Semergen. 2015;41 (Espec Congr):444

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/920 - Dolor abdominal y estreñimiento en gestante, ¿Infravaloramos determinados cuadros clínicos?

B.M. Jiménez Rodríguez[a], L. Pérez Rivas[b] e I. Jiménez Rodríguez[b]

[a]Facultativo especialista en Neumología. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia. [b]Médico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 25 años de edad de etnia gitana, sin antecedentes personales, ni quirúrgicos de interés. No alergias medicamentosas. Fórmula obstétrica: 10000. Se trata de una gestante de 18 semanas que consulta en urgencias por séptima vez en la misma semana por dolor abdominal y estreñimiento, refiere nula expulsión de heces y gases, a pesar de enemas, desde hace aproximadamente 10 días, hoy añade vómitos de características fecaloideas.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente a su llegada tenía frecuencia cardíaca (FC) 104 latidos por minuto (lpm), Tensión arterial (TA): 151/81, buen estado general, eupneica, afebril. Auscultación cardiorrespiratoria anodina. Abdomen distendido, timpánico, ruidos hidroaéreos ausentes, no peritonismo, útero gravídico. Tacto rectal: no se palpa fecaloma. Inicialmente se sospecha cuadro oclusivo, por lo que se le coloca sonda nasogástrica y rectal. Analítica: leucocitosis 16.460, neutrófilos 88%. PCR 3,95. Sistemático de orina: negativo. Se realiza interconsulta con Digestivo de guardia y se realiza colonoscopia, previo consentimiento de la paciente. Tras esto la paciente inicia un cuadro de bajo gasto cardíaco: TA 60/30, FC 147 lpm, junto con abundantes heces líquidas. Se inicia fluidoterapia intravenosa a la que la paciente responde tórpidamente. Al realizar nueva exploración de la paciente se aprecia abolición del murmullo vesicular en hemipulmón izquierdo, ante la sospecha de neumotórax se realiza radiografía de tórax (previo consentimiento de la paciente) que lo confirma. Realizamos Interconsulta con Cirugía para colocación urgente de drenaje pleural izquierdo, además indica resonancia abdominal que se realiza de manera urgente. La resonancia informa de hernia diafragmática paraesternal izquierda con herniación de grasa intraabdominal y ángulo esplénico de colon con oclusión de asa cerrada que genera obstrucción intestinal retrógrada de carácter incompleta no apreciando signos de incarceración ni perforación. Se decide laparotomía media exploradora por persistencia de inestabilidad de la paciente para reparar hernia diafragmática, posteriormente se realiza un “second look” para drenaje de absceso subfrénico que se drena.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal. Hernia diafragmática. Absceso subfrénico izquierdo. Sepsis de origen abdominal. Preeclampsia leve.

Diagnóstico diferencial: Por el debut del cuadro, podríamos establecer diagnóstico diferencial con el estreñimiento en el embarazo, que fue lo que se le diagnosticó a la paciente en las múltiples visitas.

Comentario final: La paciente sufrió múltiples complicaciones durante su ingreso, además requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Críticos. Finalmente la paciente fue traslada desde el Servicio de Ginecología a nuestro hospital de referencia por el desarrollo de preeclampsia y para mejor control de bienestar fetal. Creo que como conclusión debemos destacar que no siempre debemos achacar los síntomas de nuestros pacientes a los diagnósticos más frecuentes. La paciente consulto por dolor abdominal en todas sus visitas, solo al final de las mismas destacó el estreñimiento. Como médicos de familia/urgencias que somos debemos valorar a todos nuestros pacientes de forma integral, sin olvidar ninguna de sus dimensiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición. Elsevier; 2015.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.