



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-170 - BATALLA PERDIDA EN LA DETECCIÓN PRECOZ

E. Franco Daza, A. Sánchez de Toro Gironés, A. Carrasco Angulo, A.A. Ruíz-Risueño Montoya, S. Falla Jurado y S.I. Roncero Martín

CS San Javier.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años, obesidad mórbida, nulípara, madre fallecida de cáncer de ovario, poco frecuentadora (pese a las recomendaciones de facultativos y familiares, decide abstenerse de revisiones médicas periódicas hasta la fecha), sin otros antecedentes personales ni familiares. La paciente acude a urgencias por síndrome miccional. Inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico por ITU, y seguidamente acude a consulta por intolerancia digestiva al antibiótico, que se sustituye por levofloxacino. Acude de nuevo tras desaparición de clínica urinaria, con malestar general, sensación disneica, molestias abdominales, disminución del apetito y aumento del perímetro abdominal con náuseas de varios días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, normohidratada y normocoloreada, eupneica, afebril y saturación O₂ 99%. ACP: rítmica y sin soplos, ligera hipoventilación en bases. ABD: globuloso, blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, Blumberg y Murphy negativos, peristaltismo presente, ligero timpanismo. EEII: edemas sin fóvea, pulsos presentes y simétricos, sin signos de TVP. Se solicita Rx tórax, analítica completa, ecografía abdominal e interconsulta a ginecología preferentes. La paciente acude a ginecólogo privado, que objetiva ecográficamente masa sólida-quística pélvica y la remite a urgencias. TAC abdomino-pélvico con contraste informa de gran masa pélvica de 20 × 9,8 × 9,2 cm, aspecto quístico multitabicado bien delimitada, dependiente probablemente del ovario, ascitis severa atípica, implantes y adenopatías retroperitoneales, y derrame pleural bilateral asociado a atelectasias basales bilaterales. En analítica destaca Ca125 4672. Se realiza paracentesis evacuadora. Líquido ascítico positivo para células malignas, líquido pleural de características inflamatorias. BAG de implante de pared peritoneal: tumoración maligna estirpe epitelial-mesotelial, infiltración de alto grado con necrosis. Inmunohistoquímica sugiere carcinoma de origen primario en ovario vs endometrio vs mama. TAC torácico sólo confirma derrame pleural bilateral y ascitis. Se remite a la paciente a oncología médica.

Juicio clínico: Carcinoma ovárico.

Diagnóstico diferencial: Mesotelioma, tumor primario ovárico, endometrial o mamario, gestación ectópica.

Comentario final: El cáncer ovárico es la principal causa de mortalidad por patología ginecológica, por ausencia de síntomas en estadios iniciales y de programas de detección precoz. Revisiones

médicas periódicas y pruebas complementarias tienen papel determinante, especialmente en mujeres como nuestra paciente, con riesgo elevado y dificultad exploratoria, para evitar hallazgo de enfermedad en estadio avanzado, que pese a los avances terapéuticos alcanzados tienen mal pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castejón V, et al. Cultural scale adaptation and validation of the Spanish version of the BRCA Self-Concept Scale in women carriers at high risk for hereditary breast and ovarian cancer. *Med Clin (Barc)*. 2016;146:148-54.
2. Ruvalcaba-Limón E, et al. The first Mexican consensus of endometrial cancer. Grupo de Investigación en Cáncer de Ovario y Tumores Ginecológicos de México. *Rev Invest Clin*. 2010;62:585-605.
3. Karmowski M, et al. Lipid index changes in the blood serum of patients with hyperplastic and early neoplastic lesions in the ovaries. *J Ovarian Res*. 2014;7:90.
4. Garber JE, Offit K. Hereditary cancer predisposition syndromes. Comprehensive Cancer Network National. Genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*. V.4.2013.
5. Mutch D, Denny L, Quinn M. Hereditary gynecologic cancers. *Int J Gyn Obstet*. 2014;124:189-92.