



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

242/782 - ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN ESTUDIO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO DE REPETICIÓN

A. Garay López de Aguilera^a, M. Sebastián Aparicio^a, M. Quintana Urrea^b, J. Vinagre Morgado^b, I. García de Eulate Urdangarín^a y R. Ruiz Márquez^c

^a*Médico de Familia. Centro de Salud Salburua. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Aranbizarra II. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^cTécnico en Emergencias. SAMU. Salvatierra-Agurain. Álava.*

Resumen

Descripción del caso: Mujer 47 años. Fumadora. Estudio ginecológico 2014 tras menopausia: quiste simple ovario derecho. Infecciones urinarias de repetición tratadas por médico de empresa que recomienda derivación urológica. Actualmente sensación de peso-presión en hipogastrio con polaquiuria. Urocultivo negativo. Ecografía en atención primaria: aumento tamaño ovario derecho más de 6 cm, irregular, ecogenicidad heterogénea e imágenes anecoicas en su interior. Derivación ginecológica.

Exploración y pruebas complementarias: Eco ginecológica: gran tumoración pélvica, ecogenicidad mixta, sospecha de adenocarcinoma ovárico bilateral. CA 125: 239 UI/ml. TAC toraco-abdomino-pélvico: lesiones quísticas complejas en ovarios de 13 × 9 cm en derecho y 11,5 × 8,5 cm en izquierdo, sospecha de cistoadenocarcinoma ovárico bilateral.

Juicio clínico: Carcinoma seroso alto grado bilateral de ovario.

Diagnóstico diferencial: Masa pélvica de etiología: ginecológica (dependiente de útero u ovario), urinaria o gastrointestinal.

Comentario final: El cáncer de ovario, primera causa de muerte de origen ginecológico, más frecuente postmenopausia. Inicialmente síntomas inespecíficos: alteración del ritmo intestinal, polaquiuria, tenesmo vesical. En fases avanzadas: abdomen agudo por rotura o torsión ovárica, distensión abdominal náuseas, anorexia o disnea si derrame pleural. Diseminación exfoliativa con afectación de la cavidad peritoneal o linfática por ganglios pélvicos, retroperitoneales o supraclaviculares izquierdos. Hay tres tipos histológicos: germinales, estromales y epiteliales (90%), el subtipo seroso es el más frecuente que expresa el marcador CA125. Factores de riesgo: hormonales, ambientales y 10% hereditarios asociados a los genes BCRA1 y BCRA2. En ecografía se visualiza una masa quística, con múltiples cavidades sugestivas de malignidad. La ecografía en atención primaria permite un diagnóstico y derivación precoz al segundo nivel.

Bibliografía

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013.
2. Redondo A, Castelo B, Gómez, Cruz P. Cáncer de ovario. Medicine. 2013;11(27):1641-8.

3. Vergote I, De Babanter J, Fyles A, Bertelsen K, Einhorn N, Sevelda P, et al. Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage invasive epithelial ovarian carcinoma. Lancet. 2001;357(9251):176-82.

Palabras clave: Atención primaria. Ecografía. Neoplasia de ovario.