



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

216/116 - La exploración sigue siendo la clave

J. Villar Ramos^a, M. Montes Pérez^b, L. Urbina^c, A. Robles Amieva^d, K.P. Baldeón Cuenca^e y J. Andino^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Zona 1. Santander. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Interna. CS Camargo, Santander. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. HUMV. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 39 años, con obesidad mórbida y anemia ferropénica. Acude a Urgencias por síndrome febril de hasta 39 °C de una semana de evolución sin otra sintomatología acompañante. Es tratada con antitérmicos y antibiótico (amoxicilina-clavulánico) y se comienza estudio del foco. A pesar de tratamiento, se decide ampliar cobertura antibiótica con meropenem sin modificarse la fiebre. Al día siguiente presenta cuadro compatible con reacción anafiláctica con edema de lengua, rash urticariforme e hipotensión, que precisa dos dosis de 0,5 mg de adrenalina i.m, corticoides y antihistamínicos. Es valorada por el Servicio de Alergias para estudio, continuando con pauta descendente de corticoides.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Asintomática. T^a 37,5 °C. AP: murmullo vesicular conservado. AC: rítmica, no soplos. Abdomen: Distendido, aumento del perímetro abdominal, no doloroso a la palpación, RHA +. Se palpa masa abdominal de gran tamaño de poca movilidad dadas las dimensiones. Analítica: HB 8,7. PCR 23. Leucocitos 18. Segmentados 89%. Procalcitonina 1,43. Urocultivo: negativo. Hemocultivos: negativos. Eco-abdominal: se valora la pared anterior de la tumoración aparentemente lisa, y un contenido de aspecto estrellado con nódulos hiperecogénicos en el interior sin evidencia de señal doppler. Los hallazgos sugieren lesión quística anexial probablemente benigna. En este estudio gravemente limitado no observamos causa de cuadro séptico toraco-abdominal. TAC abdominal: masa de baja densidad abdominal de 48 × 30 × 32 cm aparentemente homogénea que desplaza superiormente las vísceras sólidas y las asas intestinales y que presenta una calcificación en su margen inferior sin apreciar claras áreas sólidas o septos con captación de contraste. El útero se encuentra muy aumentado de tamaño (22 cm) no siendo valorable su densidad. IQ: laparotomía media amplia, enorme quiste anexial derecho, se aspiran 15 L de contenido purulento, además de pelos y material sebáceo. Anexectomía derecha. Dos miomas, uno subseroso posterior y otro en torno al cérvix, realizando histerectomía total dejando pequeño resto de cuello.

Juicio clínico: Teratoma ovárico y miomas uterinos. Shock séptico.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen desconocido. Masas abdominales. Infecciones del tracto urinario y abdominal.

Comentario final: La ecografía, siendo una técnica inocua, debemos recordar que aparte de diagnosticar patología peritoneal es útil para el diagnóstico de patología extraperitoneal como lesiones anexiales o urológicas. Los tumores de células germinales constituyen casi el 20% de los tumores de ovario y de ellos un 95% son benignos, siendo el tipo más frecuente el teratoma maduro benigno o también denominado quiste

dermoide. El 80% se presentan en mujeres en edad fértil. El teratoma quístico benigno con relativa frecuencia es un tumor bilateral caracterizándose por una cápsula gruesa, bien formada, revestida por epitelio plano estratificado. Bajo este se pueden encontrar una variedad de apéndices cutáneos que incluyen glándulas sudoríparas, apocrinas y sebáceas. La mayor parte de los quistes dermoides son asintomáticos y la forma más frecuente de presentación son el dolor abdominal (48%) y hemorragia uterina anormal o concomitante (15%) o aumento del volumen abdominal (15%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Seguí Azpilcueta P, Cruz Villalón F, Cano Sánchez A, et al. Medicina de urgencias y emergencias.