



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/234 - ¿EXPLORAMOS?

J. Villar Ramos^a, M. Montes Pérez^b, P. López Tens^c, A. Blanco García^d, D. Fernández Torre^e y M. Vela Machío^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Maliaño. Cantabria.

^cMédico Residente. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^dMédico Residente. Centro de Salud Camargo Costa.

Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa.

Maliaño. Cantabria. ^fMédico Residente de 2º año. Centro de Salud El Alisal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 69 años acude por dolor lumbar derecho sin irradiación. Menopausia a los 51. La paciente está vestida, por lo que se decide para la correcta exploración retirar toda la ropa, objetivándose que la paciente es portadora de pañal por hemorragias abundantes. Tras hallazgos en exploración refiere masa abdominopélvica y metrorragia de años de evolución en cantidad similar a regla. Incapacidad para movilizar EEII e incontinencia.

Exploración y pruebas complementarias: Masa abdominopélvica de consistencia dura aparentemente dependiente del útero que llega hasta dos traveses de dedo por encima de ombligo. Masa satélite con al anterior en fondo uterino de unos 6 cm de diámetro. Cérvix: desplazado anteriormente. No se distingue con claridad. Sangrado de cavidad en cantidad similar a una regla normal. TV: masa pélvica que ocupa Douglas, ambas fosas ilíacas hasta epigastrio parapleja extremidades inferiores. ROTS: + de forma bilateral en MMII. rcp indiferente bilateral. Hipoestesia grave con nivel sensitivo T8-T9. Analítica: anemia ferropénica, leucocitosis izquierda. Ecografía: masa pélvica con calcificaciones. No se distingue endometrio. No líquido libre. TAC: masa abdominopélvica con calcificaciones groseras y nodularidad interior diámetro máximo de 14 × 20 cm, dependencia uterina. Lámina derrame pleural derecho. Osteólisis en los cuerpos vertebrales de D10 y L5 probable etiología maligna. BAG: adenocarcinoma endometrioide, pobremente diferenciado de origen genital. RMN lumbar: probable afectación metastásica en cuerpos vertebrales en D4, L5 y D10 donde su extensión epidural condiciona compresión del cordón medular. IQ raquídea para descompresión medular. Evoluciona favorablemente, con mejoría de la sintomatología neurológica deficitaria en EEII. Estando actualmente con fuerza: anteversión cadera: 1/5 bilateral, extensión de rodilla 3/5 derecha, 3+/5 izquierda. Flexión dorsal de tobillo 3/5 derecho, 4/5 izquierdo. Flexión plantar 4+/5 bilateral. Nivel sensitivo T10.

Juicio clínico: Adenocarcinoma endometrioide estadio IV con metástasis raquídeas y compresión medular metastásica.

Diagnóstico diferencial: Hemorragias vaginales.

Comentario final: Transformación neoplásica más frecuente del aparato genital femenino. Se ha

asociado a la estimulación estrogénica, así se consideran factores de riesgo los tratamientos con estrógenos (sin progestágenos), períodos extensos de anovulación, obesidad. Cabe destacar la necesidad de explorar a nuestros pacientes en las condiciones adecuadas ya que el motivo de consulta dista del diagnóstico.

Bibliografía

1. Ries L, Eisner AG, Kosary MP, et al. SEER cancer statistics review, 1975-2002. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 1975.
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010;60:277-300.
3. Rivas-Corchado LM, González-Geroniz M, Hernández-Herrera RJ. Epidemiological profile of ovarian cancer. *Ginecol Obstet Mex.* 79(9):558-64.
4. Vilouta M, Álvarez-Silvares E, Borrajo E, et al. Cáncer de endometrio en la premenopausia. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 2010;37:146-51, 2009.