



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2204 - Tumoración abdominal gigante: El enemigo silente

C.G. Zambrano Clavier^a, C. Celada Roldán^b, M. García Aroca^c, M.J. Conesa Espejo^d, C. Sánchez Pérez^d, K.P. Baldeón Cuenca^e y M. Boksan^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Besaya. Torrelavega. Cantabria. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años, sin alergias medicamentosas, no antecedentes personales de interés, niega ingesta de alcohol y hábitos tóxicos, eumenorreica, nulícoita, sin alteraciones menstruales quien acude al servicio de urgencias hospitalaria por notar desde hace un año aproximadamente aumento progresivo del perímetro abdominal acompañado de dolor a nivel lumbar el cual se a exacerbado en las últimas semanas motivo por el que decide consultar, el dolor es de características mecánicas el cual se irradia a ambos hipocondrios. No presenta síndrome constitucional, en cambio, si refiere ganancia de peso de 3-4 kilos a pesar de no presentar variaciones en la dieta.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración inicial la paciente luce en buenas condiciones generales, el abdomen es blando, distendido sin arañas vasculares palpándose tumoración a nivel de fosa iliaca e hipocondrio izquierdo de unos 30 cm de diámetro mayor con dolor a la palpación profunda no presenta semiología de ascitis ni irritación peritoneal. El resto de exploración general básica es normal. Ante la presencia de una tumoración abdominal no filiada se solicita TAC de forma urgente que informa de lesión ocupante de espacio (LOE) quístico en probable relación con ovario izquierdo con componente de diferentes densidades de 25 × 10 CMS que ocupa cavidad pélvica y abdominal desplazando asas delgadas y gruesas Hígado y bazo desplazados hacia arriba. Se realiza interconsulta a ginecología quien ingresa a su cargo. Se realiza analítica con marcadores tumorales siendo normales. La paciente es intervenida de gran masa quística dependiente de ovario izquierdo que llega hasta la 8^a costilla, y ocupa toda la cavidad abdominal, de unos 40 cm de eje longitudinal. Se realiza foramen de 1 cm en la superficie de la gran masa quística y aspiración controlada de material espeso, marronáceo con pelos y grasa, aproximadamente 4 litros. Se consigue extraer la pieza, aún conteniendo unos 2-3 litros de material en su interior, previa disección de adherencia laxa de epiplón. Se realiza anexectomía izquierda. Biopsia: teratoma de ovario izquierdo.

Juicio clínico: Teratoma gigante de ovario izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Cáncer de ovario, LOE abdominal, metástasis.

Comentario final: El hallazgo de un teratoma gigante suele presentarse en mujeres jóvenes en los años de vida reproductiva activa, se compone de tejidos derivados de las tres capas germinativas, siendo

predominantes los elementos ectodermiales. En más de la mitad de las mujeres son asintomáticas (60-85%), y el dolor abdominal (48-78%) constituye el síntoma más frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamilton Ch, Ellison M. Cystic Teratoma. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/281850-overview>.