

347/721 - ¿APENDICITIS? ¿EMBARAZO?

M. Espinosa Sansano^a, C. Gracia Díaz^b, A. Moreno Forte^c e I. Aldeguer Rodríguez^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almoradí. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de La Riva. Orihuela. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de La Riva. Orihuela. ^dMédico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almoradí. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 19 años acude a AP por dolor FID y distensión de 48 horas. Añade hernia inguinal derecha tras esfuerzo hace 1 semana. No otra clínica. FUR hace 3 semanas. Niega posibilidad de embarazo. AP: no RAMc. Fumadora 5c igarros/día. Exconsumidora cannabis. Madre y padre con VHC. VHC transmitido intraparto tratado, con carga viral posterior indetectable.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Abdomen blando y depresible, distendido, no doloroso. No masas ni megalías. Blumberg y Murphy negativos. Debilidad anillo inguinal derecho. Con Valsalva protruye saco herniario. Resto anodino. Orina: normal. Test gestación positivo. Analítica: LDH 1.067 U/L. Es derivada a Ginecología. Eco: tumoración ovárica izquierda irregular sólidoquística 15 × 11 cm. Ascitis. OD normal. Útero en anteversión normal. IOTA malignidad. Ingresan para estudio. JC disgerminoma: marcadores: Ca125 83,90 U/ml. TC: gran masa ovárica izquierda heterogénea 12 cm. Ascitis altamente sospechosa de diseminación peritoneal. RM: masa ovárica heterogénea 18 cm polilobulada, pared engrosada fibrovascular. Lesión OD 4,2 cm de pared algo engrosada que capta contraste. Ascitis que contacta con lesión mayor en pared anterior, compatible con diseminación. Se realiza paracentesis evacuadora y cirugía programada laparoscópica: anexectomía izquierda, quistectomía derecha de cuerpo lúteo hemorrágico. Omentectomía. Apendicetomía. Revisión intestinal y hepática sin hallazgos. Remitida a Oncología para quimioterapia adyuvante BEP con riesgo de infertilidad, por lo que se preserva ovocitos.

Orientación diagnóstica: Disgerminoma de ovario.

Diagnóstico diferencial: Gestación. Tumor ovárico. Complicación VHC. Apendicitis.

Comentario final: Los disgerminomas son tumores de las células germinales del ovario. Constituyen el 1-2% de los tumores de ovario. Clínicamente se manifiestan a los 20-30 años con dolor abdominal y/o complicación aguda (10%). Aumenta los niveles LDH y, a veces, beta-hCG y Ca125. Como la mayoría de los pacientes son jóvenes, existe tendencia a evitar la cirugía radical. Si el disgerminoma tiene estadio IA (limitado ovario), podrá tratarse mediante salpingooforectomía, sin quimioterapia. En casos de extensión y/o recidiva, tratamiento adyuvante con quimioterapia: bleomicina, etopósido y cisplatino. Las tasas de supervivencia a 5 años de los tumores de células germinales depende del estadio, siendo: 98% I, 94% II, 87% III y 69% en IV.

Bibliografía

1. Acién P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Molloy, 2004.

Palabras clave: Disgerminoma. Cirugía. Quimioterapia adyuvante.