



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

## 423/60 - CUANDO LAS COSAS NO ESTÁN DONDE TIENE QUE ESTAR

R. Maye Soroa<sup>1</sup>, M. Alonso Santiago<sup>1</sup>, M. Cobo Rossell<sup>2</sup>, P. López Alonso Abaitua<sup>3</sup>, L. Rodríguez Vélez<sup>4</sup>, L. Salag Rubio<sup>5</sup>, D. San José de la Fuente<sup>6</sup>, A. Valdor Cerro<sup>7</sup>, M. Esles Bolado<sup>8</sup>, O. Casanueva Soler<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puertochico. Santander, <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. <sup>6</sup>MIR MFyC. Torrelavega. Cantabria. <sup>7</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>8</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>9</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 27 años que acudió a urgencias por dolor hipogástrico irradiado a epigástrico y leve sensación nauseosa. Negaba diarrea. Al interrogarla sobre la FUR relató irregularidades en su ciclo menstrual. Negó posibilidades de embarazo. Negó disuria. Ante una exploración anodina, una analítica con único dato significativo de anemia ferropénica y un labstix negativo se decidió pautar analgesia con escasa mejoría, motivo por el cual se amplió el escalón analgésico y se solicitó BHCG en la analítica resultando esta positiva con un valor de > 3.000 mUi/ml por lo que fue derivada a ginecología para ecografía transvaginal donde se objetivó embarazo ectópico tubárico. Posteriormente la paciente presentó episodio de hipotensión objetivándose un ligero hemoperitoneo 50 ml, Ante la inestabilidad de la paciente se decidió intervención quirúrgica de urgencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemograma: Hb 10,2 g/dl, Hto 33%, leucocitos  $4 \times 10^3$ /?L. Bioquímica: TFG > 60, urea 44. ?HCG: 3.010 mUi/ml Ecografía transvaginal: En región anexial izquierda imagen sugestiva de gestación tubárica (coágulo + saco con VV visible en su interior y esbozo embrionario sin LC).

**Juicio clínico:** Embarazo ectópico con hemoperitoneo.

**Diagnóstico diferencial:** Aborto espontáneo, embarazo intrauterino normal, salpingitis, torsión o rotura de un quiste de ovario, torsión anexial, endometriosis, apendicitis, gastroenteritis, diverticulitis, enfermedades urinarias

**Comentario final:** El embarazo ectópico se da con una frecuencia de 1-2 cada 100 embarazos, aunque en los últimos años esta incidencia se ha visto aumentada por: aumento de la frecuencia de la enfermedad inflamatoria pélvica, aumento de las técnicas de reproducción asistida, utilización de técnicas contraceptivas que impiden la implantación eutópica y favorecen la ectópica. La localización tubárica representa el 98% de los casos. Esta patología constituye una urgencia y requiere tratamiento y diagnóstico precoz con el fin de preservar la función reproductora de la paciente, y en casos más graves la vida.

### Bibliografía

Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17:3224-30.

Cabero Roura L, et al. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002; p. 559.

Lombardía J, Fernández M. Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. Madrid, 2<sup>a</sup> ed. Ed. Panamericana. 2007.