



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

## 216/107 - Pero doctora, esta nunca ha sido mi barriga...

R. Coma Nieto<sup>a</sup>, A. Hernández Domínguez<sup>b</sup>, N. Pelaz Belizón<sup>c</sup>, B.M. Borzdynska Michalska<sup>d</sup>, M. Guevara Salcedo<sup>b</sup> y P. Lardiés Uriol<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Reyes Magos. Alcalá de Henares, Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Luis Vives. Alcalá de Henares, Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años exfumadora de 10 cigarrillos diarios desde 2004, con AP de poliomielitis en la infancia que precisó cirugía de tobillo izquierdo y colitis ulcerosa (CU) en tratamiento con adalimumab. Consulta por tercera vez en menos de un mes, en este caso al Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso y sensación de plenitud de tres semanas de evolución (los episodios previos se consideraron reagudizaciones de su colitis ulcerosa pese a que la paciente insistía que la sintomatología era diferente) que pese a la medicación pautada ha empeorado progresivamente.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física presenta ruidos hidroaéreos positivos, el abdomen es globuloso, está distendido y presenta oleada ascítica. Es doloroso a la palpación de forma generalizada. Ante estos hallazgos se solicita ecografía abdominal donde se evidencia: abundante líquido libre intraperitoneal. Hígado de tamaño y patrón ecogénico normal con múltiples LOE en su interior. No hay dilatación de la biliar intrahepática. La vía biliar extrahepática y el páncreas no son visibles. No se aprecian alteraciones en riñones ni bazo. El epiplón impresiona de nodular. Se solicitó valoración por ginecología que realizó una ecografía transvaginal: Útero en anteflexión, regular, endometrio de 6 mm lineal y uniforme. Diámetro longitudinal 70 mm. Anejo derecho: 43 × 41 mm sólido quístico, contorno irregular, retrouterino. Anejo izquierdo: 46 × 38 mm, sólido quístico cápsula fina irregular, retrouterino caído en Douglas. Ascitis en fondo de saco de Douglas. Asas intestinales adheridas a tumoraciones ováricas. Sospecha de carcinoma. Ante estos datos se ingresó a la paciente en el Servicio de Ginecología donde se realizó una paracentesis diagnóstica con citología positiva para células tumorales malignas. Metástasis de adenocarcinoma compatible con origen ovárico. Tras la intervención quirúrgica y la anatomía patológica se pudo diagnosticar y estadificar el proceso neoplásico de nuestra paciente. Carcinoma seroso papilar de alto grado con áreas de diferenciación coriocarcinomatoide y de células claras, estadio IIIC. La paciente recibe ahora tratamiento quimioterápico.

**Juicio clínico:** Carcinoma seroso papilar de ovario.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial de la ascitis se realiza mediante el análisis del líquido de paracentesis y debe incluir cirrosis, neoplasias e insuficiencia cardiaca siendo este el orden de frecuencia. Ante una paciente con una masa abdómino-pélvica, se debe plantear origen ginecológico (uterinas, ováricas o anexiales), urinario y gastrointestinal. Descartar previamente embarazo si la mujer está en edad fértil, una retención urinaria aguda o un fecalomia.

**Comentario final:** Las masas dependientes del ovario constituyen un grupo muy heterogéneo en las que la edad es un importante factor de riesgo de malignidad. Los quistes funcionales de ovario son la causa más frecuente de aumento de tamaño del ovario en mujeres jóvenes. De los tumores de ovario los más frecuentes son los de superficie epitelial-estroma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Runyon B, Lindor K, Travis A. Evaluation of adults with ascites. UpToDate, 2016.
2. Alonso R, Sánchez IM, Vegas T. Ecografía abdominal en atención primaria. Formación médica continuada. 2015;2.
3. Castro JA, Sánchez D. Ecografía ginecológica abdominal. AMF. 2007;3:483-5.