

FACTORES DE CONFUSIÓN ANTE MASA ANEXIAL

Dra. Teresa Bernal Arahal¹ / Dra. Carla Iannuzzelli Barroso² / Dra. Marta Colechá Morales¹

¹ FEA del Servicio de Ginecología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

CASO CLÍNICO

Nos encontramos ante una paciente de 19 años, nuligesta, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude de otro centro con diagnóstico de sospecha de tumoración anexial maligna, aportando informe que describe masa anexial en ecografía transvaginal y un valor de CA 125 de 1200U/ml.

La paciente acudió urgente por dolor en hemiabdomen inferior, focalizado en fosa iliaca izquierda, de 10 días de evolución, sin otra clínica acompañante. Refiere dolor pélvico desde enero, ocasional y autolimitado. Su estado general es excelente y la exploración resulta anodina, salvo por la existencia de la masa anexial por la que fue derivada. No presenta signos de irritación peritoneal y se encuentra apirética en todo momento.

La analítica no presenta signos de infección. Ante la clínica se realizan varias tomas vaginales, resultando positiva la PCR a ChlamydiaTrachomatis y siendo negativos el resto de cultivos.

En la ecografía se observa una masa quística con ecos finos homogéneos en su interior, alargada, de 92x37 mm, por delante de cuerpo uterino y que alcanza ovarios, sin clara delimitación de los mismos¹.

Ante la duda diagnóstica de Enfermedad Pélvica Inflamatoria versus Neoplasia, y teniendo en cuenta la edad y el estado general de la paciente, se decide instaurar un tratamiento conservador: antibioterapia intravenosa de amplio espectro pensando en la opción más probable. Se realizan controles de CA 125 seriados, y se solicita prueba de tuberculina para descartar una tuberculosis genital y un TAC para completar el diagnóstico por imagen.

Los marcadores tumorales descienden rápidamente a 500U/ml, el TAC concuerda con diagnóstico de EIP, con imagen de piosalpinx menor a la ecográfica y la prueba de tuberculina fue negativa.

La paciente, asintomática en todo momento,

es dada de alta hospitalaria tras una semana de tratamiento IV, con antibiótico vía oral. Al alta hospitalaria, la imagen ecográfica es de 48x18mm y a las tres semanas, la imagen es residual, de 20x21 mm en área anexial derecha, y el CA 125 es de 92 U/ml.

DISCUSIÓN

Ante el hallazgo de una masa anexial, debemos realizar un diagnóstico diferencial razonable, y nunca perder de vista la clínica². Solicitar un exceso de pruebas complementarias que no son necesarias, además de incrementar el gasto, pueden conducirnos a diagnósticos erróneos y a iatrogenia grave.

Los marcadores tumorales son pruebas complementarias de gran ayuda en un contexto adecuado, pero mal indicados pueden llevarnos a decisiones erróneas con gran trascendencia, como hubiera sido en este caso la castración quirúrgica de una joven de 19 años que no la necesitaba.

La enfermedad inflamatoria pélvica, con buen estado general, es tributaria de tratamiento médico agresivo de entrada, contemporizando la cirugía. Este manejo conservador no empeora los resultados y evita cirugías extremadamente complicadas, con una morbilidad elevada³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arthur C Fleisher, Stepehn S Entman. Evaluación de las masas pélvicas mediante ecografía transabdominal y /o transvaginal. En: Fleisher. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. 6ª Edición. Madrid: Marban Libros SL; 2009. p. 797-830.
2. Protocolo SEGO. Evaluación diagnóstica de las masas anexiales. Actualización 2016. www.prosego.es
3. R. Carreras Collado, MM Vernet Tomás. Enfermedad pélvica inflamatoria. En:L. Cabero Roura. Tratado de Ginecología y Obstetrica. 2 Edición. Panamericana 2013. p 358-366.



Fig. 1. Imagen de masa de 9 cm compatible con piosalpinx bilateral.



Fig. 2. Control a los 5 días.



Fig. 3. Imagen residual al mes de tratamiento.