro (esta denominación es más apropiada); se trata de un tumor quístico con tejido bien diferenciado derivado de al menos dos de las tres capas germinales (ectodérmica, mesodérmica y endodérmica) ⁽³⁾. Constituye el 10 a 25 % de todos los tumores ováricos y aunque la edad de presentación

tiene un amplio rango, es frecuente diagnosticarlo en mujeres menores de 45 años, siendo la neoplasia ovárica más común en este grupo de edad ⁽⁴⁾. Es un tumor de naturaleza benigna, aunque puede sufrir transformación maligna en el 1-2 % de los casos ^(5,6).

Clínicamente se presenta como masa pélvica o abdominal en pacientes sin otros síntomas, aunque en ocasiones puede diagnosticarse a raíz de una presentación aguda por complicación tumoral (especialmente torsión, rotura o infección) ^(5,6).

El diagnóstico es fácilmente realizado por ecografía, tomografía computada (TC) o resonancia magnética (RM), técnicas en las que puede reconocerse una masa pélvica bien delimitada y con grasa en su interior, con o sin presencia de calcio. En ecografía se ha descrito el *signo de la punta del iceberg*: la presencia de pelo, grasa y restos celulares mezclados dentro de la masa, y las múltiples interfases que se producen, provocan una sombra acústica que oscurece la parte más profunda de la lesión, como si se tratara de un iceberg ⁽⁷⁾.

En la figura 1, las flechas señalan una delgada línea con densidad de partes blandas que delimita una masa pélvica derecha en una radiografía simple de abdomen (signo de la pared). En la figura 2, la ecografía confirma la presencia de la masa, mostrando –además– el signo de la punta del iceberg. La sombra



Fig. 1. Imagen localizada de una radiografía de abdomen que muestra una masa pélvica delimitada por una fina línea con densidad de partes blandas (flechas).

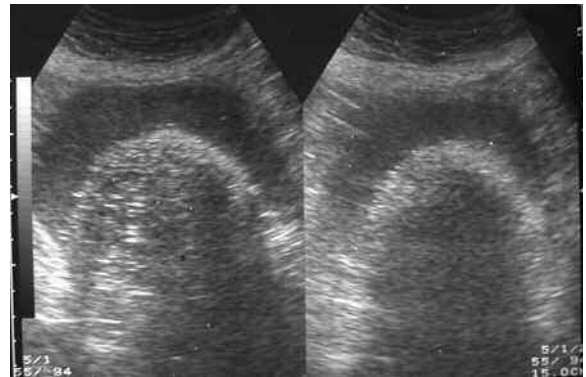


Fig. 2. La ecografía evidencia el tumor con dos áreas de diferente ecogenicidad. En la zona central se observa una sombra acústica posterior que impide ver la parte profunda de la masa.



Fig 3. Corte axial de tomografía computada a nivel pélvico. Puede verse nítidamente la pared tumoral (puntas de flecha) delimitada por la grasa abdominal y el contenido graso del tumor. En el interior se distinguen dos zonas de diferente densidad, en clara correspondencia con la imagen ecográfica. Las flechas indican la zona central con densidad heterogénea, correspondiente a grasa mezclada con pelos y otros tejidos.

acústica impide ver la zona profunda del tumor. En la TC (Fig. 3) puede apreciarse la correspondencia con la radiografía y la ecografía. La pared tumoral es bien

visible y en el contenido se distingue un componente graso homogéneo (dispuesto en semiluna, ocupando la porción anterior y periférica de la masa) y una zona heterogénea, también con tejido graso, en la parte central y posterior del tumor, revelando el estudio histológico la presencia de pelo y otros tejidos.

Bibliografía

1. Eisenberg RL. Atlas de signos radiológicos. Barcelona: Médici; 1986. p. 157.
2. Pantoja E, San Pedro CA, Jittivanich U. The radiographic wall-sign of ovarian dermoids. Rev Interam Radiol 1977;2(1):33-5.
3. Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. RadioGraphics 2001;21:475-90.
4. Kim KA, Park ChM, Lee JH, Kim HK, Cho SM, Kim B. et al. Benign ovarian tumors with solid and cystic components that mimic malignancy. AJR Am J Roentgenol 2004;182:1259-65.
5. Park SB, Kim JK, Kim KR, Cho KS. Imaging findings of complications and unusual manifestations of ovarian teratomas. RadioGraphics 2008;28(4):969-83.
6. Kido A, Togashi K, Konishi I, Mataoka ML, Komaya T, Ueda H et al. Dermoid cysts of the ovary with malignant transformation: MR appearance. AJR Am J Roentgenol 1999;172:445-9.
7. Beller MJ. The "tip of the iceberg" sign. Radiology 1998;209(2):395-6.

Para evitar duplicación de material, el autor que desee publicar un trabajo en la Sección Signos Radiológicos debe solicitar autorización al encargado de la Sección, Dr. Jorge Ahualli, especificando el tema de interés.
Enviar correspondencia a: signosradiologicos@sar.org.ar