



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3183 - LE ASEGURO QUE NO ESTOY EMBARAZADA

M.C. Roncero Vidal^a, C. Gutiérrez Ruiz^b, M.I. Gallardo Murillo^c y R. Roncero Vidal^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Pueblonuevo del Guadiana.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años que consulta en Atención Primaria por sensación de pirosis, plenitud y distensión abdominal que ha ido aumentando en los últimos meses, que le ha angustiada y ha acudido a su médico para un reconocimiento. Niega dolor y cambios en el hábito intestinal; así como, clínica urinaria. Reglas regulares manteniendo fórmula menstrual sin variaciones, menstruando actualmente. Refiere aumento de peso sin haber realizado modificaciones en sus hábitos dietéticos. Entre los antecedentes personales de la paciente, a destacar: asma persistente leve, propaso mitral en 2005. Sin tratamiento actual.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente mantiene buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Afebril. Abdomen: gran masa localizada en hipogastrio que supera nivel supraumbilical, bien delimitada, de paredes induradas, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Tras dicha exploración se deriva a Urgencias hospitalarias para valoración y tratamiento. Analítica de sangre y orina anodinas. Ecografía abdominal: gran masa pélvica de unos 20 cm, multilocular de contenido fundamentalmente líquido, con una zona más sólida en lado derecho de 41 mm. Invade Douglas. No infiltra recto. Útero y endometrio normales. TAC: masa abdomino-pélvica de 16 × 9,4 × 19,5 cm dependiente de ovario izquierdo. Se programa para laparotomía exploradora y biopsia intraoperatoria: Anexectomía izquierda junto con masa anexial. Estudio anatomopatológico intraoperatorio de componente de bajo grado de malignidad. Estudio Anatomopatológico definitivo: cistoadenoma mucinoso

Juicio clínico: Cistoadenoma mucinoso dependiente de ovario izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Masa multiquística de origen ovárico: cistoadenoma vs cistoadenoma mucinoso.

Comentario final: Los cistoadenomas mucinosos, el 85% son benignos, el 6% son de bajo potencial maligno (límitrofes) y un 9% son tumores invasivos. Tienen la característica común de alcanzar grandes tamaños, de hecho los tumores más grandes reportados en la literatura pertenecen a este grupo. Comprenden el 15-25% de todos los tumores ováricos. El curso clínico del cistoadenoma mucinoso suele ser favorable, y en raras ocasiones se complica.

Bibliografía

1. Buller RE, et al. Familial ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 1993;51:160.
2. Carter J, et al. Borderline and invasive epithelial ovarian tumors in young women. *Obstet Gynecol.* 1993;82:752.
3. Disaia PJ. *Oncología Ginecológica Clínica*, 6ª ed. Mosby, 2002:289-250.

Palabras clave: *Masa. Tumor ovárico. Cistoadenoma. Mucinoso.*