



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

## 387/51 - LAS PRISAS NUNCA FUERON BUENAS

A. Orbis Calleja<sup>1</sup>, L. Martínez Rego<sup>1</sup>, G. Rodríguez Mazón<sup>1</sup>, Y. Martín Blázquez<sup>2</sup>, R. García-Gutiérrez Gómez<sup>3</sup>, F. Muñoz Gurruchaga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Maqueda. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Puente de Vallecas. Madrid. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lavapiés. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 80 años, IAVD, alérgica al contraste yodado. HTA, DM II, DL, histerectomía por histerocele. Detrusor hiperactivo. Tratamiento: enalapril 10 mg/24 h, metformina 850 mg/24 h, tramadol 75 mg/24 h, mirabegron 50 mg/24h, simvastatina 10 mg, torasemida 5 mg/24h. Valorada en el centro de salud por estreñimiento y oliguria de 1 semana de evolución. Afebril, última deposición 2 días antes, normal, niega náuseas o disuria.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 101/63, FC 85 lpm, T<sup>a</sup> 37,1 °C, BEG, bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Eupneica. PVY normal. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: globuloso, difícilmente depresible, doloroso difusamente a la palpación profunda, masa hipogástrica de consistencia dura, mal delimitada, hasta el ombligo, no megalias, no oleada ascítica. RHA disminuidos. PPRB negativa. No edemas. Urocultivo recogido una semana antes positivo para E. coli. Se realiza sondaje vesical con recogida de 700 ml de orina clara, a pesar de lo cual persiste la masa hipogástrica sin cambios en la exploración. Reinterrogada, refirió astenia, hiporexia y pérdida de 10 kg en los últimos 3 meses. Es remitida a urgencias, donde realizan análisis sanguíneo: Hb 12,7, plaq 491.000, leucocitos 12.300 (N 67%, L 23,7%), PCR 10,50, gluc 98, urea 24, Cr 0,69, Na 136, K 4,4, ALT 12, AST 23, GGT 25, FA 95, BT 0,5, CA125 2739, Ca 19.9 0,8. Urianálisis: prot 100,0, gluc 0, hematies 10, leucocitos 75, nitritos negativo. Radiografía abdominal: normal. TAC abdominal: abundante líquido libre intraperitoneal, identificando nodularidad del peritoneo y omento mayor, probable carcinomatosis peritoneal. En el anexo izquierdo se identifica lesión de 9 cm de diámetro, quística con calcificaciones, compatible con neoplasia. Estudio de líquido ascítico: hematies 800/uL, leucocitos 470/uL, polimorfonucleares 45%, mononucleares 55%, proteínas 4 g/dL, glucosa 81 mg/dL. Citología: células de aspecto mesotelial con abundantes vacuolas. Valorada por Ginecología, realizan ecografía transvaginal evidenciando neoplasia ovárica izquierda rota con implantes peritoneales y ascitis. Se decide junto con Oncología biopsiar la lesión anexial, estando actualmente pendiente de resultados anatomopatológicos y de decidir tratamiento.

**Juicio clínico:** Neoplasia ovárica izquierda con carcinomatosis peritoneal. Retención urinaria secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Retención urinaria secundaria a toma de mirabegron + ITU. Obstrucción intestinal. Cáncer de colon. Carcinoma ovárico.

**Comentario final:** La impresión diagnóstica inicial, tras una anamnesis y exploración rápida a la paciente, fue una retención urinaria con gran globo vesical, apoyada por la toma de mirabegron y por el crecimiento de E. coli en un urocultivo reciente, no tratado. Al no disminuir la masa hipogástrica con el sondaje, se replantea el

diagnóstico, y al historiar más detalladamente se descubre un cuadro constitucional que obliga a pensar como primera opción en un proceso neoplásico, el cual se confirma en urgencias. A pesar de la saturación y el escaso tiempo disponible en Atención Primaria, dedicarle tiempo a la anamnesis debe ser una parte esencial de la consulta médica para evitar errores diagnósticos.

## Bibliografía

Naval Pulido M. Retención aguda de orina. AMF. 2016;12(3):152-6.

Baeyens Fernández JA. Dolor pélvico en mujeres, AMF. 2018;14(7):414-9.

Tu F, Evaluation of chronic pelvic pain in women. Walthman (MA): UpToDate, 2018 [acceso Diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-chronic-pelvic-pain-in-women>

Díaz-Mohedo E. Prevalence and risk factors of pelvic pain. Actas Urológicas Españolas (Eng Ed). 2014;38(5):298-303.