



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/728 - Doctora, voy a parir

I.C. Alcántara Alonso<sup>a</sup>, M.C. Díaz Laso<sup>b</sup>, F.J. Alcántara Alonso<sup>c</sup>, M. Silvestre Niño<sup>a</sup>, M. Delgado Magdalena<sup>d</sup>, T.M. Biec Amigo<sup>e</sup> y J.M. Flores Acosta<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Área Norte. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuentelarreina Área Norte. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Área Este. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Unidad Norte. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria y Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria y Médico de Familia. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** AP: obesidad mórbida. Hepatitis A en la infancia. AQx: ooforectomía izquierda hace 3 años por teratoma inmaduro roto. MC: mujer de 42 años de edad, quien tras presentar una cefalea y automedicarse con ibuprofeno, se despierta con epigastralgia y abdominalgia. Acude a su MAP 12 horas después por persistencia del dolor. Tras una exploración dudosa se deriva a urgencias para realización de analítica y descartar abdomen agudo. JC: dolor abdominal inespecífico, probablemente por ingesta de ibuprofeno; analítica normal, tratamiento con IBP y reposo gástrico. El dolor no cede por lo cual vuelve a consultar a su MAP el día siguiente. La valora su residente de familia. Anamnesis (2º día): dolor abdominal de inicio brusco (hace 48 horas), intermitente, de intensidad 8/10, afebril, sin alteraciones en la deposición y/o micción, y que la paciente insiste en definir como si “estuviese de parto”.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA:107/78 mmHg. FC: 87 lpm T: 37,2 °C. Abdomen: difícil exploración por obesidad mórbida. Blando, depresible, dolor localizado en hipogastrio e irradiado a fosa ovárica derecha. No irritación peritoneal, RHA+. Analítica urgente: HB: 13, leucos 6,7, plaquetas 263, PCR 51,3, sistemático de orina: negativo. Test embarazo negativo. Analítica diferida: alfafetoproteína, CA 125 y CA 19.9 normales. Radiografía abdominal: luminograma inespecífico. Evolución: con la sospecha de patología ovárica aguda se remite a Ginecología. Ecografía urgente: útero en AF con endometrio de 1º fase. OI: formación econegativa de 82 × 57 mm. Mínima cantidad de líquido libre. JC: quiste ovárico.

**Juicio clínico:** Quiste ovárico, pendiente de filiar.

**Diagnóstico diferencial:** Apendicitis aguda. Obstrucción intestinal. Rotura embarazo ectópico. Torsión ovárica.

**Comentario final:** Este caso nos sirvió para entender la importancia de escuchar al paciente, explorarlo y nunca olvidarnos de los antecedentes personales. Por la rapidez con la que vivimos y el poco tiempo en consulta, muchas son las veces que nos quedamos a medias en este proceso, provocando a su vez pruebas innecesarias, y diagnósticos poco acertados. Nunca debemos infravalorar la opinión del paciente. Y en mujeres tener presente las patologías ginecológicas. La sintomatología de los tumores ováricos puede ser muy variada desde dolor abdominal sensación de flatulencia, reglas abundantes, hasta asintomáticas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín oncológico del área sanitaria de Teruel. Cáncer de ovario
2. Semfyc. Guía de actuación en Atención Primaria, 4<sup>a</sup> edición, Dolor abdominal.
3. Gershenson DM. Up to date, Ovarian germ cell tumors: Pathology, clinical manifestations, and diagnosis.