



P-625 - ABDOMEN AGUDO EN GESTANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Casanova Ramos, Rubén; Rodríguez Castellano, Desirée; Delgado Plasecina, Luciano J; González García, Sara; Marrero Marrero, Patricia

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: El abdomen agudo en la paciente gestante se considera una emergencia médica que suele requerir intervención quirúrgica inmediata. Es esencial una buena anamnesis y monitorización fetal para poder filiar la causa del abdomen agudo y verificar el estado del feto ya que existen tanto causas obstétricas como no obstétricas. El examen físico puede ser difícil por la redistribución que sufre la cavidad abdominal por el embarazo.

Caso clínico: Mujer de 26 años, gestante de 10 semanas, acude a urgencias por dolor abdominal súbito durante la madrugada asociado a náuseas y vómitos. Antecedentes personales: síndrome ansioso depresivo, dos gestaciones previas con un parto y un aborto. En la exploración física destaca un abdomen distendido, doloroso de manera difusa con contractura y signos de irritación peritoneal. A su llegada se le realiza una analítica con parámetros dentro de la normalidad salvo leucocitos de 13.100. En la ecografía transvaginal no se apreció alteración en la gestación. También se realizó una ecografía de abdomen en la que se apreció dilatación y engrosamiento grave de asas de intestino delgado, sin otros hallazgos significativos. Ante estos hallazgos se decidió intervención quirúrgica urgente. En la intervención se evidenció abundante cantidad de líquido libre e isquemia intestinal secundaria a hernia interna. Se realizó resección de unos 380 cm de intestino delgado de aspecto no viable y se elabora anastomosis yeyuno cólica laterolateral. En el posoperatorio la paciente evoluciona favorablemente, manteniéndose afebril y estable hemodinámicamente sin dolor y tolerando dieta oral. Precisa valoración y seguimiento por los servicios de Ginecología para control del embarazo y por Endocrinología para nutrición parenteral y control del síndrome de intestino corto.

Discusión: La obstrucción del intestino delgado en el embarazo es extremadamente rara. Es una afección quirúrgica no obstétrica potencialmente grave que puede ocasionar efectos adversos tanto maternos como fetales. En una revisión reciente la tasa de pérdida fetal fue del 17% y la tasa de mortalidad materna fue del 2%. Las adherencias siguen siendo la causa más común de obstrucción intestinal; secundarias, generalmente a cirugías previas. La hernia interna es muy infrecuente, aproximadamente el 3% de las obstrucciones intestinales en embarazadas. Los ruidos intestinales pueden ser hiperperistálticos al principio y progresivamente volverse hipoperistálticos, signo ominoso que indica estrangulamiento. Inicialmente, se puede intentar un enfoque conservador con reposo intestinal, hidratación intravenosa y aspiración nasogástrica siempre que la paciente esté estable y con vigilancia estrecha. La intervención quirúrgica urgente es necesaria en caso de fracaso

de la terapia conservadora (signos de estrangulación intestinal o síntomas de sufrimiento fetal). Se ha informado que las radiografías simples de abdomen son positivas en el 82% al 100% de las mujeres embarazadas con obstrucción intestinal y, por lo tanto, pueden proporcionar la información necesaria cuando existe una alta sospecha clínica. Aunque suele ser necesario acompañarla de otra prueba de imagen (ecografía o RM).