



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/728 - DOCTORA, VOY A PARIR

I.C. Alcántara Alonso^a, M.C. Díaz Laso^b, F.J. Alcántara Alonso^c, M. Silvestre Niño^a, M. Delgado Magdalena^d, T.M. Biec Amigo^e y J.M. Flores Acosta^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Área Norte. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Fuentelarreina Area Norte. Madrid. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Área Este. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Unidad Norte. Madrid. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria y Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria y Médico de Familia. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: AP: obesidad mórbida. Hepatitis A en la infancia. AQx: ooforectomía izquierda hace 3 años por teratoma inmaduro roto. MC: mujer de 42 años de edad, quien tras presentar una cefalea y automedicarse con ibuprofeno, se despierta con epigastralgia y abdominalgia. Acude a su MAP 12 horas después por persistencia del dolor. Tras una exploración dudosa se deriva a urgencias para realización de analítica y descartar abdomen agudo. JC: dolor abdominal inespecífico, probablemente por ingesta de ibuprofeno; analítica normal, tratamiento con IBP y reposo gástrico. El dolor no cede por lo cual vuelve a consultar a su MAP el día siguiente. La valora su residente de familia. Anamnesis (2º día): dolor abdominal de inicio brusco (hace 48 horas), intermitente, de intensidad 8/10, afebril, sin alteraciones en la deposición y/o micción, y que la paciente insiste en definir como si “estuviese de parto”.

Exploración y pruebas complementarias: TA:107/78 mmHg. FC: 87 lpm T: 37,2 °C. Abdomen: difícil exploración por obesidad mórbida. Blando, depresible, dolor localizado en hipogastrio e irradiado a fosa ovárica derecha. No irritación peritoneal, RHA+. Analítica urgente: HB: 13, leucos 6,7, plaquetas 263, PCR 51,3, sistemático de orina: negativo. Test embarazo negativo. Analítica diferida: alfafetoproteína, CA 125 y CA 19.9 normales. Radiografía abdominal: luminograma inespecífico. Evolución: con la sospecha de patología ovárica aguda se remite a Ginecología. Ecografía urgente: útero en AF con endometrio de 1º fase. OI: formación econegativa de 82 × 57 mm. Mínima cantidad de líquido libre. JC: quiste ovárico.

Juicio clínico: Quiste ovárico, pendiente de filiar.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda. Obstrucción intestinal. Rotura embarazo ectópico. Torsión ovárica.

Comentario final: Este caso nos sirvió para entender la importancia de escuchar al paciente, explorarlo y nunca olvidarnos de los antecedentes personales. Por la rapidez con la que vivimos y el poco tiempo en consulta, muchas son las veces que nos quedamos a medias en este proceso,

provocando a su vez pruebas innecesarias, y diagnósticos poco acertados. Nunca debemos infravalorar la opinión del paciente. Y en mujeres tener presente las patologías ginecológicas. La sintomatología de los tumores ováricos puede ser muy variada desde dolor abdominal sensación de flatulencia, reglas abundantes, hasta asintomáticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín oncológico del área sanitaria de Teruel. Cáncer de ovario
2. Semfyc. Guía de actuación en Atención Primaria, 4ª edición, Dolor abdominal.
3. Gershenson DM. Up to date, Ovarian germ cell tumors: Pathology, clinical manifestations, and diagnosis.