

# ABDOMEN AGUDO GINECOLOGICO EN LA GESTANTE

DR. CARLOS J. CASTELLANO

Este síndrome de muy variada etiología, se caracteriza por dolor abdominal más o menos intenso y persistente, acompañado de un conjunto de síntomas y signos que habitualmente son causados por procesos intra-abdominales; con frecuencia, tarde o temprano, ocasionarán peritonitis aguda, primero localizada y posteriormente, en muchos casos, generalizada. Este cuadro peritoneal, si se le deja evolucionar libremente, llevará al enfermo al estado de shock hipovolémico y tóxico, de curso progresivo e irreversible, y finalmente a la muerte.

En la inmensa mayoría de los casos, la existencia de un "síndrome abdominal agudo" indica, por sí mismo, la necesidad de llevar a cabo tratamiento quirúrgico con carácter de urgencia.

Es por lo tanto de fundamental importancia para el médico, conocer y estar familiarizado con la variada etiología del síndrome y con la fisiopatología del dolor abdominal, lo que le permitirá hacer la valoración cuidadosa de cada caso y fundar sólidamente el diagnóstico.

El "síndrome abdominal agudo" ocurre en todas las edades de la vida, durante el embarazo, y asociado a múltiples padecimientos; su diagnóstico precoz y, como consecuencia, su tratamiento quirúrgico oportuno, son las formas más adecuadas para lograr una baja morbilidad y disminuir la mortalidad.

La cirugía electiva es raramente necesaria o aconsejable durante el embarazo; pero, cuando se diagnostican cuadros abdominales agudos, hay que actuar sin demora alguna. Es de gran utilidad la interconsulta frecuente entre el obstetra y el cirujano durante el tratamiento pre y post-operatorio de las pacientes gestantes.

Aunque el embarazo puede predisponer a algunos accidentes quirúrgicos de los órganos genitales, tales como quistes ováricos a pedículo torcido, y a secuelas de presión

pélvica aumentada como hemorroides y várices, estas crisis abdominales agudas no obstétricas parecen no ser más frecuentes que ocurran en relación a la mujer no gestante y en grupos de edad comparables; algunas condiciones, tales como la úlcera péptica, en realidad ocurren muy raramente.

El diagnóstico clínico del abdomen agudo durante el embarazo se dificulta por dos razones: 1) el diagnóstico diferencial debe incluir problemas especiales relacionados con el embarazo, tales como separación prematura de placenta, rotura tubaria, o infección urinaria; y 2) los signos clínicos clásicos son enmascarados por el crecimiento uterino que altera la anatomía y los linderos topográficos, oculta la respuesta muscular por el estiramiento de la pared abdominal y hace que la palpación de masas intraperitoneales se dificulte. Aún después del parto, los relajados y delgados músculos abdominales no responden activamente con defensa y rigidez a los reflejos peritoneales inflamatorios como en la no gestante, y una dolorabilidad abdominalo-pelviana puede ser interpretada como una secuela residual del parto y no como de origen inflamatorio.

Los efectos sobre el feto de las operaciones extragenitales son pequeños, aunque no inocuos; un riesgo más definido acompaña a los procedimientos quirúrgicos sobre el útero y ovarios, particularmente en los meses iniciales del embarazo. Los efectos de la cirugía sobre la madre son rara vez desfavorables si la emergencia es manejada adecuadamente.

Las causas que determinan el síndrome de abdomen agudo ginecológico son:

- a) Las infecciones
- b) Las hemorragias
- c) Los tumores o procesos mecánicos
- d) Los traumatismos.

Por la brevedad del tiempo concedido para esta presentación solo mencionaré la suma importancia que tiene la obtención de una minuciosa anamnesis y un examen clínico general que incluya una exploración abdomino-ginecológica completas y los exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico diferencial.

Si después del estudio completo de la enferma se llega a tener la duda razonable de que existe un síndrome abdominal agudo, la conducta más adecuada será la de aconsejar al intervención quirúrgica, ya que en manos experimentadas y con todos los elementos necesarios, la morbilidad y mortalidad de una laparotomía exploradora es igual a la mortalidad de una anestesia rutinaria. Esto no se compara a la mortalidad elevada que tendría el dejar sin operar un paciente con "síndrome abdominal agudo" y peritonitis de cualquier etiología.

Una vez establecido el diagnóstico debe resolverse la siguiente interrogante: ¿cuándo es conveniente operar al enfermo? Si el paciente ha sido estudiado en forma completa y no se encuentra en desequilibrio electrolítico grave o en estado de shock hipovolémico, lo más conveniente será operarlo de inmediato. Si existe deshidratación, desequilibrio electrolítico o shock hipovolémico, lo mejor será corregir vigorosamente estas alteraciones y colocar al enfermo en una situación de estabilidad en sus constantes vitales y en una situación de suficiencia circulatoria para que pueda tolerar de manera adecuada la intervención quirúrgica.

Una excepción en esta situación es el caso en el que se asocia una hemorragia grave y en el que la intervención quirúrgica de extrema urgencia es imperativa. En estos casos será más importante ir a cohibir la hemorragia lo más rápido posible y simultáneamente restablecer el volumen sanguíneo y tratar el shock.

El procedimiento terapéutico a usar se escogerá de acuerdo a los hallazgos operatorios, al estado de la madre y del producto de la concepción.

Revisando la literatura nacional se ha encontrado en el trabajo de Abelardo Herrera Calmet, 23 casos de abdomen agudo ginecológico en un total de 146 operaciones de urgencia, es decir un 15.7%.

De estos 23 casos, 12 correspondieron a embarazo tubario de la variedad ampular, lo que hace un 52.1%, 9 casos de tumor de ovario a pedículo torcido (39.1%) y 2 casos de causa infecciosa (piósalpinx y ruptura espontánea de útero con peritonitis), que da un 8.7%. Por otro lado, Benavides y Ludmir del Hospital Materno Infantil San Bartolomé, entre 36,911 partos atendidos entre 1962-1971, han tenido 10 casos de abdomen agudo de causa ovárica, todas por quistes ováricos a pedículo torcido, a excepción de uno que fue un cuerpo amarillo roto.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Bravo José Luis. Consideraciones sobre el síndrome abdominal agudo. Tomo del 5to. Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. pág. 257-1967.
- 2.—Gonzales García Celestino. Emergencias en ginecología. Ginecología Panamericana. Vol. 1, No. 1, Pág. 13, 1970.
- 3.—Kark E. Allan. Acute abdominal emergencies. Medical, Surgical and gynecologic complications of Pregnancy. Rovinsky Joseph J. Pág. 238-1965.
- 4.—Gaines Joseph A. Ovarian Neoplasms. Medical Surgical and Gynecologic Complications of Pregnancy. Rovinsky Joseph J. pág. 359-1965.
- 5.—Herrera Calmet Abelardo. Abdomen agudo ginecológico tomo II del Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Pág. 745-1968.
- 6.—Ludmir Abraham, Benavides Guillermo. Comunicación personal. 1971.