

# CIRUGIA ABDOMINAL DURANTE LA GESTACION

DR. JUAN A. MONTALBETTI (\*)

## Mesa Redonda

- 1.—En forma general puede decirse que la cirugía electiva mayor debe evitarse durante la gestación. Si bien el embarazo no tiene efecto debilitante y no altera el riesgo quirúrgico, puede dificultar el diagnóstico de las afecciones abdominales y además aumentar las complicaciones técnicas de la cirugía. De no sobrevenir una sepsis peritoneal u otra complicación de significación el riesgo del aborto post cirugía no es grande.
- 2.—Durante el primer trimestre de la gestación la cirugía mayor debe ser evitada en lo posible, pero si ésta es imprescindible, debe tomarse especiales precauciones para prevenir la hipoxia y la hipotensión por las posibles anomalías que pueden producirse en el feto.
- 3.—Someraamente discutiremos algunos problemas de cirugía abdominal que suelen presentarse en el curso del embarazo.
  - Apendicitis. Se indica que aproximadamente la apendicitis ocurre en uno de cada 1,200 embarazos (Benson). Cuando el diagnóstico se realiza a tiempo el pronóstico para la madre y el feto es bueno. Sin embargo con la gestación el apéndice, por el crecimiento del útero que desplaza al colon hacia arriba y afuera, altera sus relaciones anatómicas normales cambiando así la localización tradicional del dolor. Por este motivo el diagnóstico correcto de la apendicitis se hace tardíamente, lo que motiva que alrededor del 20% de los casos presenten peritonitis.
  - Colecistitis, colelitiasis. Pese al hecho que las gestantes presentan una mayor incidencia de colelitiasis, atribuyéndose este hecho a la disminución de la motilidad vesicular y al aumento de la tasa de colesterol en sangre, el cólico biliar y la colecistitis aguda se presentan con poca frecuencia durante el embarazo. La cirugía biliar en la mujer embarazada está indicada solamente en los casos extremos, como por ejemplo obstrucción o cuadro infeccioso progresivo.
  - Obstrucción intestinal. La obstrucción intestinal sobre todo del intestino delgado ocurre en aproximadamente uno de cada 6,000 embarazos. El crecimiento del útero puede desplazar las asas intestinales con el consiguiente estiramiento de bridas o adherencias, o bien provocar la encarceración intestinal en hernias internas o externas, el vólvulo o la intususcepción, con la consiguiente obstrucción mecánica del intestino. La indicación quirúrgica en estos casos es una indicación de urgencia previo pre operatorio orientado al restablecimiento del equilibrio hidro salino. Conviene recordar que la alcalosis hipopotasémica puede provocar conclusiones que pueden mal interpretarse como ataques de eclampsia. Es recomendable el tratamiento preventivo de las hernias diagnosticadas previamente en las mujeres en edad de gestación.

(\*) Jefe de Servicio. Instituto de Enfermedades Neoplásicas.

- Hernia del hiato esofágico. Alrededor de un 15% de las mujeres embarazadas presentan hernia hiatal a causa de la mayor presión intra-abdominal por el crecimiento del útero y la elevación del estómago. Habitualmente con el tratamiento conservador los síntomas de esta complicación desaparecen o se atenúan considerablemente permitiendo el desarrollo del embarazo sin problemas. En el post parto los síntomas y la hernia desaparecen en la gran mayoría de los casos. La intervención quirúrgica durante el embarazo es una eventualidad rara y debe ser llevada a cabo solamente después de fracasar el tratamiento médico o presentarse complicaciones como la hemorragia grave.
  - Úlcera péptica. El embarazo produce generalmente mejoría de la úlcera péptica; sin embargo en determinados casos el stress del embarazo o del parto sobre todo, puede provocar exacerbación de los síntomas, hemorragia o perforación. En estos casos la cirugía es mandatoria siendo los resultados desfavorables en un buen número de casos tanto para la madre como para el feto.
  - Cáncer del colon o recto. La diseminación de la enfermedad en los casos de presentación durante el embarazo aumenta considerablemente probablemente por la congestión vascular pelviana y la compresión del intestino por el crecimiento del útero. El tratamiento depende de la edad de la gestación al momento del diagnóstico así como de la extensión de la enfermedad. Entre las 4 y 20 semanas no parece haber inconveniente en realizar una resección con criterio curativo de la neoplasia. En los casos avanzados, se justifica una operación cesárea, estando el feto viable, seguida en el mismo acto operatorio de una resección paliativa o colostomía defuncionante.
- Con estas consideraciones generales creo que podremos pasar a discutir en mesa redonda las indicaciones específicas de la cirugía durante la gestación.