



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

387/196 - DOLOR ABDOMINOPÉLVICO EN MUJER JOVEN: LA IMPORTANCIA DE DESCARTAR GESTACIÓN

D. Viruega Cuaresma¹, C. Badillo Bercebal¹, M. Pérez Febles², M. López País², D. Velarde Herrera³, C. Varela César⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.²Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años consulta por dolor de tipo cólico e inicio súbito en hipogastrio y fosa ilíaca derecha de 3-4 días de evolución. Asocia náuseas, vómitos, disuria y metrorragia oscura y escasa en las últimas 24 horas. Niega posibilidad de embarazo. AP-AGO: no enfermedades ni IQ. NAMC. Menarquia 12 años. Tipo menstrual irregular (ciclos 60-75 días). Enfermedad pélvica inflamatoria en 2010 que precisó antibioterapia intravenosa. G1A0P1-Parto eutócico (2016). MAC: DIU-cobre (desde hace 2 años). FUR: hace 8 semanas. Ante la presencia de abdomen agudo, metrorragia oscura y test de gestación positivo (gestación de 8 semanas) se deriva a Urgencias de Ginecología para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: FC 70 lpm, TA 125/70, T^a 36,5 °C. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en FID. Blumberg positivo. No masas ni megalías. Especuloscopía: restos hemáticos y sangrado activo escaso procedente de cavidad uterina. Tacto vaginal: útero en AV, móvil. Cervix cerrado. En fondo de saco vaginal derecho de tacto anejo aumentado de tamaño, doloroso a la palpación. Ecografía-transvaginal: útero en AV, regular. DIU normoinserto. No se visualiza saco gestacional intrauterino. Anejo izquierdo normal. Ovario derecho normal. Imagen paraovárica derecha de 24 × 25 mm, anecoica con halo hiperecogénico, Doppler positiva compatible con gestación ectópica. Líquido libre en Douglas compatible con sangre. Test de gestación: positivo. Analítica: Hb 11 g/dL, Hto 36%, leucocitos 9.200/?L. Resto de parámetros normales. B-HCG: 8.500 UI/L. Estamos ante una paciente con una gestación ectópica derecha probablemente accidentada. Ante la presencia de sangre en Douglas y una B-HCG > 5.000 debemos optar por tratamiento quirúrgico. En este caso, dada la estabilidad hemodinámica de la paciente se realizó laparoscopia exploradora y salpingiectomía derecha.

Juicio clínico: Embarazo ectópico tubárico derecho roto.

Diagnóstico diferencial: Ante la presencia de dolor abdominopérvico agudo en una mujer en edad fértil debemos considerar patologías ginecológicas: EPI, masas o quistes anexiales con torsión, rotura o sangrado, gestación ectópica, endometritis o degeneración, infarto o torsión de miomas. Así como no ginecológicas: apendicitis, cistitis, cólico renal, diverticulitis.

Comentario final: El caso clínico representa la importancia de descartar una gestación al comenzar la evaluación de una paciente joven con dolor abdominopérvico aunque esté empleando método anticonceptivo y niegue posibilidad de embarazo. Nuestra paciente además presentaba factores de riesgo de gestación

ectópica: edad > 35 años, EPI previa, portadora DIU. Se estima que 1% de gestaciones son ectópicas, siendo la localización más frecuente tubárica. La clínica es muy inespecífica por ello debemos tener en mente siempre la posibilidad diagnóstica. La ecografía transvaginal junto con la B-HCG es la principal prueba diagnóstica. Lo más importante es realizar un diagnóstico precoz, a fin de reducir el riesgo de rotura tubárica y mejorar los resultados de un tratamiento lo más conservador posible.

Bibliografía

Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68:571.

Li C, Zhao WH, Zhu Q, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:187.

Gestación ectópica tubárica y no tubárica. Protocols Medicina Maternofetal Hospital Clínic. Guía clínica. 2018.