



## 242/3021 - EL ORIGEN DEL CÓLICO PERSISTENTE

N. Carrión Aliaga<sup>a</sup>, I. Carrión Jiménez<sup>b</sup>, P. Llor Zaragoza<sup>c</sup>, M. Tovar Peñaranda<sup>d</sup> y B. Sanchís Pardo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro San Juan. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años posmenopáusica, obesa con antecedentes de cólicos nefríticos recidivantes, sin otra patología de interés. Consulta por dolor en fosa lumbar derecha irradiado a genitales, con dudosas molestias urinarias de una semana de evolución que había aumentado en intensidad. Le recuerda a episodios de cólicos nefríticos anteriores. Tira de orina reactiva con hematíes, exploración sin signos de alarma. Se pauta analgesia e hidratación con mejoría parcial. A los dos días consulta por dolor mejorando con analgesia intramuscular y reforzándose la analgesia. Al día siguiente la paciente vuelve por dolor, remitiéndose a urgencias, donde se realiza analítica con resultado normal, con ecografía abdominal patológica, donde se aprecia torsión ovárica derecha por quiste de características grasas. Se ingresa para cirugía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tira de orina: leve hematuria. Exploración abdominal: dolor a la palpación en flanco derecho, fosa ilíaca derecha e hipogastrio, sin puñopercusión ni irritación peritoneal asociada. Ecografía abdominal: a nivel de la pelvis menor imagen mixta, sólido-quística de 7 × 6 cm, de ubicación retrovesical, masa anexial con imágenes tubulares ecolúcidas en la periferia del ovario, vasos ingurgitados por la congestión. Líquido libre en el saco de Douglas. Ovario derecho aumentado de tamaño con una textura hipoecogénica por la presencia de edema y necrosis.

**Juicio clínico:** Torsión ovárica derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico-nefrítico, ITU, apendicitis, patología-ovárica.

**Comentario final:** Ante una paciente con antecedentes cólicos nefríticos recidivantes y dolor intenso que no mejora con tratamiento habitual, hay que descartar complicaciones derivadas del cólico nefrítico o patología ginecológica o digestiva de forma urgente, siendo necesario ecografía abdominal para filiación. La torsión ovárica puede ser por rotación parcial o completa del ovario sobre su soporte ligamentoso, pudiendo producir interrupción del aporte sanguíneo. Es muy frecuente como urgencia ginecológica y puede darse a cualquier edad. Es muy importante el diagnóstico temprano para conservar el ovario o la función tubárica, además de para prevenir comorbilidades. Aun así realizar un correcto diagnóstico puede ser un reto por lo inespecíficos que pueden ser los síntomas.

## **Bibliografía**

1. McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich CS 3rd. Gynecologic emergencies. Surg Clin North Am. 2008;88(2):265-83.

**Palabras clave:** Cólico renal. Ovario. Torsión.