



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 424/626 - DOLOR HIPOGÁSTRICO Y SÍNDROME MICCIONAL EN GESTANTE, NO ES UNA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

E. García Bertolín<sup>1</sup>, E. Martínez Morales<sup>2</sup>, E. Fernández Antolín<sup>1</sup> y G. Santos Rielo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Justicia. Madrid. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años, gestante de 13+1 semanas, AGO: G3A2C1, FUR: 26/3/18, con abortos de repetición y alteración hematológica en tratamiento con enoxaparina 40 mg/24 horas. Antecedente de cesárea. Acude por dolor hipogástrico, no irradiado, acompañado de disuria y tenesmo vesical intensos, sin fiebre desde hace 8 días. Se le realizó Combur test, positivo para hematíes pero sin nitritos ni leucocitos y se le pautó fosfomicina 500 mg cada 8h. Tras 2 días sin mejoría se cambió a cefixima. Dos días después, consulta por mayor intensidad de los síntomas, además de dolor en región perineal. Se decide remitir a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** CTES: T<sup>a</sup>: 36,7 °C, TA 143/87 mmHg, FC 106 lpm. Destaca regular estado general, afectada por el dolor. Abdomen de gestante. Hematomas en abdomen post-punción HPBM. Blando con dolor a la palpación en hipogastrio sin defensa ni otros signos de irritación peritoneal. No se palpan hernias inguino-crurales. PPR bilateral negativa. Análisis de orina (tira reactiva): sin alteraciones. Estudio del sedimento urinario: Hematíes sombra 10-15/Campo, bacterias escasas, cel. de descamación escasas. Hemograma: sin alteraciones. Ecografía abdominal urgente: sin hallazgos patológicos. ITC cirugía: no impresiona de patología intrabdominal quirúrgica urgente. TC Ginecología: Exploración: cérvix con OCE retropúbico, útero en retro forzado. Eco ginecológica. Abdomen: sin alteraciones. Ante sospecha de incarceration uterina administran media ampolla de dolantina y realizan recolocación uterina y sondaje permanente con resolución del cuadro.

**Orientación diagnóstica:** Gestante de segundo trimestre que acude con clínica de dolor hipogástrico acompañado de síndrome miccional que no ha mejorado con antibioterapia. Inicialmente es lógico plantearse una infección de orina como primera posibilidad ya que cursa con estos síntomas y es muy frecuente en embarazadas. Por otro parte, es poco frecuente que no mejore con 2 tipos de antibióticos por lo que debemos preguntarnos si se ha complicado o la clínica se debe a otras causas. Por ello, se debe completar estudio con ecografía (descartar abscesos y litiasis en vía urinaria) y valoración por parte de Ginecología (descartar incarceration uterina, ya que se mantiene afebril a pesar de empeoramiento clínico y además presenta dificultad para la micción).

**Diagnóstico diferencial:** Infección de orina (± fiebre). Cólico renoureteral (± PPR positiva). Hernia inguinal complicada (± náuseas y vómitos). Tumores uroteliales (± síndrome constitucional).

Incarceración uterina ( $\pm$  RAO).

**Comentario final:** La incarceration uterina se debe a atrapamiento del útero entre promontorio y sínfisis del pubis, generalmente, en gestantes con útero en retroversión durante el segundo trimestre. Produce dolor en hipogastrio, síndrome miccional y posteriormente incapacidad para orinar incluso para la deposición. Los síntomas pueden orientar a otras entidades más frecuentes que debemos descartar (tira de orina) como la infección de orina o el cólico renoureteral. No se trata con antibióticos sino realizando maniobras de recolocación, por ello debemos tener presente esta patología evitando prescripciones innecesarias y realizando derivación precoz a ginecología.

### **Bibliografía**

1. Vidaeff AC, Schneider KM. Incarcerated gravid uterus, literatura review. 2015.
2. Newell SD, Crofts JF, Grant SR. The incarcerated gravid uterus: Complications and lesions learned. *Obstet Gynecol.* 2014;42:3-427.

**Palabras clave:** Incarceración uterina. Retención urinaria. Útero retroversión.