



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 387/199 - UNA SOSPECHA DE EMBARAZO CON MAL PRONÓSTICO

A. García Martínez<sup>1</sup>, D. López Fernández<sup>2</sup>, N. Otero Cabanillas<sup>3</sup>, I. Ruiz Larrañaga<sup>4</sup>, M. Arias Lago<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Maliaño. Cantabria. <sup>2</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años con antecedentes de infecciones urinarias de repetición y cólicos nefríticos. Consulta por dolor en hemiabdomen derecho de tipo cólico, irradiado a fosa ilíaca derecha, sin otra clínica. FUR hace 6 semanas. Se realiza análisis de orina compatible con cólico nefrítico (Hb++) y test embarazo que resulta positivo, decidiéndose tratamiento analgésico y se remite a su matrona para seguimiento de embarazo. A los 5 días reaccide por dolor mal controlado y manchado similar a regla por lo que se remite a urgencias ginecológicas, ante sospecha de amenaza de aborto. Al realizar ecografía obstétrica no se objetiva saco embrionario y como hallazgo incidental al valorar útero ven en vejiga masa con componente hiperecogénico en su periferia y centro de ecogenicidad intermedia con sombra acústica compatible con una litiasis, aunque no se consigue movilizar. Pautan analgesia y remiten a urología para valoración preferente.

**Exploración y pruebas complementarias:** General: afectada por dolor. Tórax: ACP rítmica, buena entrada de aire bilateral. Abdomen: blando depresible, dolor en fosa iliaca derecha, sin peritonismo. No masas o megalias. Analítica general normal, BHCG elevada (500-1.000). Cistoscopia: lesión protruyente en cara anterior vesical, de aproximadamente 6 cm, con calcificaciones en su superficie, base amplia y aspecto claramente sospecho de neoformación, con dudoso aspecto infiltrante. TAC toraco-abdominal (estudio extensión): tumoración sólida de morfología redondeada con un diámetro máximo de 6 cm en parte anterior de suelo vesical y engrosamiento difuso de la parte izquierda de la cúpula. Ganglios en iliaca externa izquierda de hasta 8 mm. Hallazgos compatibles con neoplasia vesical con afectación ganglionar. Citología líquida de orina: Categoría III (Sistema Paris 2015): Células uroteliales atípicas de significado indeterminado (AUC-US). Biopsia (RTU): carcinoma urotelial sólido grado 3, pobremente diferenciado (OMS, 1973) y de alto grado (OMS, 2004) extensamente necrosado, con diferenciación trofoblástica, que infiltra la muscular propia, T2. TACs sucesivos de control (aparición de disnea): Crecimiento de la neoformación vesical y diseminación metastásica a distancia con adenopatías hilio-mediastínicas e ilíacas externas izquierdas, y metástasis pulmonares en suelta de globos. TAC cerebral (aparición de convulsiones): LOES intraparenquimatoso compatible con metástasis cerebrales perirrolándica derecha y frontal izquierda.

**Juicio clínico:** Carcinoma urotelial de alto grado con diferenciación trofoblástica.

**Diagnóstico diferencial:** Aborto, aborto ectópico, litiasis urinaria.

**Comentario final:** El cáncer de vejiga tiene una edad media de aparición de 65-70 años, pero puede verse a cualquier edad, afectando más a hombres que a mujeres. Entre los principales factores de riesgo se incluyen el tabaquismo y exposiciones a agentes químicos. El carcinoma urotelial de alto grado, como el caso expuesto, puede presentar expresión de hCG con liberación sérica de esta hormona, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos de embarazo en mujeres en edad fértil con clínica abdominal o sangrados vaginales.

### Bibliografía

Roupret M, et al. European Association of Urology. 2011.

Carazo-Hernández, et al. Resultado positivo de gonadotropina coriónica humana. Consideraciones diagnósticas. Ginecol Obstet Mex. 2013;81:279-83.