

## ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

Dr. Jorge Vidal Amat y León\*

Dr. Enrique Vidal Olcese\*\*

El tratamiento quirúrgico en la gestante no difiere del de la paciente No Embarazada.

El feto al igual que la madre se benefician enormemente de un diagnóstico preciso y tratamiento oportuno.

El cirujano y el obstetra obtendrán beneficio si se consultan en el tratamiento pre y post operatorio de la gestante. (3).

El diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo en la gestante suelen retrasarse debido a la preocupación existente sobre los posibles efectos de la cirugía y anestesia sobre el feto. (12).

No olvidar que independientemente del tiempo utilizado para el diagnóstico y la valoración pre operatoria debe explicarse a la paciente y a la familia en forma directa el plan del tratamiento, los resultados que se obtienen con estos breves comentarios disminuye la ansiedad del paciente, proporciona mayor cooperación familiar y los problemas emocionales son bien encuadrados, consideramos la historia clínica de gran valor la cual debe ser breve y rápida pero sin sacrificar exactitud y precisión. (4).

Importante a considerar.:

1. Fecha de la última regla.
2. Forma de inicio y tipo de dolor.
3. Localización e irradiación del dolor.
4. Síntomas que precedieron o acompañan al dolor.
5. Historia de intervenciones anteriores.

**Cambio de Guardia:** Es un punto especial que queremos hacer énfasis para que las pacientes que quedan en observación deban ser presentados al cirujano, al obstetra y al neonatólogo que quedan de guardia, para que sean los que tengan que seguir evolucionando a la paciente.

**FRECUENCIA DE ABDOMEN AGUDO DURANTE LA GESTACIÓN DE CAUSA NO OBSTÉTRICA: 2 POR MIL EMBARAZOS (12).**

El diagnóstico es difícil. Es necesario incluir en el diagnóstico diferencial problemas relacionados con el embarazo:

- a. Desprendimiento prematuro de placenta.
- b. Rotura de trompa.
- c. Infecciones urinarias.

Los signos del diagnóstico se ven dificultados con el aumento del tamaño del útero que altera los signos anatómicos y topográficos de localización.

**RIESGOS:** En los primeros meses las operaciones de abdomen agudo en la gestación tienen un riesgo preciso. Los efectos de la cirugía en la gestante pocas veces son perjudiciales si se maneja adecuadamente el estado de emergencia.

**DIAGNOSTICO:** Debe ser oportuno, el retraso suele potenciar y multiplicar los efectos de las complicaciones quirúrgicas durante el embarazo. Todos los medios que se utilizan fuera de la gestación incluidos la radiografía debe aplicarse a las gestantes. (12).

### APENDICITIS

Merece condición especial. El aumento del útero desplaza al ciego y al apéndice hacia arriba y hacia afuera y con frecuencia hacia atrás lo cual altera los signos clínicos clásicos. Aún más el cirujano al desconocer que en el embarazo normalmente hay leucocitosis moderada y aumento de la V. S., puede dar mayor valor diagnóstico al que estos signos en realidad tienen, por otra parte si se confía demasiado y no se da a estos signos su verdadero valor y

\* Ex jefe Dpto. de Ginecología del H. C. S. F. P.

\*\* médico Serum U. N. M. S. M.

se le considera como variaciones fisiológicas normales del embarazo, quizá ello retarde la intervención quirúrgica y aumente la frecuencia de morbilidad y mortalidad. (1).

El retardo en el diagnóstico contribuye a la gravedad de la mujer embarazada.

El útero forma la pared interna de cualquier absceso apendicular y por ello la reacción inflamatoria intensa puede provocar contracciones uterinas y desencadenar aborto o trabajo de parto prematuro. Al disminuir en forma rápida el tamaño del útero después de evacuarlo, por aborto o parto puede romperse el absceso apendicular lo cual precipitará peritonitis generalizada que entraña pronóstico grave.

**INCIDENCIA:** 1 por 2,000 embarazos. (12).

**DIAGNOSTICO:** Es prudente considerar la posibilidad de apendicitis aguda en una paciente embarazada con dolor en flanco derecho. Al cambiar los caracteres anatómicos y fisiológicos durante el embarazo, consideramos por separado el problema diagnóstico en cada trimestre, durante el trabajo de parto y en el post parto.

*Primer Trimestre:* El cuadro clínico es semejante al de la mujer no embarazada. Debemos considerar el diagnóstico diferencial en asociación con amenorea: embarazo Ectópico y Salpingitis Aguda, Tumores Ovaricos, Calculo Renal.

Cuando no tengamos claridad en el diagnóstico debemos tener presente el uso de, la LAPARASCOPIA en el primer trimestre.

*Segundo Trimestre:* El útero agrandado altera el sitio clásico del dolor y la contractura.

*Tercer Trimestre:* El diagnóstico en este período es más difícil, el útero tiene gran tamaño y el apéndice cambia de sitio y se localiza arriba y afuera.

El punto de dolor máximo a la palpación se encuentra a nivel del ombligo y con frecuencia por fuera de la espina iliaca antero superior o incluso en la región vesicular.

Es difícil precisar la presencia del signo de Blumberg (dolor de rebote).

#### **APENDICITIS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

Es necesario hacer interrogatorio cuidadoso acerca de antecedentes y análisis del carácter y periodicidad del

dolor. El dolor en el trabajo de parto suele ir seguido de alivio completo en tanto que el dolor de la apendicitis es continuo.

**SINTOMAS:** Anorexia, dolor, nauseas, vomitos, pueden ofrecer confusión, las pacientes están apiréticas durante el embarazo.

Signos de laboratorio: leucocitosis relativa del embarazo de 12,000 a 15,000 hace delicada la interpretación de estos valores durante el embarazo.

#### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL APENDICITIS EN EL EMBARAZO**

1. Ruptura de cuerpo luteo.
2. Torción anexial.
3. Abrupto placentae.
4. Parto.
5. Corioamnionitis.
6. Mioma degenerado.
7. Salpingitis.
8. Colangitis.
9. Adenitis mesenterica.
10. Pielonefritis.

**TRATAMIENTO:** Dilema encarado por muchos cirujanos, cuando se manifiesta que la mayoría temen por una operación innecesaria, que puede inducir aborto o parto prematuro.

El obstetra por otro lado, tiende a centrar el motivo del dolor abdominal en el útero y en los anexos, sin pensar en causas no obstétricas que pueden originarlo.

#### **PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO O ABORTO**

Paciente que va a ser sometido a laparotomía se recomienda usar: Relajantes, sedación de la fibra muscular uterina, la aplicación de capronato de hidroxiprogesterona.

Evitar el manipuleo del útero.

La mortalidad perinatal se describe entre 100 y 350 por 1,000.

La mortalidad materna y perinatal se incrementan en casos de perforación y peritonitis, hechos que se asocian con retraso en el diagnóstico y tratamiento.

En cualquier etapa del embarazo el tratamiento es apendicectomía inmediata.

## OBSTRUCCION INTESTINAL

Es una complicación infrecuente. Incidencia: 1 por 10,000. Causas: adherencias, volvulo, invaginación, neoplasia intestinal. (9).

Si la paciente gestante presenta dolor abdominal, vomitos, distensión y se observa cicatriz abdominal es necesario considerar OBSTRUCCION INTESTINAL.

### SIGNOS:

- Distensión abdominal.
- Dolor a la palpación.
- A la auscultación percepción de ruidos peristálticos de lucha.
- Dolor cólico.
- Vomitos repetidos.
- Radiografía simple de abdomen: se observa distensión de asas, niveles líquidos.

## ULCERA PEPTICA

Las complicaciones de ulcera péptica son poco frecuentes durante el embarazo. Si aparece hemorragia se debe instalar tratamiento médico y cuando se han agotado los métodos de tratamiento médico es necesario el tratamiento quirúrgico, lo mismo que para la paciente no-gestante.

## TRAUMATISMOS

Accidentes en la gestación sobre todo automovilísticos se están convirtiendo en una causa frecuente de lesión materna y fetal. La atención de la gestante accidentada debe realizarse en forma multidisciplinaria: cirujano general, cirujano ortopédico, obstetra, neonatólogo.

### a) LESION FETAL

El grado de lesión fetal está en relación con la fuerza del traumatismo y la edad de la gestación. Así las lesiones fetales son más frecuentes en la última etapa del embarazo cuando la cabeza se halla fija en la pelvis y el efecto amortiguador del líquido amniótico es menor produciéndose fracturas de cráneo y por consiguiente hemorragias intracraneanas.

### b) LESION MATERNA

Múltiples lesiones: hemorragia incontrolable, el aumento de la vascularización incrementa el riesgo.

Además puede presentarse:

Desprendimiento de placenta.

Rotura uterina.

Perforación de vísceras abdominales.

Fracturas vertebrales y pélvicas.

### c) RUPTURA HEPATICA

Asociada a trauma abdominal o torácico en gestante puede ocurrir también en la gestante a término o en el post parto inmediato o en los casos de pre-eclampsia severa. (9).

La paciente con ruptura hepática se queja de dolor en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho, se acompaña de náuseas y vomitos; rápidamente: hipotensión, taquicardia y shock.

Cuando los signos se desarrollan lentamente se puede diagnosticar con paracentesis, scanning ultrasonografía, arteriografía hepática.

Es imprescindible la ayuda del cirujano general.

### d) COLECISTITIS

Frecuencia 1 a 6 por 10,000 embarazos. (9).

En el 80% de las pacientes desaparecen los síntomas con tratamiento médico. Cuando fracasa el tratamiento médico está indicada la intervención quirúrgica.

Debemos tener presente que en el embarazo aumenta el riesgo de formación de cálculos, los ataques graves de vesícula en el transcurso del embarazo o del puerperio en general se tratan de la misma manera que en la mujer no embarazada.

## NEOPLASIAS DE OVARIO

En las diferentes etapas de la gestación una neoplasia de ovario puede constituir una emergencia: ABDOMEN AGUDO, por complicación como:

1. Torción.
2. Ruptura.
3. Hemorragia.
4. Supuración.

Estando indicada la intervención por cualquiera de estas complicaciones.

Debemos tener presente la mayor frecuencia de quiste dermoide: teratoma maduro, que en algunos casos puede ser bilateral, que tiene la particularidad de crecer activados por la gestación ya que en cierta forma constituye un tumor embrionario.

Señalamos nuestra experiencia sobre quiste dermoide bilateral y gestación de 10 semanas en una paciente de 20 años que fué sometida a laparatomía de emergencia por torción del quiste y que requirió OOFERECTOMIA BILATERAL, por tratarse de tumoraciones enormes de ambos ovarios que comprometía todo su parenquima; se logró la gestación a término con recién nacido normal; habiéndose usado tratamiento hormonal y sedantes de la fibra muscular uterina durante el primer trimestre. (16).

**UNO DE LOS CAPITULOS MAS IMPORTANTES EN ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO ES EL DE:**

### **EMBARAZO ECTOPICO**

Que viene a ser cuando el huevo fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial.

El 98% ocurre en la trompa, siendo sus otras localizaciones: Cavidad abdominal, Ovario, Cuello Uterino.

Incidencia: 1 por 125 a 300 embarazos intrauterinos. (15).

Etiología: comprenden diversos factores que impiden el paso del cigoto a la cavidad endometrial.

1. Salpingitis crónica.
2. Anomalías en la estructura de la trompa op:previas.
3. Adherencias.
4. Tumores.
5. Cirugía tubaria.
6. D. I. U.
7. Alteraciones fisiológicas de la trompa.
8. Endometrio ectópico.
9. Transmigración
10. Antecedentes de embarazo ectópico.

**LOCALIZACION:** Ampolla 80%: la rotura se observa a las 12 semanas.

ISTMO (13%): la erosión y la rotura entre las sexta y octava semana.

Porción intersticial: (2%) el embarazo alcanza el 4to mes antes de romperse. Fimbria (5%).

**DIAGNOSTICO:** Los primeros síntomas de un embarazo ectópico puede adoptar la forma de una catastrophe abdominal con shock, o simplemente de un dolor colico leve con hemorragia vaginal minima.

En el diagnóstico diferencial cualquier mujer en edad fértil que presente dolor abdominal debe considerarse la posibilidad de embarazo ectópico.

El dolor inicial del embarazo ectópico es de naturaleza colica y se considera la distensión de la trompa.

El embarazo ectópico en crecimiento puede palparse a veces como una masa anexial, o en el fondo de saco, el utero puede aumentar de volumen ligeramente o adquirir una consistencia blanda, lo que produce la impresión clínica de un embarazo intrauterino muy precoz, cuando el embrión muere puede desaparecer el apoyo hormonal del endometrio aportado por la gonadotrofina corionica placentaria y con frecuencia se produce una hemorragia vaginal minima.

La Rotura: Constituye una emergencia quirúrgica grave ya que en un 7 a 8% de las muertes obstétricas se deben a este cuadro.

El diagnóstico precoz hace posible en ocasiones practicar una cirugía conservadora que mantenga la fertilidad de la paciente.

**DIAGNOSTICO DE PRESENTACION CATASTROFICA:** No exige gran pericia diagnóstica, la paciente se encuentra en estado de shock, con abdomen agudo, síntomas: de anemia, vertigo, sudoración fria.

Exploración: masa pastosa en el fondo de saco de Douglas, formado por sangre intraperitoneal.

A la vez que se practica la exploración con espejuelo puede efectuarse una culdocentesis, para confirmar la presencia de hemoperitoneo. (15).

**DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO DE PRESENTACION SOLAPADA:**

1. Amorrea.
2. Hemorragia vaginal.
3. Dolor abdominal.
4. Masa anexial.
5. Dolor a la movilización de cuello uterino.

6. Utero aumentado de volumen ligeramente blando.
7. Signo de Cullen.
8. Sub unidad Beta positivo en el 97 a 100%.
9. Culdocentesis.
10. Legrado uterino.
11. Laparoscopia.
12. Ecografía.

**TRATAMIENTO:** paciente en shock debe pasar a sala de operaciones: Cuidados de reanimación.

1. Estabilizar signos vitales.
2. Cateterizar vena: flebotomía.
3. Aporte de sangre.
4. Solución salina: lactado ringer.
5. Sonda vesical.
6. Incisión mediana o Phannesteil.
7. Aspiración, exploración dígital rápida, desplazando la trompa hacia la herida operatoria, donde es posible obtener una rápida hemostasia pinzando el pedículo.
8. Salpingectomía.
9. Embarazo intersticial o cornual roto: puede ser preciso **HISTERECTOMÍA**.
10. Ectopicos no rotos localizados en la porción istmica, ampular, se resecan por lo bordes, ligando las porciones proximal y distal de la trompa intentan dose una reanastomosis. Salpingostomía.
11. Recientemente se han publicado casos de aspiración laparoscópica de embarazos no rotos, estos a nivel de la ampolla.
12. Embarazo cervical: Cuando se implanta en la mucosa cervical el síntoma principal: hemorragia,

aproximadamente a las 20 semanas. Practicamente en todos lo casos el tratamiento es Histerectomía.

13. Embarazo Abdominal: 1 a 2% de los E. Ectópicos.
14. Embarazo ovarico: el cual debe seguir los criterios de Spilberg. Trompa sana, Saco embrionario ocupa el ovario. Ovario y saco unido al utero por el ligamento utero ovarico, que puede demostrarse inequívocamente la presencia de tejido ovarico en las paredes de la bolsa.

Frecuencia Hertig una vez por cada 25,000 a 40,000 embarazos.

### PROCESOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA DAN LUGAR A ABDOMEN AGUDO. (10).

1. Apendicitis.
2. Perforación de Ulcera Péptica.
3. Problemas Vasculares del Intestino
4. Diverticulitis Colonica.
5. Pancreatitis.
6. Colico de Vías Urinarias.
7. Colico de Vías Biliares.
8. Quiste de Ovario a Pediculo Torcido.
9. Ruptura Folicular.
10. Salpingitis.
11. Ruptura de embarazo ectopico.
12. Perforación por Fiebre Tifoidea.
13. Obstrucción Intestinal.
14. Traumatismo con ruptura de Viscera.

### REFERENCIAS.

1. Allan Weingold: Enfermedades quirurgicas en el embarazo. Clínicas Obst. y Ginecológicas. Pág. 977, Vol. 4, 1983.
2. Arias Stella, J.: Atypical endometrial changes associated with the presence of chorionic tissue. Arch Pathol. 58:112, 1954.
3. Allan E. Kark: Complicaciones Médicas y quirurgicas del embarazo. Rovinsky Guttmacher. pág 202-211, 1978.
4. Baracco G., Víctor: Abdomen Agudo quirurgico. Rev. Diagnóstico. Vol 2. Nº 11-12, 1978.
5. Barboza Eduardo: Apendicitis aguda. Rev. Diagnóstico. Vol. 12, Nº 11-12, 1978.
6. Clark J. K. S.: Advanced ectopic pregnancy. J. reprod. Med. 14-30, 1975.
7. Cross J., Lester W.: The diagnosis and management of abdominal pregnancy. Am. J. Obst. Gynecol. 62:303, 1951.
8. De cherney A. H., Maheawx R., Naftolin F.: Salpingostomy for ectopic pregnancy in the sole oviduct. Reproductive out come. Fertil Steril 37:619, 1982.
9. James A. Simon: Enf. y procesos quirurgicos de las vías biliares en el embarazo. pág. 989.
10. León Barua Raúl: Abdomen agudo quirurgico. rev. Diagnóstico. Vol. 2. Nº 11-12, 1978.
11. Mongrut Steane A.: Trat. de Obst. Tomo II. Emb. Ectópico, pág 105-113, 1978.
12. Seth Dashe: Complicaciones quirurgicas dte. el embarazo. Manual de Obst. 2da edición. H. R. Niswander pág. 215-227, 1987.
13. Taylor: Obst. Beck. 8va. ed. Emb. ectópico. 311-323.
14. William Pritchard J., Mac Donald, Paul Gant, F. Norman: Emb. ectópico cap. 22, pág. 404-425, 1986.
15. William Schmitt: Manual de Obst. K. R. Niswander. cap. 17, pág. 251-262, 1978.
16. Vidal Jorge: Neoplasie de Ovario y gestación. Ginecología y Obstetricia. Vol XXVI N. 2. pág. 58-63, 1981