



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

## 387/77 - UN RETO DIAGNÓSTICO: QUISTE PARAOVÁRICO COMPLICADO

M. Castillo Iglesias<sup>1</sup>, I. Ostolaza Tazón<sup>2</sup>, A. Santos Lastra<sup>3</sup>, N. Puente Ruiz<sup>4</sup>, G. Durán Román<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niña de 12 años que acude a Urgencias derivada desde su C. de Salud por dolor abdominal en fosa iliaca derecha y vómitos. El dolor comenzó hace 4 días, mejora con la flexión del tronco y lo relacionó en un principio con la ingesta de alimento en mal estado, mejorando parcialmente con analgesia, pero con nueva exacerbación posterior. Además, estreñimiento de dos días, sin náuseas ni vómitos con anorexia. No síndrome miccional. Afebril. No otra sintomatología acompañante. FUR: 13/06/2018 con irregularidad entre períodos sin dismenorrea habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ta: 36,9 °C; TA 112/63 mmHg; FC 79 lpm; SatO2 99%. AC: rítmica, sin soplos. AP: buena ventilación bilateral sin signos de dificultad. Abdomen: blando y depresible, dolor a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha, signo de Blumberg positivo, RHA presentes; no masas ni megalías; puño-percusión renal negativa. Hematimetría: leucocitos  $11,3 \times 10^3/\text{?L}$ , hemoglobina 14,7 g/dL, plaquetas  $246 \times 10^3/\text{?L}$ . Bioquímica: glucosa 96 mg/dL, creatinina 0,63 mg/dL, bilirrubina total 1,1 mg/dL, AST 11 U/L, ALT 18 U/L, GGT18 U/L, fosfatasa alcalina 146 U/L, amilasa 40 U/L, Na 136 mEq/L, K 4,0 mEq/L, Cloro 101 mEq/L, PCR 1,1 mg/dL. Hemostasia: TP 77%, I.N.R. 1,21. Labstix de orina: densidad 1025, pH 5, bilirrubina +, proteína +, cetona +, resto -. Ecografía abdominal: aumento de tamaño e hiperecogenicidad del ovario derecho, con quiste de paredes engrosadas y vascularización en su pared. Líquido libre en moderada cuantía en pelvis. Útero con endometrio secretor. Anejo izquierdo normal. Impresión: Quiste complicado vs torsión ovárica. Laparoscopia exploratoria: quiste tubárico derecho torsionado.

**Juicio clínico:** Quiste tubárico complicado.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis aguda, infección urinaria, litiasis renal, gastroenteritis, diverticulitis, dismenorrea, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, rotura de quiste ovárico...

**Comentario final:** Aun cuando se trata de una patología poco frecuente, los procesos quísticos complicados y entre ellos, los quistes paraováricos, deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en niñas y adolescentes con dolor en fosa ilíaca derecha, y en quienes se identifica una estructura quística parauterina en presencia de ovarios normales. Su torsión puede comprometer la trompa de Falopio y, más raramente, el ovario con consecuencias mayores para la paciente que pueden evitarse con un diagnóstico y terapéutica precoz.

## Bibliografía

Ureta H, Blanco MÁ. Quiste paraovarico complicado: causa rara de dolor abdominal. Rev Chil Radiol. 2007.

Ezcurra R, Lamberto N, Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. An Sist Sanit Navar. 2009.

Potter AW, Chandrasekhar ChA. US and CT Evaluation of Acute Pelvic Pain of Gynecologic Origin in Nonpregnant Premenopausal Patients. Radiographics. 2008.

Anders JF, Powell EC. Urgency of Evaluation and Outcome of Acute Ovarian Torsion in Pediatric Patients. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005.