



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2421 - No todo es ansiedad, no todo es depresión, no todo es fibromialgia

L. López Liebana^a, M. Cordero Cervantes^b, I.J. Triviño Campos^b, N. Blanco Valle^b, G. García Estrada^c, M.L. García Estrada^d, H.A. Espinosa Custodio^b, B. Calleja Arribas^b, J. Rodríguez Paredes^b y A. Irimia^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colloto. Oviedo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^cMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^eMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años, no hábitos tóxicos, no metabopatías. Depresión, ansiedad, fibromialgia, mastopatía fibroquística difusa, migraña, ITUs de repetición. Endometriosis. Duloxetine 90 mg 1,5-0-0, lormetazepam 0,5 mg 0-0-1. Paciente que sufre dos abortos en 2009, ITUs de repetición desde el 2011 y clínica inespecífica de dismenorrea, dolor abdominal con alteración del hábito intestinal y un episodio de síncope, despertando a la paciente el dolor abdominal. En 2011 consulta por esterilidad. Valorada en 2012 por dismenorrea por el servicio de Ginecología. En mayo/2013, pielonefritis con obstrucción ureteral secundaria a endometriosis, se realiza ureteroneocistostomía izquierda, funcionalidad de riñón izquierdo en el 21%. Ginecología solo aprecia quiste ovárico, que tratan con Dienogest 2 mg/24 horas. Persiste hábito intestinal alterado con diarrea y estreñimiento. Algias pélvicas que afectan a su calidad de vida. Acude a centro de referencia (Hospital La Paz, Madrid) desde 2014. Intervenida por endometriosis con afectación a nivel renal izquierdo que precisa nefrectomía y desbridamiento de asas intestinales por implantes de endometriosis. (agosto/2015) Persiste dolor pélvico y tenesmo así como dolor anal. Sangrado con las heces coincidente con menstruación. Se realiza histerectomía mas doble anexectomía (mayo/2016).

Exploración y pruebas complementarias: Exploración abdominal en consulta anodina. Biopsia uréter distal: endometriosis (mayo/2013) Eco abdominal sin patología (marzo/2015), eco TV (transvaginal) con endometrioma en OI (ovario izquierdo) y ovarios adheridos a cara posterior del útero (diciembre/2015). Eco endoanal (enero/2016): posible implante endometriósico en cara lateral izquierda vaginal.

Juicio clínico: Endometriosis profunda.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad pélvica inflamatoria, síndrome colon irritable, adenomiosis, tumoraciones ováricas, adherencias pélvicas con otro origen, diverticulitis.

Comentario final: La paciente presenta un cuadro clínico compatible con endometriosis profunda al menos desde 2011, sin haber sido correctamente diagnosticada ni tratada hasta que decide acudir por su cuenta al centro de referencia en el año 2014, de modo que su calidad de vida se ha visto seriamente afectada. Desde la consulta de atención primaria y ¿especializada? debemos reconocer nuestra ignorancia respecto al diagnóstico y manejo de la endometriosis profunda.

Bibliografía

1. ADAEC. Endometriosis: Documento de consenso S.E.G.O. La voz digital, 2007.

Palabras clave: Dolor. Esterilidad.