

Doctor, me duele

SÁNCHEZ RICO, VÍCTOR

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN
SERVICIO DE GINECOLOGÍA

Aprobado por: Dra. Maribel Acién



ANAMNESIS

Mujer de 36 años, residente en Alicante.

Motivo de consulta: (24/01/2017)

Remitida de urgencias por dolor en hipogastrio que irradia a regiones lumbares tipo dismenorrea.

FUR: 13/01/2017

FO: 10111

FM: 6/28. Dismenorrea primer y segundo día que cede con paracetamol. (leve)

Método anticonceptivo: preservativo.

Iqx: cardiopatía, cierre de forámen oval.

Enfermedades: ACV en 2001, Steven Johnson en 2001.

En tratamiento con: carbamazepina, adiro, bromazepam.

ANAMNESIS

EXPLORACIÓN:

Genitales externos normales.

Cérvix de Mp macroscópico bien epitelizado, restos hemáticos en vagina. No dolor a la movilización.

Se delimita tumoración en hemiabdomen inferior derecho de unos 9-10cm.

ANALÍTICA:

HG, VSG y coagulación normales. Bioquímica normal.

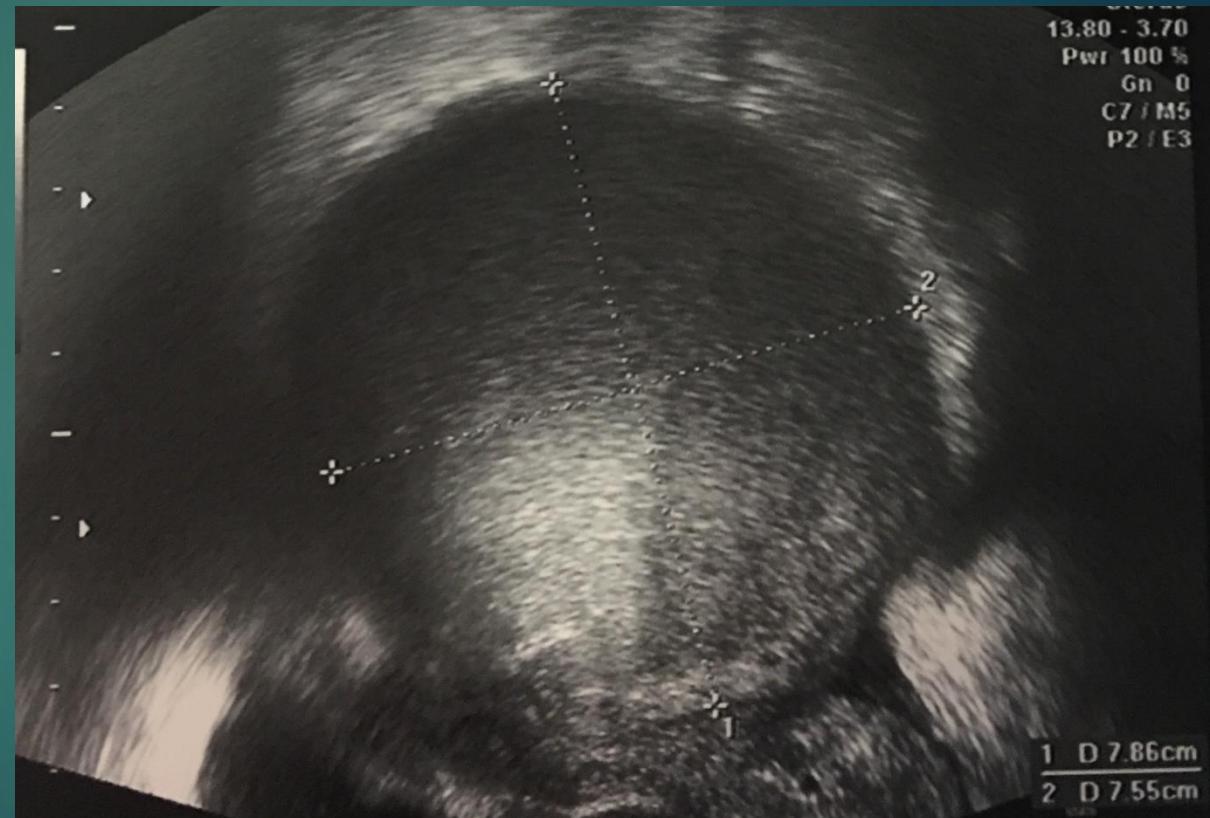
MT: CEA 0,70 ng/ml; CA-19 de 99,80 U/ml; CA-125 de 131,50 U/ml.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

ECOGRAFÍA

Se delimita tumoración anteuterina que parece depender de anejo derecho de aproximadamente 8-9 cm de ecogenicidad media que impresiona de endometrioma. No se delimita parénquima de ovario derecho.

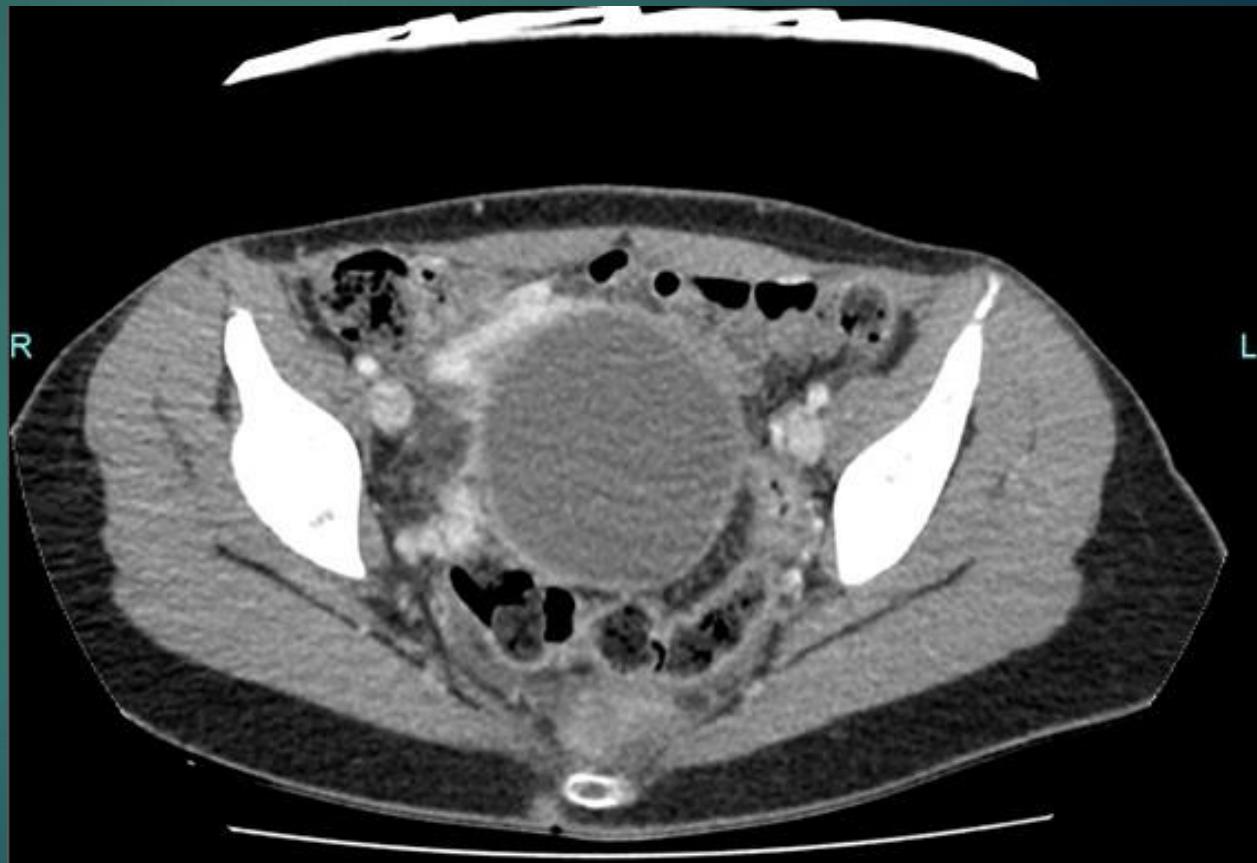
Anejo izquierdo normal. Útero normal con endometrio de aspecto secretor. No líquido libre.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

TAC

Gran masa pélvica 9.2 x 8.8 x 9.3 cm de aspecto quístico sin septos en su interior, con pared definida que muestra captación de contraste, podría tratarse de un cistoadenoma mucinoso como primera posibilidad diagnóstica.



DIAGNOSTICO

Endometrioma de 9,2 x 8,8 x 9,3 cm.

Diagnóstico diferencial con:

- ▶ **Cistoadenoma mucinoso**
- ▶ **Teratoma**

Un 50% de los casos de endometriosis cursan de forma asintomática. En este caso la sintomatología se produce no por la endometriosis en sí, sino por el tamaño del quiste.