



## P-467 - ABSCESO ESPLÉNICO SECUNDARIO A EMBOLISMO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

García Fernández, Estefanía; Zurita Saavedra, María Sol; Moreno Cortés, Clotilde; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** El embolismo de líquido amniótico (ELA) es un síndrome de resultados catastróficos que se produce durante el embarazo o el posparto inmediato. Hay mucha discrepancia con respecto a su incidencia y tasa de mortalidad, debido a la ausencia de unas pruebas diagnósticas con suficiente sensibilidad y especificidad para la identificación correcta de los casos. En la actualidad, representa alrededor del 10% de las causas de fallecimientos maternos en países desarrollados. La mortalidad se sitúa entre el 61 y el 86%. En nuestro caso, queremos exponer una rara complicación secundaria a esta patología que debe tenerse en cuenta para su correcto diagnóstico.

**Caso clínico:** Paciente primigesta de 24 años, fumadora, sin antecedentes personales de interés. La gestación cursa sin incidencias. En la semana 39+2, durante una monitorización fetal, se apreció una bradicardia fetal y dinámica uterina irregular, por lo que ante el riesgo de pérdida de bienestar fetal, se opta por cesárea urgente. Se extrajo un feto hombre sano. En el postparto inmediato, la paciente presenta hipotensión, taquicardia, disnea y fiebre de hasta 40 °C. Refiere además dolor costal izquierdo de características pleuromecánicas de inicio durante la cesárea. Inicialmente, el cuadro se enfoca como sepsis respiratoria de origen nosocomial y se inicia antibioterapia empírica con meropenem, previa extracción de hemocultivos. En radiografía de tórax, destaca velamiento completo de la base izquierda. Analíticamente, destaca leucocitosis con neutrofilia, elevación de PCR y procalcitonina y anemización brusca. Ante la sospecha de TEP agudo, se solicita eco doppler de MMII y angioTAC, descartándose TEP, pero evidenciándose en dicha prueba esplenomegalia con infarto esplénico abscesificado de  $6,5 \times 7$  cm en el polo superior; ante estos hallazgos, se realiza interconsulta urgente a Cirugía General. Continúa con fiebre, a pesar de tratamiento antibiótico. En la exploración abdominal, destaca dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Se plantea la posibilidad de drenaje percutáneo, no existiendo ventana, por lo que se decide drenaje quirúrgico. Se realiza drenaje laparoscópico del absceso, se toma muestra para microbiología y se deja drenaje Jackson-Pratt en la cavidad del absceso y periesplénico. Tras la cirugía, la paciente evoluciona de forma favorable; en el cultivo del absceso, no se evidencian hallazgos microbiológicos relevantes. Es dada de alta en el 7º día postoperatorio.

**Discusión:** La fisiopatología del ELA se desconoce aún. Se le han atribuido varios factores de riesgo, entre los cuales se incluye un parto dificultoso, traumatismos, multiparidad, uso de oxitocina, edad materna, gestación prolongada, feto masculino y cesárea. Sin embargo, no se ha podido demostrar científicamente que alguno de ellos favorezca el desarrollo de este cuadro. Hoy día, el diagnóstico se basa en la clínica y es de exclusión, tras descartar todas las otras afecciones posibles, teniendo en cuenta como diagnósticos diferenciales: complicación anestésica, TEP, hemorragia, shock anafiláctico, sepsis... No contamos con

ninguna prueba específica de laboratorio que confirme el diagnóstico. Con todo ello, es fundamental el conocimiento de esta patología para hacer un diagnóstico de sospecha lo más precoz posible e instaurar un tratamiento multidisciplinar.