



## P-251 - ABDOMEN AGUDO COMO MANIFESTACIÓN DEL EMBARAZO

M. Montes Pérez<sup>a</sup>, J. Villar Ramos<sup>b</sup>, M. Fernández Gutiérrez<sup>c</sup>, D. Fernández Torre<sup>d</sup>, P. López Tens<sup>c</sup> y A. Blanco García<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS José Barros (Camargo Interior). <sup>b</sup>CS Dávila. <sup>c</sup>CS Cazoña. <sup>d</sup>CS Camargo Costa.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 32 años sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas y FUR desconocida; acude a la consulta de atención primaria por malestar generalizado y dolor abdominal intenso más acusado en fosa ilíaca izquierda. La exploración física en la consulta impresiona de abdomen agudo por lo que se deriva a urgencias donde las pruebas complementarias y el intento de embarazo natural referido por la paciente orientan al diagnóstico de hemoperitoneo de origen ginecológico. Ante la mala evolución clínica y el inicio de shock hipovolémico es intervenida de urgencia mediante laparotomía con resultado de salpingectomía izquierda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: mal estado general, hipotensa (TA 80/42), taquipneica (22 rpm), normohidratación, cianosis acra, palidez cutánea. Saturación 96%. Abdomen distendido, muy doloroso a la palpación, defensa abdominal sugestiva de peritonismo, RHA disminuidos. No edemas. EEII ni signos TVP ni aumento de PVY. AC: taquicardia 109 lpm sin soplos audibles. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. ECG: taquicardia sinusal. Ecografía portátil: líquido libre intraabdominal moderada cuantía en disposición perihepática, periesplénica y ambas gotieras. Analítica: bioquímica: glucosa 175 mg/dl, urea 28 mg/dL, creatinina 0.82 mg/dl, bilirrubina total 1.2 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 5,1 mEq/L, lactato basal 20,9 mg/dL, proteína C reactiva 0,2 mg/dL, cloro 101 mEq/L, filtrado glomerular > 90 ml/min/1. Hemograma: leucocitos  $14,7 \times 10^3/\mu\text{L}$ , hematíes  $4,11 \times 10^6/\mu\text{L}$ , hemoglobina 12,1 g/dL, hematocrito 37,6%, VCM 91 fL, HCM 29,5 pg, CHCM 32,3 g/dL, ADE 13,1%, plaquetas  $230 \times 10^3/\mu\text{l}$ , VPM 9,6 fL, segmentados  $11,00 \times 10^3/\mu\text{L}$ , linfocitos  $2,7 \times 10^3/\mu\text{L}$ , monocitos  $0,8 \times 10^3/\mu\text{L}$ , eosinófilos  $0,10 \times 10^3/\mu\text{L}$ , basófilos  $0,10 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Coagulación: TP 77%, INR 1,20, TTPA 26 seg, TTPA control 30 seg, ratio TTPA 0,85, fibrinógeno derivado 343 mg/dL. Hormonas: procalcitonina 0,04 ng/mL. Test embarazo positivo.

**Juicio clínico:** Embarazo ectópico izquierdo accidentado.

**Diagnóstico diferencial:** Diverticulitis aguda. Sigmoiditis. Fisura de aneurisma de aorta. Crisis renotureteral. Hernia encarcerada. Enfermedad inflamatoria pélvica. Absceso del psoas. Colitis isquémica. Invaginación intestinal. Adenitis mesentérica. Endometriosis. Quiste ovárico complicado. Colitis ulcerosa. Dolor menstrual. Estreñimiento.

**Comentario final:** Como médicos de atención primaria tendremos en cuenta el embarazo extrauterino en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y shock hipovolémico en una paciente

joven con vida sexual activa, ya que se encuentra entre las urgencias quirúrgicas ginecológicas más frecuentes durante el primer trimestre de la gestación. Su diagnóstico precoz resulta esencial para prevenir una hemorragia grave, causante del 90% de las muertes maternas. Puede presentarse de forma idiopática aunque suele ser propiciado por infecciones tubáricas de diferentes orígenes. El padecimiento de un embarazo ectópico conlleva un máximo del 50% de tener hijos vivos en el futuro y un riesgo superior al 10% de presentar nuevos embarazos ectópicos. En nuestro caso el objetivo terapéutico de urgencia consistió en salvaguardar la vida materna y evitar su infertilidad; posteriormente desde atención primaria se fomentará un apoyo psicológico y seguimiento con una adecuada planificación familiar ante futuro deseo gestacional de la paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mena J, López-Hidalgo ML, Gordillo R, Rodríguez A, Cóndor L. Embarazo ectópico tubárico tras programa FIV y embarazo ectópico abdominal. *Clin Invest Gin Obstet.* 2004;31:308-11.
2. Embarazo ectópico. En SEGO, eds. Documentos de Consenso de la SEGO 2004. Madrid: Meditex, 2005.
3. Salazar R, de Pablo JL, Cuadra M, Fernández A. Casuística del embarazo ectópico en nuestro medio. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;46:533-40.