



242/782 - ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN ESTUDIO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO DE REPETICIÓN

A. Garay López de Aguilera^a, M. Sebastián Aparicio^a, M. Quintana Urrea^b, J. Vinagre Morgado^b, I. García de Eulate Urdangarín^a y R. Ruíz Márquez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Salburua. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Aranzizkarra II. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^cTécnico en Emergencias. SAMU. Salvatierra-Agurain. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 47 años. Fumadora. Estudio ginecológico 2014 tras menopausia: quiste simple ovario derecho. Infecciones urinarias de repetición tratadas por médico de empresa que recomienda derivación urológica. Actualmente sensación de peso-presión en hipogastrio con polaquiuria. Urocultivo negativo. Ecografía en atención primaria: aumento tamaño ovario derecho más de 6 cm, irregular, ecogenicidad heterogénea e imágenes anecoicas en su interior. Derivación ginecológica.

Exploración y pruebas complementarias: Eco ginecológica: gran tumoración pélvica, ecogenicidad mixta, sospecha de adenocarcinoma ovárico bilateral. CA 125: 239 UI/ml. TAC toraco-abdomino-pélvico: lesiones quísticas complejas en ovarios de 13 × 9 cm en derecho y 11,5 × 8,5 cm en izquierdo, sospecha de cistoadenocarcinoma ovárico bilateral.

Juicio clínico: Carcinoma seroso alto grado bilateral de ovario.

Diagnóstico diferencial: Masa pélvica de etiología: ginecológica (dependiente de útero u ovario), urinaria o gastrointestinal.

Comentario final: El cáncer de ovario, primera causa de muerte de origen ginecológico, más frecuente postmenopausia. Inicialmente síntomas inespecíficos: alteración del ritmo intestinal, polaquiuria, tenesmo vesical. En fases avanzadas: abdomen agudo por rotura o torsión ovárica, distensión abdominal náuseas, anorexia o disnea si derrame pleural. Diseminación exfoliativa con afectación de la cavidad peritoneal o linfática por ganglios pélvicos, retroperitoneales o supraclaviculares izquierdos. Hay tres tipos histológicos: germinales, estromales y epiteliales (90%), el subtipo seroso es el más frecuente que expresa el marcador CA125. Factores de riesgo: hormonales, ambientales y 10% hereditarios asociados a los genes BCRA1 y BCRA2. En ecografía se visualiza una masa quística, con múltiples cavidades sugestivas de malignidad. La ecografía en atención primaria permite un diagnóstico y derivación precoz al segundo nivel.

Bibliografía

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0.

Cancer incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013.

2. Redondo A, Castelo B, Gómez, Cruz P. Cáncer de ovario. *Medicine*. 2013;11(27):1641-8.
3. Vergote I, De Babanter J, Fyles A, Bertelsen K, Einhorn N, Sevela P, et al. Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage invasive epithelial ovarian carcinoma. *Lancet*. 2001;357(9251):176-82.

Palabras clave: Atención primaria. Ecografía. Neoplasia de ovario.