



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/303 - AUMENTO DEL PERÍMETRO ABDOMINAL Y SÍNDROME MICCIONAL ¿QUÉ SOSPECHAMOS?

P. Martínez Pérez^a, E. León Díaz^b, M. del Río García^c, L. Vannay Allasia^d, E. de Dios Rodríguez^d y L. García Ortiz^b

^aCentro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^cMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés. Acude por presentar dificultad para orinar desde hace 10 días. Presenta tenesmo vesical y polaquiuria. No disuria. No fiebre. Además, desde hace 5 meses presenta aumento de su diámetro abdominal. No náuseas, ni vómitos. No cambios en hábito intestinal. No dolor abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen: distendido. Se palpan tres masas, de aproximadamente 10 cm cada una, en flancos e hipogastrio. Combur test: normal. Analítica: normal. Ecografía: hígado normal, vía biliar no dilatada, bazo normal. A nivel infraabdominal se identifican 3 tumoraciones quísticas de 12 × 10 cm, tabicadas, desde epigastrio a pelvis.

Juicio clínico: Tumoraciones a estudio con retención de orina de probable causa obstructiva.

Diagnóstico diferencial: Lo primero que sospechamos es un síndrome miccional por infección del tracto urinario. Como el Combur test fue negativo, y tras la exploración, nos planteamos una causa obstructiva por compresión externa de vejiga o vía urinaria por una masa. Dentro de las masas abdominales en mujeres nos planteamos: quiste funcional, quiste endometriósico, globo vesical, cáncer de colon, diverticulitis, absceso pélvico, miomatosis, hematoma o absceso de pared abdominal. Se decide derivación al hospital para filiar origen de la masa, y tratamiento precoz. Marcadores tumorales (CA 125 y CA 19.9, elevados) y TAC con en el que se concluye alta sospecha de cistoadenocarcinoma mucinoso. La paciente queda ingresada para intervención quirúrgica.

Comentario final: El cáncer de ovario es el sexto más frecuente en mujeres, 5% de los tumores femeninos en el mundo. El 50% en países desarrollados. Tasas de incidencia más altas en Europa y Norteamérica (se puede atribuir a la baja natalidad de los países desarrollados). En España se diagnostican 3.300 casos anuales (5,1%), detrás de los de mama, colorrectales y útero. Propio de edades medias (45-75 años). No existe ningún método eficaz que facilite el diagnóstico precoz. El 75% se presentan en fases avanzadas. No da síntomas precoces, es asintomático o presenta síntomas inespecíficos (náuseas, dispepsia, plenitud...) Cuando la enfermedad está avanzada aparecen síntomas como dolor abdominal, distensión, hemorragia vaginal... Es importante identificar factores de riesgo desde Atención Primaria: Postmenopáusicas, antecedentes familiares de cáncer de ovario, antecedentes de neoplasia de mama, endometrio, colon, nuligestas y las que han utilizado inductores de ovulación.

Bibliografía

1. American Cancer Society. Detailed guide: ovarian cancer. American Society Cancer.org, Atlanta, Georgia. Disponible en: <http://www.cancer.org>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las masas anexiales. Protocolo de actuación de la SEGO. Madrid: SEGO; 2014. Disponible en: www.sego.es/Content/pdf/oncoguias/Ovario_2014.pdf