

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

**APENDICITIS EN GESTANTES.
ESTUDIO DE 8 AÑOS**

Dr. Wilson Laffita Labañino¹, Dr. Iván Rodríguez Terrero², Dr. William Jiménez Reyes³, Dra. Mariselda Betunes Romero⁴, Dr. Felipe Saiz Machado.⁵

RESUMEN

Se realiza un estudio retrospectivo a 10 gestantes que presentan apendicitis aguda en el Hospital General Docente “Octavio de la Concepción y de la Pedraja” de Baracoa, en el período comprendido noviembre de 1994 a noviembre de 2002. La apendicitis aguda se presenta con una incidencia de 0.8 por cada 1000 embarazadas, siendo más frecuente en edades entre 20-29 años (80 %), y en el segundo trimestre del embarazo. Los síntomas más significativos fueron: dolor abdominal (100 %), contractura y reacción peritoneal, para el 80 y 70 %, respectivamente. Hubo un 100 % de positividad en el diagnóstico clínico y un índice de morbilidad del 20 %.

Palabras clave: **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/ cirugía; APENDICITIS/ cirugía.**

INTRODUCCION

Boyce, citado por Rodríguez Loeches¹, al referirse a la apendicitis aguda ha señalado: ... esta enfermedad no excluye razas ni estado social; se puede presentar desde la vida intrauterina hasta la extrema vejez. Puede ocurrir cuando la persona está despierta o dormida, en el trabajo o jugando, en el aire o en el mar, en el campo de batalla o en medio del desierto, inclusive en el consultorio de un médico para ser atendido por otra enfermedad. No existen condiciones bajo las cuales se puede estar exento de ella...

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

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

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

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁵ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

Esta entidad fue descrita por primera vez por Hancock, citado por Inca², en 1848, como una complicación en el embarazo. Se define como la inflamación del apéndice cecal que obedece a diferentes causas independientemente de la gestación. Algunos autores refieren una menor incidencia durante el embarazo a causa del efecto protector de las hormonas femeninas, especialmente en el tercer trimestre.³

La apendicitis aguda en el embarazo es grave tanto para la madre, como para el feto; ya que de no diagnosticarse a tiempo puede ocasionar graves complicaciones para ambos, pudiendo ocasionar la muerte del feto y en no muchos casos la de la madre.

En nuestro hospital esta afección durante el embarazo no es infrecuente. Por no existir en nuestro municipio estudio sobre este tema y motivados por conocer nuestros resultados y compararlos con la literatura nacional y extranjera decidimos realizar el presente estudio.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal retrospectivo de 10 embarazadas que presentan una apendicitis aguda en el período comprendido de noviembre de 1994 a noviembre de 2002, en el servicio de ginecología del Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" de Baracoa.

Se revisan 10 historias clínicas de las pacientes embarazadas con diagnóstico de apendicitis aguda, los datos se recogen en planillas creadas al efecto por el autor, se tabulan en computadora, se realizan cálculos y se vierten en tablas llegando a conclusiones. Se aplica el método de la tasa, la media y el porcentaje.

RESULTADOS Y DISCUSION

La apendicitis aguda en el embarazo se presentó con una incidencia de 0.8 por 1000 gestantes. Se presentó con más frecuencia entre los 20-29 años (80 %), seguido del grupo entre 15-19 años (20 %), con una media de 24 años (Tabla 1).

La apendicitis aguda se presenta con una incidencia de 1 cada 1 500 gestantes, según Inca.² Brant, la señala en 0.06 % y, Taylor, 1 cada 704 casos, citado por Te Linde⁴.

Esta entidad se presentó en nuestra serie con más frecuencia en las edades comprendidas entre 20-29 años. Algunos autores coinciden en sus series como Bonfante⁵ y Banura⁶, no queriendo decir que sea su comportamiento habitual, ya que Mollepaza⁷ la reporta en edades más tardías.

Se encontró, además, que el diagnóstico fue más frecuente en pacientes que cursaban su segundo trimestre del embarazo (80 %), seguido de las del grupo del tercer trimestre (20 %) (Tabla 2).

En la mujer embarazada la apendicitis aguda se puede presentar en cualquier trimestre de la gestación. En nuestra serie la encontramos en el segundo y tercer trimestre, predominando un mayor número de casos en el segundo trimestre. No se encontró relación entre la edad gestacional y la aparición de la apendicitis aguda en la literatura revisada.^{2,4-11}

Los síntomas y signos que predominaron fueron: dolor abdominal (100 %), náuseas (60 %), taquicardia (100 %), contractura y reacción peritoneal, para el 80 y 70 %, respectivamente. (Tabla 3).

Los cambios de las relaciones anatómicas y las variaciones que impone el crecimiento uterino impiden la limitación de la infección apendicular en caso de perforación y, la presencia del útero gestante, dificulta la colección de los exudados en el saco de Douglas, por lo cual la peritonitis difusa es más frecuente.

En ocasiones provoca aborto o adelanta el parto, por lo que el útero se contrae y relaja alternativamente, dificultando la limitación del proceso. Cuando se ha formado una peritonitis localizada, al vaciarse el útero, este disminuye de tamaño y deshace las adherencias que habían delimitado el proceso, lo cual conduce a que la peritonitis localizada se difunda y generalice en todo el peritoneo.^{2,4,12}

Hubo un 100 % de positividad en el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda (Tabla 4).

En la gestante con un cuadro apendicular es importante conocer estos cambios anatómicos a la hora de hacer el diagnóstico. Babler, citado por Inca², describió en 1908 la migración del apéndice y el ciego en el embarazo; al 6to mes está al nivel de la cresta ilíaca y al término de la gestación en el cuadrante superior derecho.

Por otra parte, el cuerpo uterino se interpone entre el apéndice y la pared abdominal, por lo que los puntos clásicos de McBurney y Lanz no se encuentran en el emplazamiento típico más que en los tres primeros meses de embarazo. En estos casos hay que buscarlos con la gestante en decúbito lateral izquierdo no sólo en el punto de McBurney sino a nivel del ombligo y epigastrio.

Es importante buscar el signo de Alder, este permite diferenciar la apendicitis aguda de los procesos uterinos. El punto de mayor sensibilidad se identifica en la posición de decúbito supino, después se pone a la gestante en decúbito lateral izquierdo, por lo que el útero se desplaza a la izquierda, y se localiza nuevamente el punto de mayor sensibilidad. En los procesos uterinos el dolor se desplaza a la izquierda junto con él, mientras que en la apendicitis se mantiene en el mismo lugar.

Con frecuencia encontramos que al hacer presión sobre el borde izquierdo del útero se produce dolor en el borde derecho. En algunos casos los movimientos fetales pueden exacerbar el dolor. En la mayoría de los casos encontramos contractura y reacción peritoneal en el lugar de proyección del apéndice en la pared abdominal pero la fiebre a veces está ausente.¹²⁻¹⁵ La taquicardia no sufre modificación con el embarazo.¹⁶⁻¹⁸

Predominaron las complicaciones sépticas: urosepsis (20 %), para un índice de morbilidad del 20 % (Tabla 5).

En nuestras pacientes operadas el 20 % presentó complicaciones debido a la urosepsis que fueron resueltas sin problemas ni mayores consecuencias para la madre y el feto.

En sentido general, se plantea que el cirujano no debe preocuparse demasiado por la posibilidad de extirpar un apéndice normal durante el embarazo (30 %)⁴, pero si debe recordar que esta operación adicional es un "pequeño precio a pagar" para evitar el acrecentado riesgo para la vida de la madre y el feto que acompaña a una prolongada demora en el diagnóstico de la afección, con una tasa de mortalidad materna del 5 al 10 %.

Bonfante⁵ señala una mortalidad fetal del 50 %. La mortalidad materna es mayor que en la población general. La mortalidad perinatal también está elevada, sobre todo, a expensas de la mortalidad neonatal precoz, debida al aumento de la tasa de partos prematuros.

La frecuencia de abortos durante el primer trimestre está aumentada.¹⁹⁻²¹ Igualmente se relacionan con la mortalidad materna la perforación, la peritonitis y, por tanto, el retraso diagnóstico. Por todo ello, ante la sospecha clínica no se debe demorar la laparotomía. En nuestra serie no tuvimos mortalidad ni materna ni fetal por esta causa.

CONCLUSIONES

- 1.- La apendicitis aguda se comportó con una incidencia de 0.8 por cada 1000 gestantes.
- 2.- El grupo etario comprendido entre 20-29 años fue el más frecuente (80 %).
- 3.- El dolor abdominal agudo, la contractura y reacción peritoneal fueron los signos y síntomas que predominaron.
- 4.- El 100 % de los casos resultó positivo en el diagnóstico.
- 5.- Se encontró el 20 % de morbilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Rodríguez-Loeches. Cirugía del abdomen agudo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986.p.43-46.
- 2- Inca TA, Torres GC, Yancee SR, García LM. Apendicitis y embarazo: Revisión bibliográfica. Med Quito. 1999; 5(4):278-83.
- 3- Andersson RE, Lambe M. Incidence of appendicitis during pregnancy. Int J Epidemiol. 2001; 30(6):1281-5.
- 4- Te Linde Richard W. Apendicitis y embarazo. En: Ginecología Operatoria. RW Te Linde. 5ªed. La Habana : Edición Revolucionaria; 1983.p.351-550.
- 5- Bonfante RE, Bulaños AR, Juárez GL, Estrada AA, Castelazo ME. Colecistectomía durante el embarazo. Ginecol Obstet Mex. 1998; 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. 2000:30.
- 8- Charles BH. Enfermedades quirúrgicas durante el embarazo. En: Sabiston Tratado de patología quirúrgica. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1998.p.1595-99.
- 9- Wadlington JS. Anestesia en Obstetricia y Ginecología. En: Procedimientos en anestesia. Massachussets : Edición Marban; 1999.p.523-46.
- 10-Martos NJ. Guía práctica de anestesiología y reanimación. Servicio de anestesiología y reanimación Hospital Universitario de Getafe. 2ªed. España: Edición Fundación Wellcome; 1995.p.201-05.
- 11-Matos L, Aquiles U. Abdomen agudo quirúrgico no ginecológico en gestantes. Lima. 1999:25.
- 12-Rodríguez FZ, Álvarez TR. Apendicitis aguda. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2000.p.4-54.
- 13-García H, Fodor M, Ciovanoni A, Gidekel L. Deciduosis apendicular como causa de abdomen agudo en el embarazo. Med Buenos Aires. 2001; 61(2):185-186.
- 14-Grez Y, Manuel GB, Eduardo PA. Apendicitis aguda en el embarazo. Rev Med Maule. 1999; 18(2):75-6.
- 15-Quisiguiña MÁ, Quisiguiña R, Coba HM, Guilcapi N, Muyulema L. Apendicitis en el embarazo. Rev CIEZT. 1999; 4(5):130-3.
- 16-Cantele H, Haratz R, Natan S, Lares C, Wulff LL. Apendicitis aguda y embarazo en la Maternidad Concepción Palacios. Med Priv. 1998; 12(1/2):13-6.
- 17-Moncayo VR, Pacheco BF, Gómez RH, Bernárdez ZFJ. Apendicitis aguda y embarazo. Experiencia en el Hospital Español de México. Ginecol Obstet Méx. 1998; 66(9):392-5.
- 18-Tapia R, Pacheco R, José C, Malaverry H. Apendicitis Aguda en gestación y puerperio. Ginecol & Obstet. 1996; 42(3):59-63.
- 19-Stamburk MJ, Turuk I, Wiedmaier TG, Cabrera SC, Avila SM, Vásquez MV. Cirugía Abdominal de urgencia en el embarazo. Bolivia. Hospital San Juan de Dios. 1998; 45(1):22-6.

20-Pritochard JA, McDonal PC, Grant NF. Enfermedades médicas y quirúrgicas durante el embarazo y puerperio. En: Williams Obstetricia. 3ªed. Madrid : Salvat Editores; 1999.p.2.

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

TABLA 1. EDAD Y APENDICITIS AGUDA.

EDAD	APENDICITIS AGUDA	
	No.	%
15 - 20	2	20
20 - 29	8	80
TOTAL	10	100

Incidencia: 0.8 x 1000 embarazos.

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 2. EDAD GESTACIONAL EN APENDICITIS.

EDAD GESTACIONAL					
I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
No.	%	No.	%	No.	%
-	-	8	80	2	20

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 3. SINTOMAS Y SIGNOS.

SÍNTOMAS Y SIGNOS	No.	%
Dolor abdominal	10	100
Náuseas	7	70
Vómitos	5	50
Taquicardia	10	100
Contractura	8	80
Reacción peritoneal	6	60
Fiebre	5	50

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 4. POSITIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO.

ENFERMEDADES	DIAGNOSTICO POSITIVO	
	No.	%
Apendicitis aguda	10	100

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 5. COMPLICACIONES.

COMPLICACIONES	No.	%
Urosepsis	2	20

Fuente: Historias clínicas.