



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

## 423/78 - CUANDO EL DOLOR ABDOMINAL ES EL SÍNTOMA GUÍA

T. Bernués Bergua<sup>1</sup>, A. Cano<sup>2</sup>, N. Abadía Cuchi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HCU Lozano Blesa (Zaragoza), <sup>2</sup>Residente Medicina Interna HCU Zaragoza, <sup>3</sup>Residente GInecología HCU Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 25 años, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, en tratamiento con Sauvuret desde hace 15 días. FUR: 12/12/18. Acude a urgencias por dolor epigástrico intenso e intermitente irradiándose progresivamente a fosa iliaca derecha e hipogastrio, acompañado de disuria y tenesmo vesical de cuatro días de evolución. La paciente explica asimismo diarrea abundante acompañado de sensación nauseosa sin vómitos de un día de duración. No fiebre termometrada ni sensación distérmica en domicilio. No refería metrorragias ni leucorrea. No otra clínica sistémica.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/63 76 lpm 26 rpm 35,6 °C. Consciente, orientada en las 3 esferas, normohidratada, palidez cutánea, eupneica en reposo. Abdomen distendido de predominio en hemiabdomen inferior, sin palpación de masas ni megalías en posición decúbito supino. Peristaltismo conservado. Ausencia de signos de irritación peritoneal. Intenso dolor a la palpación de FID e hipogastrio, dolor a la palpación profunda, que predomina en la descompresión. Ambos flancos con matidez cambiante. Ante la sospecha de apendicitis se solicitó analítica y Ecografía abdominal. Los resultados de laboratorio mostraron bioquímica sin alteraciones, y en el hemograma hemoglobina 13,4 g/dL, hematocrito 36,4%, leucocitos 10,7/dL. ECO abdominal: líquido libre en FID sin identificar estructura apendicular. No se objetiva rarefacción de la grasa mesentérica ni otros signos inflamatorios. Dados estos resultados, se descarta causa digestiva, por lo que solicitamos la valoración de la paciente por parte del Ginecólogo de guardia, quien a la exploración vaginal evidenció dolor al tacto vaginoabdominal, sin hallar masas pélvicas o anexiales. ECO transvaginal: útero en anteflexión con endometrio lineal. Junto a ovario derecho se encuentra imagen de 42 × 28 mm que sugiere embarazo tubárico. Moderada cantidad de líquido libre en Douglas. Ausencia de actividad embriocárdica. Se realizó la seriación de BHCG, siendo la inicial de 309. Dada la estabilidad hemodinámica, el tamaño de la vesícula embrionaria y los niveles de BHCG se decidió tratamiento expectante con control analítico y ecográfico. Producíendose finalmente un aborto tubárico completo.

**Juicio clínico:** Embarazo ectópico tubárico.

**Diagnóstico diferencial:** Quiste ovárico, torsión ovárica, mola hidatidiforme, enfermedad inflamatoria pélvica, cólico renoureteral, diverticulitis, hernia abdominal, tumor-masa intestinal.

**Comentario final:** El dolor abdominal es un síntoma muy inespecífico que abarca una gran variedad de diagnósticos diferenciales. Es imprescindible una adecuada anamnesis y exploración para optimizar la utilización de pruebas complementarias. Ante una mujer joven, en edad reproductiva se debe preguntar siempre la FUR, los métodos anticonceptivos utilizados y la posibilidad de estar embarazada. Existiendo la

mínima posibilidad, se realizará una determinación sérica rápida de la subunidad B de la HCG (cuyo límite de detección inferior es de 5UI/l, por lo que no deberían existir falsos negativos), antes de continuar con el estudio ecográfico.

## Bibliografía

Jurkovic D, Memtsa M, Sawyer E, Donaldson A, Jamil A, Schramm K, et al. Single-dose systemic methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: a placebo-controlled randomized trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;49(2):171-6.