



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-084 - LO QUE LAS INFECCIONES DE ORINA PUEDEN ENMASCARAR

E.M. Prieto Piquero, R. Cenjor Martín, M. Cordero Cervantes y E. Cano Cabo

Hospital Universitario Central de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 54 años, antecedentes de hipertensión arterial. Acude a su centro de salud por dolor abdominal hipogástrico y temperatura de 37,4 °C, sin náuseas ni vómitos. Se le realiza tira de orina siendo positiva para infección del tracto urinario, pautándose tratamiento con monurol. Reacude a la semana por persistencia del dolor, disuria, sensación de peso en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, se le realiza una ecografía donde se aprecia una masa en ovario izquierdo, siendo remitida al servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiorrespiratoria sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio. Peristalsis conservada. Puñopercusión renal bilateral negativa. Analítica dentro de parámetros normales. Tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvico: masa hipodensa de aspecto quístico de 91 × 78 × 76 mm que parece depender del anejo izquierdo. Múltiples ganglios retroperitoneales paraaórticos. En vista a esto es valorada por Ginecología, extrayendo marcadores tumorales (CEA normal, CA125 54, CA19-9 normal).

Juicio clínico: Masa anexial uterina.

Diagnóstico diferencial: Incluye entidades tanto ginecológicas como no ginecológicas: Funcional o fisiológica: folículos, hemorrágica, cuerpo lúteo; inflamatoria: enfermedad inflamatoria pélvica, endometrioma; otras benignas: quistes paratubáricos, hidrosalpinx, embarazo ectópico, torsión ovárica; neoplasmas benignos: células germinales, teratoma quístico maduro, estromal del cordón sexual, fibroma epitelial, cistoadenoma seroso o mucinoso; neoplasmas malignos: tumor de células germinales, disgerminoma, teratoma inmaduro, tumor estromal del cordón sexual, tumor de células granulosa, carcinoma ovárico epitelial o de bajo potencial de malignidad, epitelial invasivo, carcinoma de trompa de falopio.

Comentario final: El cáncer ovárico es la enfermedad ginecológica maligna más letal, con una tasa de supervivencia general a los 5 años de menos del 40%. Esta alta tasa de mortalidad se ha atribuido a la dificultad para detectarlo durante sus etapas tempranas; varía en función de las características histológicas del tumor. Las masas anexiales son un hallazgo común entre mujeres tanto premenopáusicas como postmenopáusicas. La mayoría de masas anexiales prevalentes en la población son benignas, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes alberga malignidad ovárica. Los síntomas más frecuentes incluyen edema, dolor pélvico o abdominal, dificultad para comer o saciedad temprana, urgencia o frecuencia urinaria, estreñimiento. El marcador sérico más

investigado para cáncer ovárico es el CA 125. Los tejidos derivados del epitelio celómico producen el antígeno CA 125, por lo que los niveles séricos de este antígeno se elevan en 80% de las mujeres con cáncer ovárico epitelial. La mayor parte de los neoplasmas malignos que se presentan en las poblaciones premenopáusicas son cánceres epiteliales limítrofes, de células germinales, o estromales, con gran proporción de pacientes que presentan una enfermedad temprana con abultamiento y a menudo sintomática. La mayoría de muertes por cáncer ovárico son causadas por cáncer epitelial seroso tipo II, que tiene una historia natural preclínica más limitada y a menudo se disemina rápidamente antes de la detección clínica. La ecografía es una herramienta diagnóstica sensible y de bajo coste inicialmente, siendo el diagnóstico definitivo el TC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción (tomo II). Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A. 2003.