



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (2): 51-55

Abdomen agudo ginecoobstétrico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, IPSS

JOSE ALVA, JOSE PACHECO

Resumen

OBJETIVO: Revisar casos de abdomen agudo ginecoobstétrico (AAGO) intervenidos quirúrgicamente. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo. **LUGAR:** Servicios de Emergencia de Obstetricia y de Cirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, IPSS. **PACIENTES E INTIERVENCIONES.-** Ciento un pacientes intervenidas quirúrgicamente de abdomen agudo gineco-obstétrico. **RESULTADOS.-** El AAGO más frecuente en nuestro hospital fue el hemorrágico, principalmente el embarazo ectópico complicado, seguido del AAGO vascular, especialmente debido a quiste de ovario a pedículo torcido; y la mayoría de los AAGO infeccioso inflamatorios fueron realmente anexitis, por lo que no merecieron una laparotomía. Existía patología dependiente de ovario en un tercio de los casos, la mayoría por quiste a pedículo torcido y que terminaron en ooforectomía. Hubo un caso de hidrosalpinx con torsión. La patología asociada a gestación, parto o puerperio ocurrió en la mitad de los casos y consistió en embarazo ectópico roto en la mayoría de los casos, habiendo menos casos de apendicitis aguda, quistes de ovario a pedículo torcido, rotura uterina, perforaciones uterinas, hemorragias postcesárea, pelviperitonitis por aborto séptico, parametritis puerperal, obstrucción intestinal y traumatismo abdominal cerrado. **CONCLUSIONES.-** La mujer en edad reproductiva es susceptible de presentar enfermedades abdominopelvianas que requieren cirugía de emergencia. El diagnóstico de abdomen agudo en la mujer puede complicarse por la presencia de una gestación. El manejo del AAGO requiere experiencia, buen criterio diagnóstico y tratamiento oportuno. La ecografía y la laparoscopia implementadas en la sala de emergencia, apoyadas por pruebas especiales, como las gonadotropinas coriónicas subunidad beta y exámenes hematológicos, pueden perfeccionar el diagnóstico preoperatorio.

Palabras clave: Abdomen agudo en ginecología; abdomen agudo en obstetricia; emergencias en ginecología y obstetricia; hemorragia; quiste ovárico; infecciones en ginecoobstetricia; shock; ecografía; laparoscopia.

Summary

OBJECTIVE. - Review of cases of acute abdomen in gynecology and obstetrics. **DESIGN.-** Retrospective study. **SETTING:** Obstetrical and Surgery Emergency Services of Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, Peruvian Institute of Social Security. **PATIENTS AND INTERVENTIONS.-** One hundred one cases of acute abdomen of gynecologic and obstetrical origin (AGOA) who had laparotomy. **RESULTS:** Most frequent AGOA at our hospital were the hemorrhagic type, mainly due to ruptured ectopic pregnancy, followed by vascular AGOA mainly due to ovarian cyst with torsion of the pedicle. Most of the inflammatory AGOA were actually adnexitis and should not have required laparotomy. The ovary was involved in one third of the cases, mainly due to torsion of the cyst pedicle, - treatment consisted in oophorectomy. Another case was due to hydrosalpinx with torsion. Pathology associated to pregnancy, labor and puerperium occurred in half of all cases and included mostly ruptured ectopic pregnancy and some cases of acute appendicitis, ovarian cysts with torsion, uterine rupture, uterine perforation, post cesarean section hemorrhage, pelviperitonitis due to septic abortion, puerperal parametritis, intestinal obstruction, and closed abdominal trauma. **CONCLUSIONS:** Women in reproductive age are liable to abdominopelvic diseases that require emergency surgical intervention. Diagnosis may be complicated by pregnancy. Management requires experience, accurate diagnosis and early and appropriate treatment. Ultrasound and laparoscopy should be done routinely in the emergency room, and special tests such as beta subunit chorionic gonadotrophins and special hematologic studies should be available at all times.

Key words: Acute abdomen in gynecology; acute abdomen in obstetrics; emergencies in gynecology and obstetrics; hemorrhage; ovarian cyst; infections in gynecology and obstetrics; shock; ultrasound; laparoscopy.



Introducción

El abdomen agudo en Gineco-Obstetricia (AAGO) es un síndrome caracterizado por dolor abdominal, defensa de los músculos abdominales y compromiso del estado general. Es una urgencia médica que requiere decisión terapéutica inmediata que, habitualmente aunque no siempre, es quirúrgica. En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se atiende dicha patología en la Emergencia de Maternidad y en la Emergencia de Cirugía General. El objeto del presente estudio es estudiar el cuadro de abdomen agudo quirúrgico ginecológico y de aquél asociado a gestación, con el objeto de conocer la frecuencia, el tipo de patología y sacar algunas conclusiones que puedan ser útiles al médico que enfrenta dichas emergencias.

Material y Métodos

Se revisó las intervenciones quirúrgicas realizadas en los servicios de Emergencia de Maternidad y de Cirugía General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) del Instituto Peruano de Seguridad Social durante los meses de enero a diciembre de 1988. Se denominó "abdomen agudo ginecológico" a los casos que presentaron dolor abdominopélvico severo de inicio agudo, signos de peritonitis con defensa y rebote, síntomas gastrointestinales, anemia o shock hipovolémico si existía hemorragia, leucocitosis y fiebre ocasionalmente, y cuyo origen estaba en el aparato reproductor femenino. El "abdomen agudo asociado a gestación" consistió en la sintomatología descrita que ocurrió en una mujer gestante. Se seleccionó 101 casos que correspondían a los diagnósticos de abdomen agudo ginecológico o de abdomen agudo asociado a gestación. Se excluyó los casos en los que la patología ginecológica constituyó un hallazgo operatorio y no fue la causa que motivó la intervención quirúrgica. Asimismo, no se incluyó los casos con diagnóstico dudoso. Se adaptó la dosificación modificada de Del Castillo" para los casos de abdomen agudo ginecológico no asociado a gestación uterina, con el objeto de ordenar las causas en hemorrágicas, vasculares (denominadas mecánicas por Del Castillo, pero cuyo compromiso de fondo fue la alteración de la irrigación sanguínea), infecciosas, funcionales y traumáticas. En algunos casos, las causas pueden ser mixtas, por lo que hemos tomado en cuenta solamente la causa primaria. Los diagnósticos fueron establecidos durante el acto operatorio. Nosotros hemos revisado los diagnósticos preoperatorios y las vías de abordaje.

Resultados

Se encontró 101 casos de AAGO atendidos el año 1988 en el HNERM. La edad estuvo comprendida entre los 25 y 39 años en el 79% de los casos la edad media fue 32,6 años.

Edad	Casos
20-24 años	10
25-29 años	19
30-34 años	36
35-39 años	24
40-44 años	9
> 45 años	3
Total	101

El AAGO hemorrágico fue el tipo más frecuente (48%), constituyendo el embarazo ectópico complicado el 38% del total de dicho grupo. Los casos de hemorragia post-operatoria estuvieron relacionados dos de ellos a cesárea y el tercero a salpinguectomía. El quiste de ovario a pedículo torcido constituyó el 22% de AAGO y el infeccioso, el 15%. Un caso de parametritis se inició como endometritis puerperal y evolucionó a shock séptico. Hubo 9 casos de abdomen agudo asociado a gestación uterina, de los cuales 3 fueron causados por apendicitis aguda. Uno de



los casos de rotura uterina estuvo relacionado a cesárea corporal previa. El traumatismo abdominal cerrado se asoció a laceraciones hepáticas y óbito fetal.

Tabla 2. Abdomen agudo gineco-obstétrico. Tipo y causas		
Tipo de AAGO Causas	Casos parciales	Total
Hemorrágico		
Embarazo ectópico roto	38	
Quiste de ovario roto sangrante	6	
Hemorragia postoperatoria	3	
Mioma fúndico sangrante	1	48
Vascular		
Quiste de ovario a pedículo torcido	22	
Hidrosalpinx torcido	1	
Miomatosis + adherencias	1	24
Infeccioso- inflamatorio		
Anexitis	10	
Absceso tuboovárico	3	
Aborto séptico-pelviperitonitis	1	
Endometritis puerperal	1	15
Funcional		
Cuerpo lúteo roto	2	
Quiste folicular roto	1	3
Traumático		
Perforación uterina	2	2
Asociado a gestación uterina		
Apendicitis aguda	3	
Quiste ovárico a pedículo torcido	2	
Rotura uterina	2	
Obstrucción intestinal	1	
Traumatismo abdominal cerrado	1	9
Total		101

Tabla 3. Tipo de incisión	
Tipo de incisión	%
Mediana infraumbilical	49
Paramediana infraumbilical derecha	30
Transversa infraumbilical derecha	9
Pfannenstiel	4
Paramediana derecha supraumbilical	3
Mediana supra- infraumbilical	2
Paramediana infraumbilical izquierda	2
Total	100



El tipo de incisión fue informado en sólo 53 casos; la incisión mediana infraumbilical fue la más frecuentemente utilizada (49%), seguida de la paramediana infraumbilical derecha. La incisión transversa infraumbilical derecha estuvo en relación con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda.

Como se observa en la Tabla 4, hubo 13 casos de AAGO cuyo diagnóstico preoperatorio fue apendicitis aguda, pero los hallazgos fueron de otra naturaleza, generalmente anexitis.

Discusión

El AAGO es una entidad que ocasiona grave preocupación al ginecoobstetra y al médico emergencista por su dramatismo y la dificultad en hacer el diagnóstico. De la rapidez en realizar un diagnóstico acertado dependerá, con frecuencia, la vida de la paciente o su pronta recuperación y la prevención de secuelas. Son las instituciones que prestan atención médica a un sector amplio de la población que pueden enseñarnos a conocer la clínica de los cuadros de abdomen agudo más frecuentes en la emergencia ginecoobstétrica, permitiéndonos aprender de esas experiencias y fijar normas de atención que permitan mayor destreza en su manejo y mejores resultados en el futuro. El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Instituto Peruano de Seguridad Social de Lima atiende a pacientes asegurados de clase media a clase media baja, existiendo una Emergencia de Obstetricia y Ginecología, atendida por ginecoobstetras' y una Emergencia General, en la que atienden los cirujanos generales. En dichas áreas fueron atendidos durante un año los casos reportados en la presente revisión. La edad de las 101 pacientes estudiadas fue la de la etapa reproductiva. Cincuenta y cuatro por ciento eran gestantes que se complicaron con un abdomen agudo. Nuestro hospital atiende a una población muy pequeña de adolescentes, lo que se refleja en lo informado en la Tabla 1.

Tabla 4. Diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda y resultado postoperatorio	
Diagnóstico postoperatorio	Casos
Anexitis	8
Quiste de ovario complicado	3
Cuerpo lúteo roto	1
Embarazo ectópico complicado	1
Total	13

La causa de AAGO más frecuente fue el embarazo ectópico (38%), lo que es compartido por otros estudios^{4,20}. Sil, embargo, otra revisión latinoamericana¹¹ menciona el proceso infeccioso pelviano como la causa de AAGO más frecuente. La salpinguectomía realizada en los embarazos ectópicos tubáricos constituye el método más ventajoso cuando el cirujano encuentra una trompa con daño irreparable o hay hemoperitoneo acompañado de shock o hemorragia profusa²⁴. Sin embargo, al revisar el reporte operatorio de algunos casos con embarazo tubárico no roto, es posible que pudo haberse tomado una actitud conservadora de la trompa de Falopio, de acuerdo a la historia reproductiva materna^{20,23,21}.

El ovario fue patológico en el 33% de los casos, correspondiendo en uno de cada cuatro casos a quiste de ovario a pedículo torcido. En esta entidad, el diagnóstico y tratamiento oportunos evitarán la evolución a necrosis, peritonitis y muerte^{9,11,24}.

La ooforectomía fue el procedimiento en todos los casos. Algunos autores proponen medida conservadora en caso no se evidencie trombosis o gangrena, con el fin de preservarla función ovárica tan importante para la mujer²⁴.

El quiste de ovario roto sangrante, el cuerpo lúteo roto y el quiste folicular roto merecen una nota aparte por la, oparatosidad con que se presentó, generalmente con hipotensión, PUIISO acelerado, ansiedad y aún shock. Realizada la laparotomía o laparoscopia sólo se halló un pequeño vaso que sangraba junto a un quiste ovárico y



una importante cantidad de sangre en cavidad, sangre que obligó a realizar una amplia revisión de la cavidad pélvica y abdominal, después de ligar el vaso sangrante, no habiéndose encontrado otra patología. La hemorragia post quirúrgica es una entidad que sorprende al cirujano más avezado quien, por cierto apresuramiento, no revisa su heinostasia adecuadamente antes de cerrar. O se trata de pequeños vasos que no sangran durante la revisión, pero que, después de pasarlos efectos de la anestesia y cuando la presión arterial regresa a la normalidad, estos vasos pueden empezar a sangrar. Uno de los casos estudiados consistió en la torsión de una trompa de Falopio enferma con hidrosalpinx, entidad poco frecuente y que sólo se encuentra en casuísticas amplias como la nuestra. El abdomen agudo por miomatosis es producido por degeneración de los miomas por defecto de su irrigación y/o por crecimiento rápido. Lo vemos con frecuencia durante el puerperio inmediato, provocando confusión al médico por el dolor y la fiebre persistentes. La mayoría de veces no requieren cirugía. Por otro lado, las adherencias como causa de abdomen agudo nos recuerda, una vez más, que el manejo de los tejidos en cualquier cirugía pélvica debe ser muy delicada y se debe estar seguro de una hemostasia excelente antes de cerrar una incisión quirúrgica, de manera de prevenir la formación de tales adherencias que puedan causar abdomen agudo más adelante. Entre los casos de abdomen agudo por proceso infeccioso, hubo 10 pacientes con anexitis, casos que merecieron un mejor diagnóstico para evitar el trauma operatorio¹⁹. Las indicaciones fueron oportunas en los 3 casos de absceso tuboovárico y los casos de aborto séptico, pelviperitonitis y endometriitis puerperal. La presencia de un absceso pélvico impedirá que la paciente mejore hasta que se realiza la remoción del foco infeccioso, y antes bien, puede empeorar y llegar al shock séptico, como ocurrió en el caso reportado. Dos casos tuvieron laparotomía por perforación uterina. Si un cirujano se percata durante un legrado uterino de haber perforado el útero, su conducta debe ser de observación postoperatoria cuidadosa y, si la paciente no tiene buena recuperación en las próximas horas o el hematocrito cae o hay hipotensión o signos de peritonismo, se realizará la laparotomía. Otras veces, la paciente puede negar el haber tenido un legrado uterino extrahospitalario, si éste ha sido realizado ilegalmente. En dichos casos, la anamnesis debe ser paciente y minuciosa, con un alto índice de sospecha, de manera de poder solucionar el problema antes que la complicación se vuelva irreversible.

El abdomen agudo en gestantes merece atención especial para el ginecoobstetra o el cirujano, pues el fondo uterino crecido desplaza hacia arriba las demás vísceras pélvicas, lo que puede confundir el diagnóstico de la víscera enferma; por lo mismo, la incisión tendrá que hacerse a mayor altura que en la no gestante. También debemos recordar que el embarazo modifica los resultados hematológicos, lo cual aumenta nuestra confusión. Así, 13% de los casos en nuestro estudio tuvieron un diagnóstico preoperatorio de apendicitis, y el diagnóstico postoperatorio fue, en la mayor parte de ellos, salpingitis y, en los demás, quistes ováricos y un embarazo ectópico complicado. Otros tres casos sí tuvieron diagnóstico anatomopatológico de apendicitis¹. En el puerperio, se encuentra en la literatura el informe de trombosis de la vena mesentérica⁷. El caso de rotura uterina relacionado a cesárea corporal previa nos recuerda la alta incidencia de cesáreas en nuestro medio, la que no estará exenta de posibles complicaciones futuras, tales como las placentas previas y acretas, que pueden exigir incisiones corporales. También, hemos tenido la experiencia de cesáreas aparentemente sin complicaciones realizadas en otras instituciones, y que en una nueva cesárea nos dimos con la sorpresa que el ovario y la trompa de un anexo estaban ausentes. La cesárea anterior había alterado profundamente la irrigación del anexo referido, con la necrosis posterior de dicho ovario y trompa. Las cesáreas corporales y las histerotomías realizadas por rayones diversos, representan gran riesgo para un embarazo futuro, siendo preferible sugerir a la mujer no volver a gestar.

La vía de abordaje quirúrgico más frecuentemente utilizada fue la incisión mediana infraumbilical, incisión que permite una adecuada exposición del campo operatorio y que puede ser extendida, si fuera necesario. La incisión Pfannenstiel no debe ser utilizada en los casos de abdomen agudo.

La mujer en edad reproductiva tiene el riesgo de ser intervenida por una emergencia originada en su aparato reproductor, cuyo diagnóstico puede complicarse por la presencia de una gestación. El manejo de estas pacientes requiere experiencia, un buen criterio diagnóstico^{14, 16, 20, 21} y un tratamiento oportuno, para prevenir la profundización del cuadro o la muerte. La ecografía^{8, 22} y la laparoscopia^{5, 6, 15, 17, 26} implementadas en la sala de emergencia, apoyados de pruebas especiales, como las gonadotropinas subunidad beta y los exámenes hematológicos, el color del aspirado de líquido peritoneal obtenido con la ayuda de la ecografía abdominal^{2, 13} el uso selectivo de un catéter fino para citología peritoneal y la laparoscopia^{5, 6, 15, 17} pueden perfeccionar el diagnóstico preoperatorio. Se informa el empleo de la tomografía axial computarizada y, añadiríamos, la resonancia magnética nuclear, con los mismos fines. El estudio de la proteína C reactiva tendría una sensibilidad baja³.



Referencias Bibliográficas

1. Abu Zidan FM, al Hilaly MA and al Atrabi N: Torsion of a mucocele of the appendix in a pregnant woman. Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 71: 140-2-
2. Alanen A: Diagnostic aspiration of abdominal fluid in patients with acute abdomen. Eur j Radiol 1990; 11; 171-4.
3. Al Saigh AH: C-reactive protein in the differential diagnosis of the acute abdomen, especially acute appendicitis. j R Coll Surg Edinb 1992; 37: 238-40.
4. Atrash HK, Friede A and Hodge CJR: Ectopic pregnancy mortality in the United States, 1970-1983. Obstet Gynecol 1987; 70: 817.
5. Baigrie Rj, Scott-Coombes D, Saidan Z, Vipond MN, Paterson Brown S and Thompson JN: The selective use of fine catheter *peritoneal* cytology and laparoscopy reduces the unnecessary *appendectomy* rate. Brj Cl in Pract 1992; 46: 173-6.
6. Berci G, Sackier JM and Paz-Partlow M: Emergency laparoscopy. Am J Surg 199 1; 161: 332-5.
7. Bermudez R; Rodriguez G: Trombosis de la vena *mesentérica en el puerperio*. Reporte de 2 casos. Ginecol ObstetMex 1993; 61: 323-5-
8. Beyer D; Schulte B; Kaiser C: Ultrasound diagnosis of the acute abdomen. Bildgebung 1993; 60: 241-7-
9. Borup K and Rasmussen KL: Isolated torsion of the fallopian tube as differential diagnosis to acute abdominal pain in a thirteen years old girl. Zentralbl Gynako1 199 1; 113: 1397-8-
10. Del Castillo RA, Adri N, Ledesma J, Biancotti O, Farante G: Abdomen agudo ginecológico traumático. Obst Ginecol Lat Amer 1986; 44: 11 S.
11. Del Castillo RA, Farante G, Adri M, Gettar C y López C: Conceptualización y clasificación del abdomen agudo ginecológico (A.A.G.). Nuestra *experiencia*. Obstet Ginecol Lat Amer 1986; 44: 34.
12. Epstein FB: Acute abdominal pain in pregnancy. Emerg Med Clin North Am 1994; 12: 151-65.
13. Feferman I and Cramer J: Splenosis: an unusual cause of intra-abdominal hemorrhage. J Emerg Med 199 1; 9: 239-40.
14. Flak B; Rowley VA: Acute abdomen: plain film utilization and analysis. Can Assoc Radiol J 1993; 44: 423-8.
15. Forde KA and Treat MR: The role of peritoneoscopy (laparoscopy) in the evaluation of the acute abdomen in critically ill patients. Surg Endosc 1992; 6: 219-21.
16. Frisancho O: Normas y procedimientos en el diagnóstico y tratamiento médico (no quirúrgico) del abdomen agudo. Rev *Gastroenterol Peru* 1992; 12: 159-62.
17. Fujino T, Watanabe T, Shinmura R, Hahn L, Nagata Y and Hasui K: Acute abdomen due to adenomyosis of the uterus: a case report. Asia Oceania J Obstet Gynaecol 1992; 18: 333-7.
18. Gunes HA, Egilmez R and Dulger M: Ovarian haemangioma. Brj Clin Pract 1990; 44: 734-5.
19. Hager WD, Eschenbach DA, Spence MR and Sweet RL.: Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. Obstet Gynecol 1987; 61: 113.
20. Lichter ED: Obstetrics and gynecology in the *emergency room*. Obstet Gynecol 1987; 70: 936.
21. Lidelingron MI and Thomson WH: Rebound tenderness test [see comments] Brj Surg 199 1; 78: 795-6.
22. Mc Grath FP and Keeling F: The role of early sonography in the management of the acute abdomen. Clin Radioi 1991; 44: 172-4.



23. Pacheco J: Manual de Obstetricia. Edit. San Miguel, 5a. edición, 1994.

24. Roidick TW. Surgical complications of pregnancy. En Sciarraj Gynecology and Obstetrics Vol. 2, Harper & Row Publ, Hagerstown, 1980.

25. Schmidt Matthiesen A; Schmidt Matthiesen H: [Acute disease of the pelvis: differentiation between gynecologic and surgical cause]. Geburtshilfe Frauenheilkd 1993; 53: 754-9.

26. Scott HJ; Rosin RD: The influence of diagnostic and therapeutic laparoscopy on patients presenting with an acute abdomen. J R Soc Med 1993; 86: 699-701.

27. Summers P: Medical & surgical considerations in gynecology. En Pernoll MI, & Benson RC. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Appleton & Lange, Norwalk/Ios Altos, 1989, pag. 762.

28. Faourel P, Baron MP, Pradel J, Fabre JM, Seneterre E, Bruel JM: Acute abdomen of unknown origin: impact of CT on diagnosis and management. Gastrointest Radiol 1992; 17: 287-91.