



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/234 - HEMOPERITONEO SECUNDARIO A EMBARAZO ECTÓPICO

E. Iriando Bernabeu¹, V. Gómez Amigo¹, E. Gortazar de Salido de Menchaca¹, M. Puchol Palomar¹, J. Ortiz de Salido Menchaca², A. Vidal Blázquez¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotoilino. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 29 años sin antecedentes de interés que presenta de manera súbita dolor abdominal difuso asociado a palidez intensa, sudoración y pérdida de conocimiento. No refiere traumatismo previo, ni sobreesfuerzo. Niega posibilidad de embarazo pero no recuerda fecha de última regla dada la irregularidad de sus ciclos. Dudoso uso de método anticonceptivo.

Exploración y pruebas complementarias: Pálida, sudorosa, taquipneica (FR 22 rpm), hemodinámicamente inestable (tensión arterial 85/42, FC: 120 lpm), saturación 94%. Tórax: auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: distensión abdominal con defensa e irritación peritoneal generalizada (más marcada en hemiabdomen inferior derecho) en ausencia de peristalsis audible. ECG: ritmo sinusal a 120 lpm sin alteración repolarización. Analítica: anemia grave con hemoglobina de 7,3 g/dl, urea 48 g/dl, K⁺:5,3, PCR: 0,6. Orina: test gestación positivo. Ecografía demostró abundante cantidad de líquido libre intraabdominal sin poder precisar su etiología. La paciente precisó medidas de soporte, fluidoterapia (cristaloides) y transfusión de 2 concentrados de hematíes y fue sometida a una cirugía urgente.

Juicio clínico: Embarazo ectópico complicado. Hemoperitoneo secundario.

Diagnóstico diferencial: Aborto. Rotura de quiste folicular. Anexitis. Apendicitis. Tumores ováricos. Miomas pediculares. Ovario residual. Coledocolitiasis. Litiasis renal. Tumor ovárico con pedículo torcido. Hidrosalpinx. Pancreatitis.

Comentario final: El embarazo ectópico es la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. Su incidencia ha aumentado en los últimos 30 años, y aunque ha disminuido su morbimortalidad, es la primera causa actual de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. Su sospecha precoz es importante ante toda mujer en edad fértil y con factores de riesgo indicativos de una gestación extrauterina. Por ello, debería tenerse presente en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y del shock hipovolémico ante una paciente joven con vida sexual activa, ya que representa una de las principales urgencias quirúrgicas durante el primer trimestre de la gestación.

Bibliografía

Mena J, López-Hidalgo ML, Gordillo R, Rodríguez A, Córdor L. Embarazo ectópico tubárico tras programa FIV y embarazo ectópico abdominal. Clin Invest Ginecol Obstet. 2004;31:308-11.

Ruiz-Velasco V. Manejo actual del embarazo ectópico en la paciente estéril y en la que se desea conservar su fertilidad futura. Actualización. Prog Obstet Ginecol. 2010;53:351-63.

Aguilar MT, Rodríguez AJ, Romero B, Pérez I, Fernández J, Montoya F. Embarazo ectópico: de la cirugía de urgencia al tratamiento médico. Evolución de la terapéutica en nuestro centro. Prog Obstet Ginecol. 2008;51:342-6.