Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):23

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1478 - Embarazo no deseado

E.J. Pérez Membrive[a], B. Pascual López[b] y A. Blanco Mora[b]

[a]Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Lucena II. Córdoba. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cabra. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 15 años sin antecedentes clínicos de interés que acude a nuestro centro de salud por dolor en fosa ilíaca izquierda de 2 días de evolución, continuo y no irradiado. Meses anteriores había consultado en varias ocasiones por molestias abdominales inespecíficas. Fecha de la última regla: hace 28 días. Ciclos irregulares y abundantes. Niega posibilidad de embarazo. No otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneica en reposo. Normohidratada y normoperfundida. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen globuloso, duro, doloroso a la palpación a punta de dedo en fosa ilíaca izquierda con sensación de masa abdominal gigante. No signos de irritación peritoneal. En centro de salud: test de gestación negativo. Tira reactiva de orina normal. Ecografía abdominal: Formación hipoecoica bien definida de gran tamaño con nódulo hiperecoico redondeado de menor tamaño en su interior. Es derivada a la paciente a urgencias del hospital de referencia para completar estudio: Analítica normal salvo hemoglobina 9,7 y plaquetas 645.000. Radiografía de abdomen: imagen redondeada de gran tamaño de densidad agua. Inteconsulta con Ginecología: Ecografía transvaginal: ovarios normales adheridos entre sí a la derecha de útero observando formación bien definida mayor de 30 cm de diámetro con una parte sólida irregular y resto de contenido sugestivo de mucina con doppler negativo. Se solicita TAC abdomino-pélvico: Gran masa ovalada bien delimitada de predominio quístico de 30 × 25 × 18 cm con zona nodular heterogénea de unos 12 cm en su interior. Riñón derecho con importante dilatación del sistema pielocalicial y ureteral, probablemente por compresión. Hallazgos sugestivos de gran lesión de predominio quístico ovárico. Se decide intervención quirúrgica urgente realizando quistectomía más salpingooforectomía izquierda. Anatomía patológica: Teratoma dermoide.

Juicio clínico: Teratoma ovárico quístico maduro. Ureterohidronefrosis renal derecha.

Diagnóstico diferencial: Embarazo. Embarazo ectópico. Tumores ginecológicos. Tumores abdominales. Folículo hemorrágico. Torsión ovárica.

Comentario final: Importancia del manejo de la ecografía abdominal en consulta de atención primaria. Completa y correcta anamnesis. Exploración física exhaustiva.

Bibliografía

1. Laufer MR. Ovarian cysts and neoplasms in infants, children and adolescents. 2015.
2. Muto MG. Management of an adnexal mass. 2014.
3. Gershenson DM. Ovarian germ cell tumors: Pathology, clinical manifestations, and diagnosis. 2013.

Palabras clave: *Ecografía. Teratoma. Embarazo.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.