



DIAGNÓSTICO A PRIMERA VISTA

(Servicio de Ginecología, HGUA)

Aprobado por el Dr. Juan C. Martinez Escoriza/ Beatriz Castro Yagüe

Enfermedad actual

Mujer de 74 años que acude a CCEE de Ginecología, remitida desde C. Especialidades de San Vicente, por dolor en FID continuo precisando analgesia con mejoría parcial.

Antecedentes

PERSONALES:

- RAM: Nolotil
- **Enfermedades previas:** infarto agudo de miocardio, ictus, dislipemia e hipertensión (FRCV), incontinencia de esfuerzo.
- **Intervenciones quirúrgicas:** 2 cateterismos cardiacos, apendicectomía, prótesis de rodilla derecha, 2 legrados.
- **Transfundida en 2019** en la cirugía de la prótesis de rodilla.
- **Hábitos tóxicos:** niega.
- **Tratamiento habitual:** xarelto, atorvastatina, nitroplast, bisoprolol, dolocatil, micardis, omeprazol.

GINECOLÓGICOS-OBSTÉTRICOS:

- Mq: 11 años
- MP: 56 años. No sangrado postmenopáusico. No THS.
- FO: 4-2-2 (PE)

Exploración física

Constantes estables. Consciente y orientada. BEG. Normohidratada y Normoperfundida. Eupneica. AC: rítmica sin soplos. AP: MV conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en FID. Extremidades sin alteraciones. Exploración neurológica normal.



Exploración Ginecológica-Obstétrica

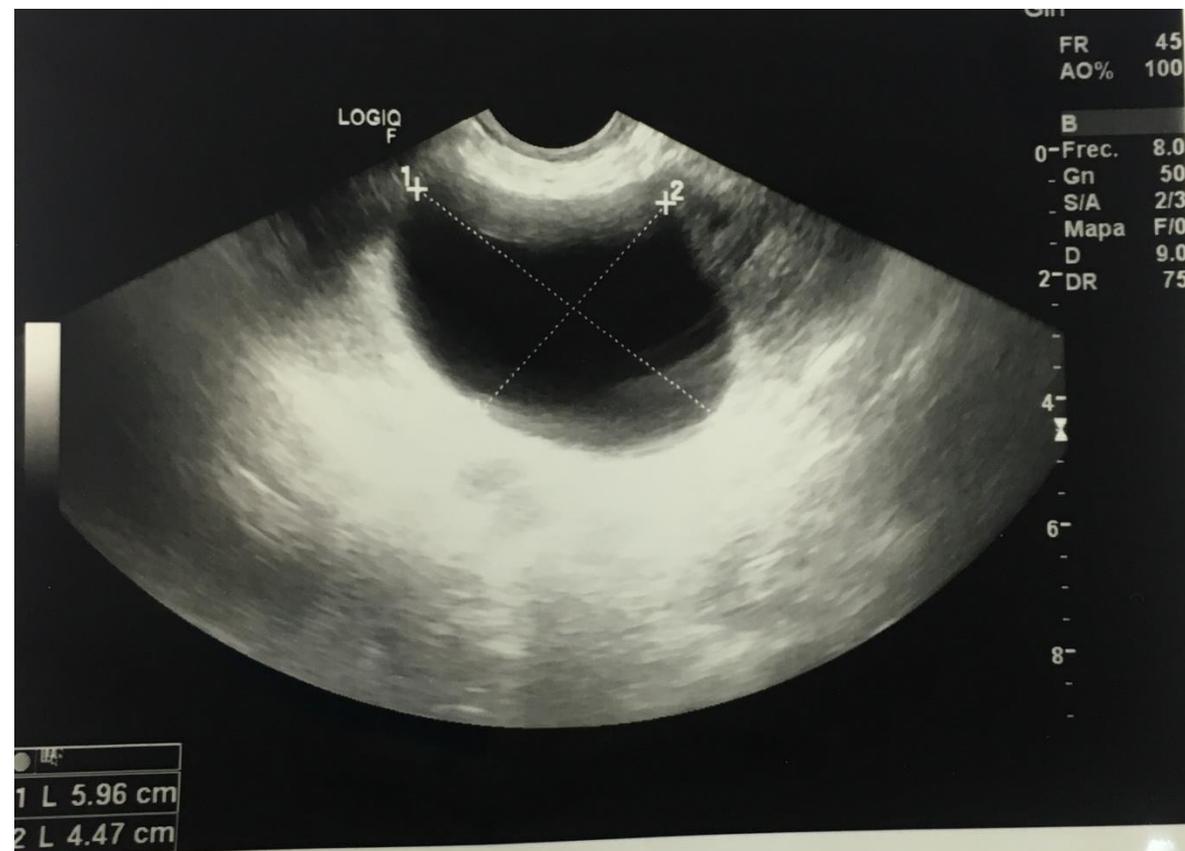
- GE atroficos. Cistocele II. Quiste de inclusión de 1 cm en labio mayor izquierdo.
- **Espéculo:** no se objetivan lesiones vaginales, tampoco sangrado ni leucorrea. Cérvix atrofico. Sequedad vaginal.
- **TBM:** movilización no dolorosa. Douglas libre. Cérvix móvil. Dolor a la palpación anexial derecha.
- **ECO-TV:** útero regular y atrofico en AVF, endometrio fino, anejo izquierdo atrofico. En anejo derecho se observa imagen anecoica de 5,9 x 4,4 cm de bordes lisos, sin tabique ni papilas, avascular. No líquido libre en Douglas.

Pruebas complementarias:

Marcadores biológicos:

- AG. Carcinoembrionario (CEA): 4,5 ng/ml
- ALFA-FETOPROTEÍNA: 1,2 U/ml
- CA 19,9: 37 U/ml
- CA 125: 16 U/ml
- HE4 CPr. Epididimal Humana 4: 78,3 pmol/ L

Todos negativos.



JC/ QUISTE OVÁRICO DERECHO

El diagnóstico diferencial debería realizarse entre este tipo de tumoración ovárica y otro tipo de quistes (paraovárico/peritoneal), abscesos, apendicitis, hidrosalpinx o enfermedad inflamatoria pélvica.

Tratamiento

Anexectomía bilateral por laparoscopia.

Con la ecografía transvaginal se ha podido valorar la ausencia de riesgo de malignidad (unilocular, márgenes bien definidos, quístico, tabiques finos <3mm...). Además, los marcadores tumorales han resultado negativos. Con todo ello, el diagnóstico se orientó hacia una **tumoración de bajo riesgo**, donde se podría adoptar una **actitud expectante, tratamiento hormonal o cirugía**.

En este caso se optó conjuntamente por el abordaje quirúrgico (paciente informada de las diferentes opciones de tto), ya que existían síntomas que afectaban a su calidad de vida. Se decidió **cirugía laparoscópica** por sus beneficios (menor morbilidad, rápida recuperación, posibilidad diagnóstica y de biopsia, ...) y **anexectomía bilateral**, ya que se no existía deseo genésico al tratarse de una mujer postmenopáusica y se evitaban así posibles recidivas futuras.