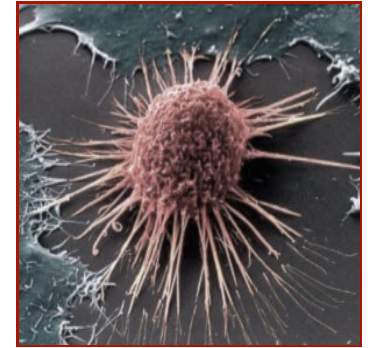




CASO CLÍNICO I

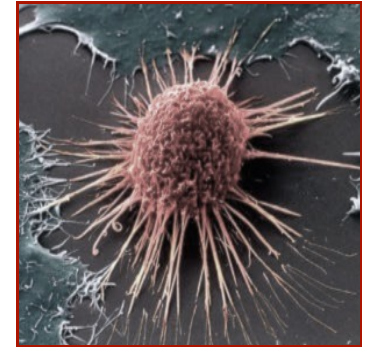
Aprobado por la Dr. García Teruel
Servicio de Ginecología y Obstetricia-HGUE
Guillermo García Santos

Motivo de Consulta, Antecedentes y Exploración

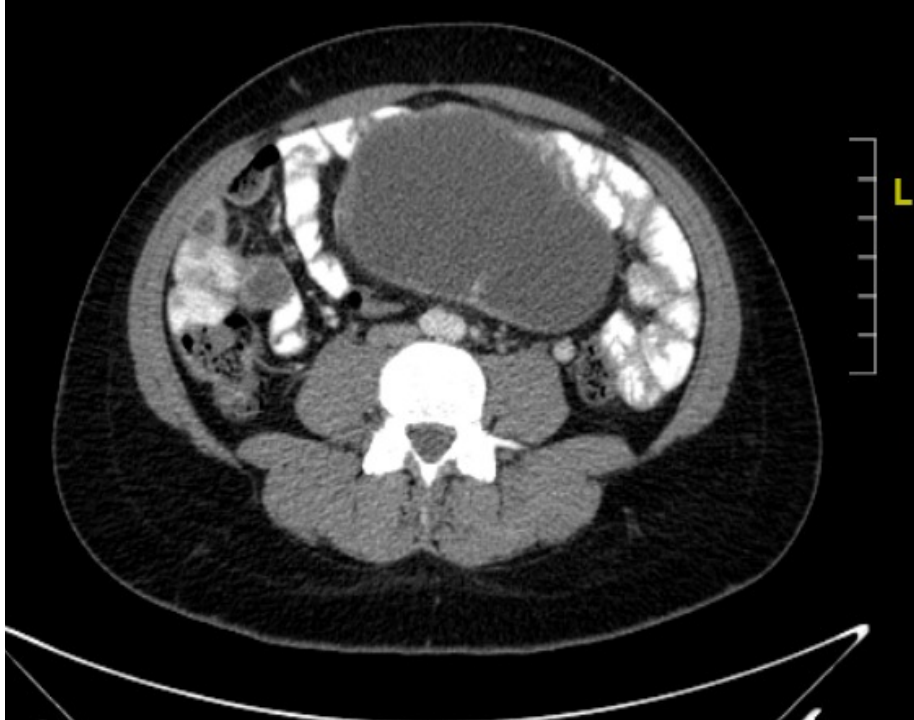


- Mujer de 23 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso.
- FO; 0, FUR 20-03-17. RAM intolerancia al ibuprofeno No HTA, no DM, no DLP. No hábitos tóxicos.
- IQx: Apendicectomía. Anexectomía derecha por laparotomía debido a torsión ovárica (teratoma maduro) en Marzo de 2011.
- IQx: Quistectomía por laparoscopia + laparotomía de quiste dermoide en ovario izquierdo en Octubre 2014.
- EF: Abdomen blando depresible se palpa una masa de gran tamaño que ocupa el espacio palpable hasta la apófisis xifoide.
- Exploración ginecológica normal.

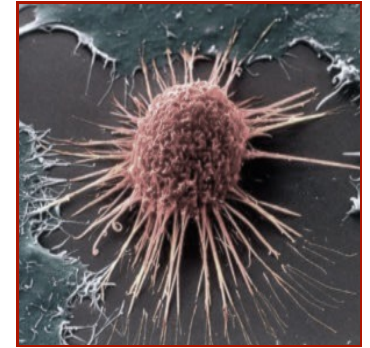
Pruebas complementarias



- EcoTV; muestra un útero desplazado de estructura aparentemente normal. ECO abdominal; muestra gran masa de 180x95 mm dependiente de anejo izquierdo, con septos y papilas que parece captar doppler.
- Hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas.
- Marcadores tumorales
CEA 0,9 ng/mL(0-5ng/mL), CA-125 35 UI/mL (0-35 UI/mL), CA-19.9 6,8 UI/mL (0-27 UI/mL), **HE4 139** pmol/L (0-70 pmol/L) y **AFP 8518** ng/ml (0-7 ng/mL).
- TAC abdomino-pélvico con contraste

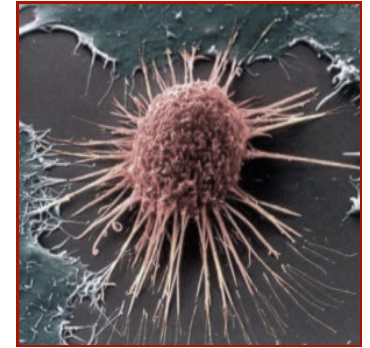


TAC abdomen-pelvis



- **Lesión predominantemente quística de origen anexial** sin poder precisar lateralidad por su tamaño (16,5 x 9,3 x 21 cm). Presenta septos en su interior y nódulos murales sugerente de cistoadenocarcinoma;
- Ejerce efecto masa por su gran tamaño desplazando anteriormente el útero y periféricamente las asas del intestino delgado.
- Presencia de **adenopatía para-aórtica abdominal**.

Diagnóstico y Tratamiento



- Cáncer de origen ovárico (tipo seroso, estirpe germinal)
- Tratamiento: Laparotomía media infra y supraumbilical, con exeresis de la masa, adenectomía para-aórtica y pélvica bilateral, omentectomía, e histerectomía.