

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA”
BARACOA

**ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO
EN EL EMBARAZO**

Dr. Wilson Laffita Labañino¹, Dr. Iván Rodríguez Terrero², Dr. William Jiménez Reyes³, Emanuel Jeremías Fernández⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio transversal retrospectivo a 25 gestantes que presentan abdomen quirúrgico agudo en el Hospital General Docente “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” de Baracoa, en el período comprendido desde noviembre de 1996 hasta noviembre de 2005. El abdomen agudo quirúrgico se presenta con una incidencia de 1.9 por cada 1000 embarazadas y más frecuente en las edades entre 20-29 años para el 64 %. La apendicitis aguda, la colecistitis aguda y quiste de ovario complicado son las enfermedades que más se presentan en el abdomen agudo quirúrgico durante el segundo trimestre del embarazo. Los síntomas más frecuentes son: el dolor abdominal, la contractura y reacción peritoneal. El 80 % de los casos resultó positivo en el diagnóstico clínico y el índice de morbilidad fue del 20 %.

Palabras clave: ABDOMEN AGUDO/ cirugía; ABDOMEN AGUDO/ etiología; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/ cirugía.

INTRODUCCION

La mujer embarazada está expuesta a todas las enfermedades quirúrgicas de las pacientes no embarazadas; sin embargo, con frecuencia el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes debe modificarse para permitir que ocurran normalmente los cambios fisiológicos en el embarazo o para atender preocupaciones en relación con un segundo paciente (el feto).¹

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

² *Especialista de II Grado en Medicina General Intensiva y Emergencia. Especialista de II Grado en Medicina Interna.*

³ *Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

⁴ *Estudiante de Sexto Año de Medicina.*

El abdomen agudo quirúrgico es una entidad que de no resolverse quirúrgicamente causa la muerte en la mayoría de los casos y, en la mujer embarazada, resulta de especial interés ya que los síntomas y signos no se presentan de una manera típica. Durante la gravidez se producen una serie de cambios que modifican las manifestaciones de los procesos intraabdominales por el crecimiento del útero que produce un desplazamiento mecánico de las vísceras intraabdominales y una disminución del índice de movilidad.

La frecuencia con que se diagnostica el abdomen agudo en la embarazada es aproximadamente de 3 por cada 1000 gestantes. En 2 de cada 1000 de ellas, se necesita la terapéutica quirúrgica para la solución del problema.²

En nuestro hospital las afecciones quirúrgicas durante el embarazo no son infrecuentes; por no existir en nuestro municipio estudio sobre este tema y motivados por conocer nuestros resultados y compararlos con la literatura nacional y extranjera se decide hacer el presente trabajo.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal retrospectivo de las pacientes embarazadas que presentaron un abdomen agudo quirúrgico en el período comprendido desde noviembre de 1996 hasta noviembre de 2005, en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" del municipio Baracoa.

Se revisan 25 historias clínicas de pacientes embarazadas con abdomen agudo quirúrgico. Los datos se recogen en planillas creadas al efecto por los autores para ser procesados y conformar las tablas. Se aplicó el método de la tasa, la media y el porcentaje. Se comparan los resultados con los de estudios anteriores y se llega a conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

El abdomen agudo en el embarazo se presentó con una incidencia de 1.9 por cada 1000 gestantes.

Esta afección se presentó con más frecuencia en el grupo de 20-29 años de edad (64%), seguido del grupo entre los 15-19 años (36 %) (Tabla 1).

La frecuencia con que se diagnostica el abdomen agudo en la embarazada es aproximadamente de 3 por cada 1000. En 2 de cada 1000 gestantes se necesita la terapéutica quirúrgica para la solución del problema.

En nuestra serie se presentó con una incidencia de 1.9 por 1000 gestantes; autores como Wadlington² y Martos³ la señalan en un 1.5 %, y Matos⁴, señala que se presentan 1 cada 620 partos. Es variada la frecuencia con que se presenta, depende quizás de factores geográficos y dietéticos, pero lo cierto es que no es raro el abdomen agudo quirúrgico en el embarazo.

Producto a que la mayor actividad sexual con mayor fecundidad se produce en mujeres jóvenes, generalmente esta afección se presenta con más frecuencia en las edades comprendidas entre 20-29 años, lo que coincide con nuestro estudio. Iguales informes los de Bonfante⁵ y Bannura⁶; no así Mollepaza⁷ y Tapia⁸ que registran una mayor incidencia entre los 30-39 años, para una media de 30.6 y 30.7, respectivamente. En nuestro estudio la media fue de 22 años.

En la gestante es muy importante la correcta interpretación del dolor abdominal agudo, ya que son frecuentes las entidades que causan dolor abdominal en los distintos trimestres de la gestación, los que obedecen a causas puramente obstétricas y otras que causan un abdomen agudo quirúrgico.

La apendicitis aguda fue la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico con 10 casos (40 %), seguido de colecistitis aguda y quiste de ovario complicado, ambas con el 20 % de los casos (Tabla 2).

Te Linde⁹ plantea que los tumores de ovario, la apendicitis aguda y las complicaciones miomatosas son los tres motivos más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. En nuestra serie la apendicitis aguda fue la más frecuente (40 %).

Brant y Taylor, citados por Te Linde⁹, la señalan con una frecuencia de 0.06 % y 1 cada 704 gestantes, respectivamente. Nosotros la encontramos con una incidencia de 0.8 por cada 1000, similar a lo registrada por Inca.¹⁰

Le sigue en orden de frecuencia la colecistitis aguda (20%); Matos⁴ la informa en un 13 % y nosotros con una incidencia de 0.4 por 1000 gestantes. Peñalonso¹¹ la registra 1 cada 1 600 - 10 000 embarazos. Otros autores la informan con una incidencia de 1 cada 2000 casos.^{4,5,7,11,12}

El hecho que la litiasis vesicular sea más frecuente en mujeres en edad reproductiva ha sugerido una posible correlación entre el aumento de la producción hormonal o la elevación del colesterol sanguíneo durante el embarazo y la producción de cálculos biliares, así como la estasis mantenida durante el embarazo. La obstrucción por los cálculos se ha planteado como causa de colecistitis aguda¹².

Los tumores de ovario se presentan con una frecuencia de 1-3 por 1000 embarazadas¹², es uno de los tres motivos más frecuentes en el abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. La complicación más frecuente es la torsión aguda o subaguda que se comportó en el 0.4 % en nuestro estudio. Stamburk¹³ lo registra en el 1 % y Mollepaza⁷ en el 56 %; esta grave complicación se produce al desplazarse los anejos junto al útero grávido.

La asociación de mioma uterino y embarazo se halla con una frecuencia que puede estimarse entre el 1-3 %¹². Durante la gestación los miomas uterinos tienden a aumentar de tamaño porque, dada su naturaleza similar a la del músculo uterino, sufren como éste hiperplasia e hipertrofia como resultado de las modificaciones hormonales gestacionales. En nuestra serie se presentaron 2 casos con degeneración miomatosa que causó abdomen agudo quirúrgico para una frecuencia de 0.1 por cada 1000 embarazos.

La oclusión intestinal es una complicación grave durante el embarazo y es el resultado de la presión del útero aumentado de tamaño sobre las adherencias intestinales resultante de operaciones anteriores, se registra con una frecuencia de 1 cada 2000 embarazadas.

En nuestro estudio la causa fue un vólvulo del ciego que, según Pratt, citado por William¹⁴, lo ha observado al comienzo del puerperio después de la cesárea. Nosotros lo encontramos en el 0.08 % y en 1 gestante de 34 semanas. Banura⁶ informó un caso en un embarazo de 20 semanas.

Dos enfermedades poco frecuentes se presentaron en nuestra serie, una fue la rotura hepática espontánea y la otra el embarazo ectópico junto a un embarazo normal; según Yarali¹⁵, esta última se presenta en pacientes bajo tratamiento para la infertilidad.

El abdomen agudo quirúrgico fue más frecuente en pacientes que cursaban su segundo trimestre de embarazo (68 %), seguido por las gestantes del tercer trimestre (28 %) (Tabla 3).

Esta entidad se presenta en cualquier trimestre de la gestación. En nuestra casuística se comportó de forma similar, más frecuente en el segundo trimestre, lo que coincide con varios autores.^{4,5,8,9,11,16-18} Esto se puede explicar por un desplazamiento mayor de las estructuras abdominales y, por ende, mayor posibilidades de complicación: volvulaciones, torsiones, etc.

En las gestantes con un abdomen agudo quirúrgico se presentan una serie de síntomas y signos que pueden ser atribuibles y estar asociados con el embarazo o por el contrario anunciar el inicio de una urgencia aguda no obstétrica.¹

Los síntomas que predominaron fueron: dolor abdominal (100 %) y náuseas (60%); así como taquicardia (100 %). La contractura y reacción peritoneal ambas con el 80 % como los signos más encontrados (Tabla 4).

El 80 % de los casos fue diagnosticado positivo de manera general. Fue del 100 % en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda, colecistitis aguda, mioma uterino complicado y embarazo ectópico, no así para el quiste de ovario que fue del 40 %, y para la oclusión intestinal y rotura hepática espontánea que fue del 0 % (Tabla 5).

Existen una serie de signos y síntomas que cuando están presentes podemos hacer el diagnóstico clínico en más de un 90 % de los casos, estos son: dolor abdominal agudo, náuseas y/o vómitos, contractura, reacción peritoneal y taquicardia; varios autores coinciden en este aspecto^{1,4,9,17,19}, lo que nos permitió hacer el diagnóstico clínico en el 100 % de los casos y llegar al diagnóstico etiológico en el 80 %. Sólo en 4 casos no se realizó en el preoperatorio: 3 pacientes con quistes de ovario complicados y 1 paciente con un vólvulo de ciego, inicialmente diagnosticados como una apendicitis aguda.

Predominaron las complicaciones sépticas: urosepsis (12 %) y sepsis de la herida quirúrgica (4 %), para un índice de morbilidad del 20 %, con un índice de mortalidad materna del 4 % (Tabla 6).

En nuestras pacientes operadas hubo un 12 % de complicaciones debidas a la sepsis que fueron resueltas sin problemas ni mayores consecuencias para la madre y el feto; solo hubo una muerte materna por ruptura hepática espontánea, a la cual desdichadamente no se llegó al diagnóstico preoperatoriamente y la paciente falleció en la sala de emergencia cuando se le practicaban las medidas de resucitación a los pocos minutos de recibida. Todas

las demás pacientes culminaron su embarazo con evolución favorable para ellas y sus hijos.

CONCLUSIONES

- 1- El abdomen agudo quirúrgico se comportó con una incidencia de 1.9 por cada 1 000 gestantes.
- 2- El grupo etario comprendido entre 20-29 años fue el más frecuente con el 64 % de los casos.
- 3- La apendicitis aguda fue la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en el embarazo.
- 4- El dolor abdominal agudo, la contractura y reacción peritoneal fueron los signos y síntomas que predominaron.
- 5- Hubo un 100 % de positividad en el diagnóstico clínico de abdomen quirúrgico agudo, con el 80 % de positividad en el diagnóstico etiológico.
- 6- Existió un 20 % de morbilidad y un 4 % de mortalidad materna.

RECOMENDACIONES

Frente a una gestante con un dolor abdominal agudo realizar un examen clínico o historia clínica minuciosa tratando de hacer un diagnóstico precoz del abdomen agudo quirúrgico para evitar consecuencias trágicas para la madre y el niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Charles BH. Enfermedades quirúrgicas durante el embarazo. En: Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica. 14ªed.vII (XII) México : Interamericana McGraw Hill; 2006.p.1595-99.
- 2- Wadlington JS. Anestesia en obstetricia y ginecología. En: Harford WS. Procedimientos en anestesia. 5ªed. Massachussets : Marban; 1999.p.523-46.

- 3- Martos NJ. Guía práctica de anestesiología y reanimación. Servicio de anestesiología y reanimación Hospital Universitario de Getafe. 2ªed. España: Fundación Wellcome; 1995.p. 201-05.
- 4- Matos L, Aquiles U. Abdomen agudo quirúrgico no ginecológico en gestantes. Lima 2002: 25.
- 5- Bonfante RE, Bulaños AR, Juárez GL, Estrada AA, Castelazo ME. Colecistectomía durante el embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 66(6):259-61.
- 6- Bannura CG, Díaz QL, Sanhuesa RC. Vólvulos del colon durante el embarazo: dos casos clínicos. _____
- 7- Mollepaza MR. Abdomen agudo no obstétrico y embarazo en el Hospital Nacional Docente Madre y el Niño San Bartolomé. Lima 2002:33.
- 8- Tapia R, Pacheco R, José C, Malaverry H. Apendicitis aguda en gestación y puerperio. *Ginecol & Obstet* 1996; 42(3):59-63.
- 9- Richard W. Apendicitis y embarazo. En: Te Linde RW. *Ginecología Operatoria*. 5ªed. Edición revolucionaria; 1983.p.351-550.
- 10-Inca TA, Torres GC, Yancee SR, García LM. Apendicitis y embarazo: Revisión bibliográfica. *Med Quito* 2004; 5(4):278-83.
- 11-Peñalzo MA. Colecistitis aguda durante el embarazo, consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *Rev Guatemalteca Cir* 2002; 7(113):26-30.
- 12-Cruikshank DF. Diseases of the alimentary tract. In: Danford DN. *Obstetric & Gynecology*. 5ªed. New York: JB Lippincott Company Philadelphia; 1986.p.523-27.
- 13-Stamburk MJ, Turuk I, Wiedmaier TG, Cabrera SC, Avila SM, Vásquez MV. Cirugía abdominal de urgencia en el embarazo. Hospital San Juan de Dios. Bolivia 2003; 45(1):22-6.
- 14-Pritochard JA, McDonal PC, Grant NF. Enfermedades médicas y quirúrgicas durante el embarazo y puerperio. En: Williams. *Obstetricia* 3ªed. Madrid : Salvat Editorial; s.a.
- 15-Yarali H, Bukulmez O, Gurgant. Combined bilateral ectopic and intrauterine pregnancy following ovulation. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 264(1):37-9.
- 16-García H, Fodor M, Ciovanoni A, Gidekel L. Deciduosis apendicular como causa de abdomen agudo en el embarazo. *Med Buenos Aires* 2001; 61(2):185-6.
- 17-Grez Y, Manuel GB, Eduardo PA. Apendicitis aguda en el embarazo. *Rev Med Maule* 2004; 18(2):75-6.

18-Apablaza PS. Colectomía laparoscópica en embarazadas. Rev Chil Cir 2003; 50(6):592-4.

19-Moncayo VR, Pacheco BF, Gómez RH, Bernardez ZFJ. Apendicitis aguda y embarazo. Experiencia en el hospital de México, 2003.

TABLA 1. EDAD.

EDAD	GESTANTES	
	No.	%
15 - 20	9	36
20 - 29	16	64
TOTAL	25	100

Incidencia: 1.9 x 1000 embarazos.

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 2. AFECCIONES QUIRURGICAS.

AFECCIONES QUIRURGICAS	No.	GESTANTES	
		%	Incidencia
Apendicitis aguda	10	40	0.8 x 1000
Colecistitis aguda	5	20	0.4 x 1000
Quiste de ovario complicado	5	20	0.4 x 1000
Mioma uterino complicado	2	8	0.1 x 1000
Oclusión intestinal	1	4	0.08 x 1000
Embarazo ectópico	1	4	0.08 x 1000
Rotura hepática espontánea	1	4	0.08 x 1000
TOTAL	25	100	1.9 x 1000

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 3. AFECCIONES QUIRURGICAS Y EDAD GESTACIONAL.

AFECCIONES QUIRURGICAS	EDAD GESTACIONAL					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	No.	%	No.	%	No.	%
Apendicitis aguda	-	-	8	32	2	8
Quiste de ovario complicado	-	-	4	16	1	4
Colecistitis aguda	-	-	3	12	2	8
Mioma uterino complicado	-	-	2	8	-	---
Oclusión intestinal	-	-	-	-	1	4
Embarazo ectópico	1	4	-	-	-	-
Rotura hepática espontánea		-	-	-	1	4
TOTAL	1	4	17	68	7	28

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 4. SINTOMAS Y SIGNOS.

SÍNTOMAS Y SIGNOS	No.	%
Dolor abdominal	25	100
Náuseas	15	60
Vómitos	10	40
Taquicardia	25	100
Contractura	20	80
Reacción peritoneal	20	80
Fiebre	10	40

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 5. POSITIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO.

ENFERMEDADES	POSITIVIDAD		
	No.	Positivo	%
Apendicitis aguda	10	10	100
Colecistitis aguda	5	5	100
Mioma uterino complicado	2	2	100
Embarazo ectópico	1	1	100
Quiste de ovario complicado	5	2	40
Vólvulo de ciego	1	0	0
Rotura hepática espontánea	1	0	0
TOTAL	25	20	80

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 6. COMPLICACIONES.

COMPLICACIONES	GESTANTES	
	No.	%
Urosepsis	3	12
Sepsis de la herida	1	4
Fallecidos	1	4
TOTAL	5	20

Fuente: Historias clínicas.