



P-529 - ABORDAJE GENERAL DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO EN EMBARAZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

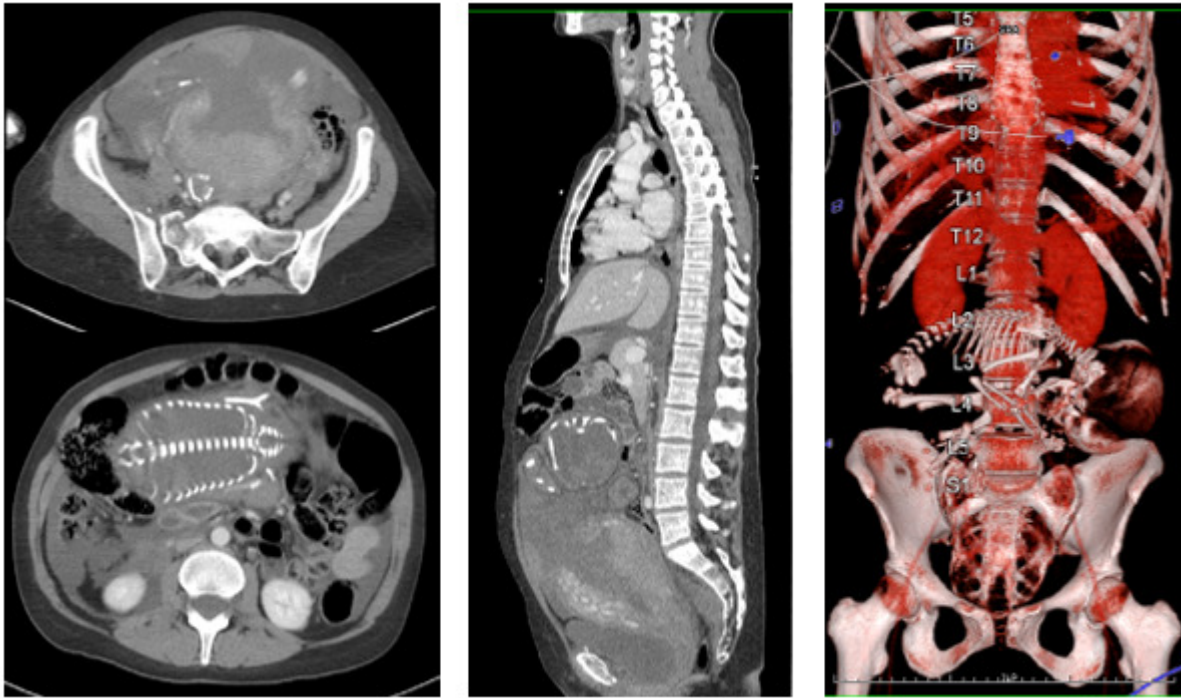
Jorge Tejedor, David; Polanco Pérez, Lucía; Reoyo Pascual, José Felipe; Manzanera Díaz, Marina; Otero Rondón, Michelle; Domínguez Arroyo, Idoia; Ferrando, Luciano; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: Los traumatismos representan la primera causa no obstétrica de mortalidad en la mujer embarazada. Debido a ello, ante un traumatismo mayor, se debe llevar a cabo una correcta evaluación inicial y un adecuado manejo terapéutico tanto de la mujer embarazada como del feto, teniendo siempre presente que en estas circunstancias hay dos pacientes que se encuentran potencialmente en riesgo.

Caso clínico: Mujer de 38 años, gestante de 31 semanas, que sufre traumatismo abdominal de alto impacto tras accidente de tráfico viajando como copiloto, con colisión frontolateral. A la llegada al servicio de Urgencias la paciente presenta una puntuación en la escala de Glasgow de 15 y se encuentra estable hemodinámicamente. Refiere dolor abdominal de localización difusa, además de sangrado vaginal y dolor en la cadera derecha. En primer lugar se procede a una valoración inicial siguiendo el protocolo ABCDE, tras lo cual se realiza una evaluación obstétrica. Se solicita ecografía abdominal urgente donde se visualiza rotura uterina y ausencia de latido fetal. También se lleva a cabo TC-Body en el que se evidencia disrupción completa de fondo uterino con disposición extrauterina del feto, asociado a sangrado pélvico activo con hemoperitoneo en todos los recessos peritoneales. A nivel esplénico se observan áreas de hipodensidad periféricas en relación con áreas de contusión. Además, informa de fractura de ramas iliopubiana e isquiopubiana derechas y fractura conminuta del cuerpo del sacro del lado derecho con diástasis de la articulación sacro-iliaca derecha asociado a hematoma de partes blandas a dicho nivel. Ante tales resultados se procede a colocación de cinturón pélvico y se decide tratamiento quirúrgico urgente conjuntamente con Ginecología. Se realiza laparotomía media identificando hemoperitoneo de aproximadamente 1 litro, procediendo a la extracción del feto fallecido y de la placenta y suturando la rotura uterina. Se revisa el resto de la cavidad abdominal por cuadrantes sin evidenciar más lesiones potencialmente sangrantes. Tras ello, la paciente presentó una buena evolución clínica, pudiendo ser dada de alta al 10º día posoperatorio.



Discusión: La atención inicial de una paciente embarazada se dirige al ABCDE de la reanimación exactamente igual que en cualquier otro paciente politraumatizado. Una de las diferencias fundamentales es que hay que determinar la viabilidad fetal, además de evaluar el estado materno, por lo que se debe consultar simultáneamente con Ginecología. Los traumatismos abdominales cerrados constituyen la mayor parte de los traumatismos obstétricos graves. Los principales problemas obstétricos que ocasionan son sufrimiento y muerte fetales, desprendimiento prematuro de placenta, lesiones fetales y trabajo de parto pretérmino. Las principales causas de hemoperitoneo en las embarazadas son la rotura esplénica (46%) y hepática (33%). Los hechos que pueden aumentar la sospecha de lesiones intraabdominales son las fracturas costales, que causan lesiones hepáticas y esplénicas, y las fracturas pélvicas, que originan lesiones genitourinarias así como hemorragia retroperitoneal y rotura uterina, sobre todo en etapas avanzadas de la gestación.