

424/2604 - TRAMPANTOJO

C. Moreno Prieto¹ y O. García López²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio local de Olías del Rey. Toledo,²Médico de Familia. Centro de Salud de Nambroca. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 36 años, acudió al Punto de Atención Continuada por cuadro de 24 horas de evolución de malestar general, dolor abdominal difuso, cólico, sin irradiación y múltiples deposiciones líquidas sin sangre ni moco, seguido de síntope autolimitado de segundos de duración y vómitos de contenido alimentario, sin otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: PA 91/55 mmHg, T^a 35,3 °C, FC 130 lpm, SatO2 96%. Regular estado general. Bien perfundida. Consciente. Orientada. Palidez cutáneo-mucosa. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: taquicárdica, rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos presentes, sin masas, ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Resto normal. Gasometría venosa: hipoperfusión con lactato elevado (56 mg/dL) y acidosis metabólica (pH: 7,27. HCO3: 18,4 mmol/L). Hemograma: deterioro de 5 g/dL de hemoglobina respecto a previa realizada varios meses atrás y marcada leucocitosis con neutrofilia. Se encontraba inestable hemodinámicamente, se avisó a UVI móvil para traslado a Urgencias. A su llegada se monitorizó y pautó analgesia, antieméticos y sueroterapia IV. Reevaluaron a la paciente a los 15 min: Palidez cutáneo-mucosa, Glasgow 15/15, PA 80/40 mmHg, FC 100 lpm. Presentaba dolor abdominal súbito localizado en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal.

Orientación diagnóstica: Primera posibilidad: shock hipovolémico secundario a embarazo ectópico roto. Se cursaron pruebas cruzadas, se mantuvo sueroterapia, se amplió analítica con BHCG y sondaje vesical. Interconsulta a Cuidados Intensivos. Ecografía abdominal a pie de cama muestra hemoperitoneo. Con ?HCG (+) se avisó a Ginecología, se inició transfusión de hematíes y se trasladó a quirófano. Diagnóstico principal: shock hipovolémico secundario a embarazo ectópico accidentado.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad pélvica inflamatoria. Torsión de anexo. Embarazo ectópico. Apendicitis aguda. Diverticulitis aguda.

Comentario final: El embarazo ectópico es la primera causa de mortalidad en el primer trimestre. Su frecuencia ha aumentado en los últimos 20 años en Occidente debido al incremento de sus factores de riesgo y a su mayor facilidad diagnóstica. Edad media de presentación: 32,2 años. El 34,4% en nulíparas, y el 23,6% en primíparas. Más del 96% son tubáricos.

Bibliografía

1. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2014;40(4):211-7.

Palabras clave: Shock hipovolémico. Embarazo ectópico. Hemoperitoneo.