



Clínica cotidiana

Dolor abdominal en una gestante de 32 semanas: un fatal desenlace

Francisco Javier Pérez Delgado*, María Ángeles Bernal Sánchez, Inmaculada Cañizares Sánchez

Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital SAS La Línea de la Concepción. Cádiz.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de agosto de 2016

Aceptado el 25 de agosto de 2017

On-line el 31 de octubre de 2017

Palabras clave:

Dolor abdominal

Gestante

Tercer trimestre

Shock

Aneurisma esplénico

R E S U M E N

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencia. La mujer gestante también realiza consultas por dolor abdominal. En la mayoría de las veces subyacen causas banales que no representan amenaza alguna para la madre ni para el feto, pero otras veces nos enfrentamos a cuadros extremadamente graves, tanto en el campo obstétrico como fuera de él; por ello es importantísimo, una vez descartado cualquier problema relacionado con la gestación, indagar en busca de otros procesos.

Presentamos este impactante caso en el que una gestante de 32 semanas acude a Urgencias por dolor abdominal en el flanco izquierdo y desarrolla un desenlace sorprendente y fatal.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Abdominal pain in a 32-week pregnant woman: a fatal outcome

A B S T R A C T

Abdominal pain is a common complaint in the emergency services. Pregnant women also consults for abdominal pain. In most of the time banal underlying causes that pose no threat to the mother or the fetus but other times we are faced with extremely severe conditions, both in the obstetrical field and outside it; so it is important, once discarded any problems related to pregnancy, dig in search of other processes.

We present this shocking case in which a pregnant 32 weeks attended the emergency room with abdominal pain in the left flank presenting a striking and fatal outcome.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Abdominal pain

Gestating

Third quarter

Shock

Splenic aneurysm

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiperez72@hotmail.com (F.J. Pérez Delgado).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.043>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 29 años de edad, gestante en la semana 32, sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Es su segundo embarazo.

En el primero sufrió un aborto espontáneo en la décima semana de gestación. Ha desarrollado diabetes gestacional y acude con regularidad a los controles tanto de atención primaria como en el hospital. Está en tratamiento con insulina y ácido fólico.

Acude a Urgencias sobre las 3 de la mañana tras despertar del sueño un dolor abdominal brusco en el hemiabdomen izquierdo, que se irradia hacia la espalda. No refiere sangrado ni amniorrea ni sensación de adinamia fetal.

Es inicialmente valorada en Urgencias, donde se constata que la paciente está estable, quejumbrosa y con ausencia de signos de peritonismo en la exploración abdominal.

Se solicita valoración por el ginecólogo de guardia tras canalización de vía venosa periférica y extracción de muestras para analítica completa.

En la ecografía transvaginal se aprecia un cérvix cerrado de 37 mm, sin embudización. La ecografía abdominal aprecia un feto con movimientos activos, vivo, en situación cefálica, con biometría acorde a 34 semanas y peso estimado de 2.100 g; la placenta está situada en la cara anterior, normoinsera y sin signos de desprendimiento. El registro cardiotocográfico (RCTG) muestra un feto reactivo y ausencia de adinamia.

Habiéndose descartado patología obstétrica urgente, se remite de nuevo a la paciente a Urgencias para continuidad del estudio. A su llegada refiere persistencia de dolor de similares características a las de su entrada. No se aprecian cambios relevantes con respecto a la exploración ni a los parámetros hemodinámicos previos.

La analítica muestra los siguientes resultados: hemoglobina 12,10 g/dl, discreta leucocitosis, plaquetas y coagulación normales; glucosa, urea, creatinina, iones y perfil hepático, incluida amilasa, normales.

Se administra 1 g de paracetamol endovenoso.

A las 9 horas la paciente continúa en Urgencias por persistencia del dolor. Lo refiere de similares características, aunque ahora manifiesta irradiación hacia el hombro izquierdo y sensación de calambre abdominal.

Se realiza nueva medición de constantes y nueva exploración que resultan similares a las anteriores.

Se solicita nueva valoración obstétrica que no muestra cambios con respecto a la previa. El RCTG muestra un feto reactivo con ausencia de dinámica uterina.

Ante la persistencia del dolor se decide que la paciente permanezca en observación.

A las 14:30 horas la paciente comienza con cuadro de extrema ansiedad y disnea. Manifiesta exacerbación del dolor y llama la atención el estado de sudoración y palidez.

Se toman las constantes que muestran ahora una tensión arterial de 73/38 mmHg, una frecuencia cardiaca de 135 latidos por minuto y una glucemia capilar de 94 mg/dl.

Se monitoriza, se canaliza una segunda vía periférica y se procede a la administración de líquidos, analgésicos y oxígeno mediante mascarilla tipo Venturi.

Se procede a la extracción de nueva muestra para analítica y pruebas cruzadas.

Se realiza nueva ecografía abdominal. Ahora se observa abundante líquido libre abdominal y ausencia de latido fetal.

Se organiza el traslado a quirófano de inmediato. Se activan los equipos de Cirugía y Pediatría.

Una vez en el quirófano, y tras la extracción del feto sin vida, se constata gran cantidad de sangre y coágulos en la trascavidad de los epiplones con sangrado activo en el hilio esplénico, por lo que se sospecha la existencia de un aneurisma esplénico roto. Se realiza esplenectomía y gran aporte de fluidos, vasoactivos y hemoderivados para la estabilización de la paciente.

Ingresa posteriormente en la Unidad de Cuidados Intensivos desde donde pasa a planta convencional tras un ingreso sin incidencias. Durante su estancia hospitalaria ha sido visitada por el equipo de Psicología.

Comentario

El aneurisma de la arteria esplénica es una entidad infrecuente: ocupa el tercer lugar de presentación de los aneurismas abdominales tras los aneurismas de la aorta y de las arterias ilíacas¹. Su rotura durante una gestación es una entidad muy rara, pero de elevada mortalidad para la madre (en torno a 70 %), pero sobre todo para el feto (más de 95 % en algunas publicaciones)¹⁻³.

En más de 75 % de los casos esta rotura se produce en el tercer trimestre de gestación^{1,2}, tal y como sucede en el caso que presentamos.

El diagnóstico supone un auténtico reto, ya que la mayor parte de las gestantes permanecen asintomáticas antes de su rotura. Menos de 5 % de las pacientes presentan síntomas como epigastralgia, dolor abdominal en el flanco izquierdo, omalgia...^{1,4}. Lo más frecuente, tal y como exponemos en el presente trabajo, es que los síntomas se presenten una vez se va produciendo la rotura del aneurisma.

La arteriografía es el método diagnóstico de elección. La ecografía es menos fiable^{1,4}.

Las características básicas de la rotura son el dolor y el deterioro hemodinámico secundario a la hemorragia intraabdominal. Debe hacerse diagnóstico diferencial con otras entidades, fundamentalmente con la rotura uterina y con el desprendimiento de placenta, aunque también con otros procesos extraobstétricos^{1,4,5}.

Hasta en 25 % de los casos puede producirse el conocido fenómeno de "doble rotura": la hemorragia drena inicialmente a la trascavidad de los epiplones y es contenida gracias a que el epiplón va taponando el foramen de Winslow. Este primer episodio cursa con dolor, sensación de náuseas y signos de hipovolemia, que se recupera con la administración de fluidos. En un segundo tiempo, generalmente unas horas después, se produce una nueva rotura, que ya permite el paso de la sangre a la cavidad abdominal; ahora se produce una situación de shock^{1,3-5}. En el caso que exponemos se pudo dar esta situación, que constituyó, como hemos visto, un hallazgo en pleno acto quirúrgico.

De forma habitual el tratamiento quirúrgico de un aneurisma esplénico se limita a aquellos cuyo diámetro se sitúa por encima de 2 cm, si bien en la mujer en edad fértil se debería realizar de forma programada dado el riesgo de rotura durante el periodo de gestación¹.

Por tanto el hallazgo de un aneurisma esplénico en una gestante se considera indicación quirúrgica. El tratamiento recomendado es la ligadura del aneurisma, aunque en ocasiones suele ser necesaria la esplenectomía⁴.

En nuestro caso se produjo una situación de shock hemodinámico sin haberse podido filiar el origen del mismo. La

paciente precisó de fluidoterapia intensiva y tratamiento de mantenimiento mientras se preparaba su traslado al quirófano. Una vez allí se objetivó el verdadero origen del sangrado, que requirió la ligadura del hilio esplénico y la esplenectomía.

En conclusión: presentamos este trabajo con la intención de ofrecer unas pequeñas pinceladas de esta infrecuente y catastrófica entidad que, como hemos visto, presenta cifras alarmantes de mortalidad tanto para la madre como para el feto. Pensamos que su ilustración puede resultar muy útil para el clínico. Su conocimiento nos ayudará para un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico. Sólo así será posible enfrentarse a este tipo de entidades con mayor garantía y disminuir sus altas cifras de mortalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moya Yeste AM, Fuentes Gerona C, Fernández-Peinado Martínez AA, Castañer Marmol A. Aneurisma esplénico complicado durante la gestación. *Prog Obstet Ginecol.* 2012; 55: 74-5.
2. Herbeck M, Horbach T, Putzenlechner C, Klein P, Lang W. Ruptured splenic artery aneurysm during pregnancy: a rare case with both maternal and fetal survival. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181: 763-4.
3. Ernesto Perucca P, Jorge Cornejo J, Carlos Ruiz V, Jorge Castillo A, Boris León R, Mariana Labbé T, et al. Rotura de un aneurisma esplénico durante el embarazo: a propósito de 2 casos clínicos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 43-6.
4. Mozo de Rosales F, Arrizabalaga M, Díaz T, Juarros B, Brouard I, Andía D. Rotura de aneurisma esplénico y embarazo. *Prog Obstet Ginecol.* 1998; 41: 303-5.
5. Selo-Ojeme DO, Welch CC. Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003; 109: 124-7.