

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO
DR. BERNARDO SEPULVEDA
S. S. A.

ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL:

DR. JOSE MEDINA ITURRIAGA

ASESOR DE TESIS:

DR. EFRAIN CAMPOS BARBA

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1993

TM

2665

FM

1993

M4



1020091050

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO
DR. BERNARDO SEPULVEDA
S. S. A.

ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL:

DR. JOSE MEDINA ITURRIAGA

ASESOR DE TESIS:

DR. EFRAIN CAMPOS BARBA

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1993

TM
26658
FM
1993
114



FONDO TESIS

12 13

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL METROPOLITANO
DR. BERNARDO SEPULVEDA
S.S.A.

ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

TESIS

Que para obtener el título en la
Especialidad de Ginecología y Obstetricia

Presenta el:

DR. JOSE MEDINA ITURRIAGA

Asesor de Tesis:

DR. EFRAIN CAMPOS BARBA

Monterrey, N.L.

Enero de 1993

Jose Oscar Mendoza Perales

DR. JOSE OSCAR MENDOZA PERALES
JEFE DEL DEPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA

Samuel Homero Charles Medina

DR. SAMUEL HOMERO CHARLES MEDINA
JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

RESIDENTE: DR. JOSE MEDINA ITURRIAGA

ASESOR: DR. EFRAIN CAMPOS BARBA

A MI ESPOSA DOLORES, A MIS HIJAS DOLORES ANDREA Y
FATIMA CON CARIÑO Y AMOR POR TODO SU APOYO
Y COMPRENSION.

A MIS PADRES JOSE Y MA. GUADALUPE POR SU APOYO
CONSTANTE

CON AGRADECIMIENTO Y GRATITUD HACIA MIS MAESTROS

A MI ASESOR EL DR. EFRAIN CAMPOS BARBA POR SU AYUDA
ORIENTACION Y COOPERACION PARA LLEVAR A CABO ESTA
TESIS

A TODOS MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Y A TODAS NUESTRAS PACIENTES FUENTES INNAGOTABLES
DE ENSEÑANZA

C O N T E N I D O

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS
- IV. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES
- V. BIBLIOGRAFIA

ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

INTRODUCCION

La mujer embarazada con dolor abdominal puede plantear uno de los desafíos diagnósticos más difíciles para el médico obstetra o de otras especialidades. Pues el embarazo se acompaña de cambios fisiológicos y anatómicos maternos que pueden alterar los síntomas y la reacción normal de la mujer a las enfermedades intraabdominales. (1)

El efecto del embarazo sobre la patología es tan importante como el de la patología sobre la gestación. Los cambios fisiológicos normales del embarazo, en particular los del crecimiento gradual del útero grávido con desplazamiento del contenido abdominal, y la natural frecuencia de molestias abdominales, náuseas y vómitos asociados con el embarazo, pueden enmascarar las manifestaciones de la enfermedad. La demora o fracaso para establecer el diagnóstico correcto puede provocar interrupción de la gravidez, elevando innecesariamente los índices de morbilidad y mortalidad materna. (2)

El diagnóstico clínico de ABDOMEN AGUDO en el embarazo es más difícil por dos causas, 1. Es necesario incluir en el diagnóstico diferencial problemas relacionados con el embarazo, vgr. desprendimiento prematuro de la placenta, rotura tubaria, o infección de las vías urinarias; y 2. Los signos clásicos son oscurecidos por el aumento del tamaño del útero, que altera los signos anatómicos y topográficos de localización, oculta las reacciones musculares al distender la pared abdominal, y dificulta la palpación de masas intraperitoneales. (4)

Las principales patologías que implican abdomen agudo en la embarazada han sido, Apendicitis aguda, Colecistitis, Heridas penetrantes de abdomen, Obstrucción intestinal, Tumores ováricos, Pancreatitis, y la Úlcera péptica. Sin embargo en el presente estudio no encontramos las dos últimas patologías.

SINTOMAS DE ABDOMEN QUIRURGICO

El dolor abdominal es la queja más común de las pacientes con abdomen agudo. El cirujano no sólo debe realizar el diagnóstico, sino que debe aconsejar el tratamiento y llevarlo a cabo (2).

El conocimiento que posee el obstetra de que ciertos síntomas y signos no siempre deben atribuirse al embarazo, debe reforzar sus sospechas lo suficiente a fin de establecer un diagnóstico precoz y correcto.

Los síntomas más frecuentes a evaluar son: dolor abdominal, náuseas y vómitos, distensión abdominal y shock (2). Pudiendo atribuirse a la gestación y estar asociados con la misma, o bien anuncian el comienzo de una emergencia aguda no obstétrica.

DOLOR. El dolor abdominal leve es común durante todo el curso del embarazo; siendo factores causales tanto complicaciones de embarazo, como ginecológicas no obstétricas. En el embarazo temprano se citan entre causas de dolor la congestión vascular de tejidos pélvicos, tensión de ligamentos redondos, embarazo ectópico y amenaza de aborto (2). Más tarde son obstétricas las contracciones de Braxton-Hicks, trabajo de parto prematuro, desprendimiento placentario o rotura uterina. La torsión de tumores ováricos y la torción o degeneración de fibromas uterinos pueden causar dolor abdominal en cualquier momento de la gestación.

Los problemas quirúrgicos agudos que pueden complicar el embarazo incluyen los que puede presentar la paciente no grávida. Siendo el dolor abdominal con frecuencia el primer síntoma. Pueden complicar la gravidez: apendicitis aguda, colecistitis aguda, y obstrucción intestinal.

El dolor asociado con apendicitis aguda se describe como dolor periumbilical o difuso de desarrollo gradual, dolor abdominal cólico con localización en fosa iliaca derecha luego de seis a doce

horas. Debido al desplazamiento del ciego y base del apéndice, al progresar el embarazo, la localización puede elevarse lo que puede crear confusiones cuando el dolor es producido por patología vesicular.

El dolor provocado por la colecistitis y la colelitiasis es variable. Pudiendo localizarse en el hipocondrio derecho si se debe a inflamación aguda o constituir el típico dolor irradiado asociado con cólico biliar. Con frecuencia es punzante, paroxístico y espasmódico. En forma característica se localiza en regiones epigástrica y subcostal derecha, pudiendo irradiarse hacia arriba, por sobre el hemitórax derecho o alrededor de la región subescapular.

El comienzo de dolor debido a obstrucción intestinal aguda por lo general es repentino, espasmódico y cólico; se refiere con mayor frecuencia a la región media del abdomen.

El dolor que acompaña a la perforación de una víscera hueca, es por lo común repentino y violento. Se origina en el epigastrio y se distribuye rápidamente por todo el abdomen.

NAUSEAS Y VOMITOS. Se asocian con dolor o distensión. Los vómitos prolongados o profusos y los de ocurrencia posterior al quinto mes de la gestación no son típicos "vómitos de embarazo" (2). Al existir apendicitis, colecistitis u obstrucción intestinal, los vómitos han sido precedidos en la mayoría de los casos por dolor abdominal.

DISTENSION ABDOMINAL. Asociada con otros síntomas, en particular vómitos y dolor abdominal cólico, puede indicar obstrucción intestinal. La distensión asimétrica puede sugerir obstrucción de asa intestinal, posiblemente debida a neoplasia benigna o maligna, causada por un quiste ovárico o por un fibroma.

HEMORRAGIA Y SHOCK. La hemorragia severa que tiene lugar durante el embarazo con posterior instalación del shock suele ser resultado de emergencia obstétrica evidente (placenta previa, desprendimiento placentario). Cuando se presenta shock repentino sin hemorragia vaginal evidente, además de posibles causas

obstétricas (rotura uterina), hay que considerar la posibilidad de emergencia quirúrgica no relacionada con la gestación.

MATERIAL Y METODOS

Durante el periodo comprendido del 21 de mayo de 1986 al 30 de agosto de 1992 (seis años aprox.) fueron revisados en forma retrospectiva los diarios de las intervenciones quirúrgicas efectuadas, y que además tenían como diagnóstico secundario el de Embarazo; así como las hojas de diagnóstico final. Encontrando unicamente 19 casos de Abdomen Agudo Quirúrgico y Embarazo; así como un subregistro de la información.

De éstos expedientes se analizaron los siguientes datos: Edad, Gesta, Partos, Cesáreas, Abortos, y Edad Gestacional. Así como los diferentes síntomas que presentaron a su ingreso: Presencia de Dolor Abdominal, Náuseas, Vómitos, Shock, Fiebre, Diagnóstico definitivo, y Tratamiento obstétrico de soporte.

RESULTADOS

EDAD

Según la distribución por grupos de edad, se observa en el cuadro I, las mayores concentraciones de pacientes fué en los grupos comprendidos de los 15-19 años, equivalentes a un 31.57%; y entre 25-29 años equivalentes también a un 31.57%. La fluctuación de edad fué de 15 hasta 39 años. El promedio de edad fué de 23.94 años.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES

Edades	No. casos	%
15-19 años	6	31.57%
20-24 años	5	26.31%
25-29 años	6	31.57%
30-34 años	-	-
35-39 años	2	10.52%
40 ó más	-	-
TOTAL	19	100%

CUADRO I.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

GESTAS

Como se muestra en el cuadro II, se observó un promedio de 2 a 4 partos previos, correspondiendo a un 63.15%. Siendo el promedio de Gestas de 2.31 .

PARTOS PREVIOS

Como observamos en el cuadro III, no había partos previos en 9 casos, lo cual correspondía a un 47.36%; sin embargo el promedio de partos previos fué de 1.15 .

CESAREAS Y ABORTOS

De los 19 casos estudiados, el promedio de cesáreas fué de 0.21; y con respecto a abortos previos no se encontró ninguno.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Gestas	No. casos	%
I	7	36.84%
II-IV	12	63.15%
V o mayor	-	-
TOTAL	19	100%

CUADRO II.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Partos previos	No. casos	%
0	9	47.36%
I	3	15.78%
II	2	10.52%
III	5	26.31%
IV o más	-	-
TOTAL	19	100%

CUADRO III.

EDAD GESTACIONAL

Tal como observamos en el cuadro IV, se efectuó el diagnóstico e intervención quirúrgica en un 42.10% durante el primer trimestre del embarazo (8 casos).

DATOS CLINICOS SOBRESALIENTES

Tal y como podemos apreciar en el cuadro V, sobresalió en todos los pacientes el dolor abdominal como el dato primordial. Siendo seguido por los vómitos en 11 casos (57.89%); presentando náuseas 10 pacientes, corresponde a un 52.63%; y fiebre también en 10 pacientes (52.63%). Fué reportado un solo caso con shock (5.26%).

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

De los casos reportados, tal como se ve en el cuadro VI, el diagnóstico que sobresalió fué el de Apendicitis Aguda en 7 casos (36.80); siendo seguido por Quiste torcido de ovario en 3 casos (15.78%); Herida penetrante de abdomen en 2 casos (10.52%); Colelitiasis en 2 casos (10.52%). Presentándose un solo caso del resto de las patologías mencionadas en dicho cuadro.

TRATAMIENTO EMPLEADO

Como se aprecia en el cuadro VII, el 100% de las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente. Además que en un 31.5% de los casos se emplearon utero inhibidores; en un 36.4% se empleó reposo (observación); en 15.6% se efectuó profilaxis hormonal; y en un 5.2% se utilizó antibioticoterapia.

EDAD GESTACIONAL

	No. casos	%
1-12 sem.	8	42.10%
13-26 sem.	5	26.31%
27-40 sem.	6	31.57%
TOTAL	19	100%

El promedio de la edad gestacional
fué de 19.05 sem.

CUADRO IV.

DATOS CLINICOS SOBRESALIENTES

	No. casos	%
Dolor abdominal	19	100%
Náuseas	10	52.63%
Vómitos	11	57.89%
Fiebre	10	52.63%
Shock	1	5.26%

CUADRO V.

1020091050

DIAGNOSTICOS POST INTERVENCION QUIRURGICA

Diagnóstico	No. casos	%
Quiste torcido de ovario	3	15.78%
Apendicitis Aguda	7	36.84%
Intususcepción intestinal	1	5.26%
Sepsis puerperal; Shock séptico	1	5.26%
Enterocolitis Infecciosa	1	5.26%
Herida penetrante de abdomen	2	10.52%
Cuerpo amarillo hemorrágico y apéndice cecal normal	1	5.26%
Vólvulo de ileón y divertículo de Meckel	1	5.26%
Colelitiasis	2	10.52%
TOTAL	19	100%

CUADRO VI.

TRATAMIENTOS EMPLEADOS

Tratamiento	No. casos	%
Reposo (observación)	7	36.4%
Utero inhibidores	6	31.5%
Profilaxis hormonal	3	15.6%
Antibioticoterapia	1	5.2%
Intervención quirúrgica efect <u>u</u> andose además en dos pacientes la interrupción del embarazo mediante operación cesárea.	19	100%

CUADRO VII.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

I. El Abdomen Agudo y Embarazo representa una gran dificultad diagnóstica, y por ende el diagnóstico tardío o inadecuado con lleva a consecuencias catastróficas, ya que pone en juego la habilidad diagnóstica y quirúrgica del médico.

II. En el presente estudio se recopilaron todas las pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo que llegaron a los Departamentos de Gineco Obstetricia, y Cirugía General, del Hosp. Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, en un periodo comprendido de seis años; cabe mencionar que no todos los casos fueron consignados debido a que solo se mencionó la patología quirúrgica, más no el embarazo aunado.

III. En relación a la distribución por grupos de edad, se encontró que el embarazo no modifica la frecuencia del Abdomen Agudo. De igual manera no teniendo relación alguna con el número de gestaciones.

IV. La Apendicitis Aguda es la causa más común de abdomen agudo en la mujer embarazada, ocurriendo en todos los grupos de edad, siendo más frecuente durante la segunda y tercera décadas. Lo cual va de acuerdo a los reportes bibliográficos; siendo su incidencia según los diferentes autores de 1:555 a 1:3,300 nacimientos (7).

Cabe mencionar que en éste estudio encontramos diferentes patologías siendo la segunda causa más frecuente el Quiste de Ovario con fenómeno de torción, y posteriormente Colelitiasis y Traumatismos Abdominales. Se presentaron algunas patologías raras como Intususcepción Intestinal, Vólvulo Intestinal con divertículo de Meckel.

V. Se considera que la dificultad diagnóstica es directamente proporcional a la duración del embarazo; y la incidencia

por trimestres es esencialmente uniforme.

VI. En relación con la sintomatología que presenta la paciente embarazada con Abdomen Agudo, puede ser muy diversa y variada según los diversos autores; siendo las más frecuentes la anorexia, náuseas y el dolor abdominal, más comunmente en el cuadrante inferior derecho, el cual varía según la edad gestacional.

VII. Es importante contar con el apoyo de los diversos estudios de laboratorio y gabinete; lo cual aunado a los datos clínicos nos facilitará el diagnóstico preciso y temprano.

VIII. La morbimortalidad del Abdomen Agudo en el embarazo es directamente proporcional a la edad gestacional, incrementándose así los casos de gangrena con perforación y flemón, o formación de abscesos siendo lo más común. La mortalidad materna es baja según los diferentes autores, siendo del 2% según Brant (18); más sin embargo en el presente estudio ocurrió una muerte materna debido a una atención tardía.

IX. En relación al tipo de cirugía empleada, varió dependiendo esto de cada patología.

X. La incidencia de diagnósticos falsos negativos de apendicitis fué de un 15%, comparado esto con la literatura donde reportan de 35-55%.

Muy frecuentemente el apéndice es descrito como normal al momento de la cirugía y el patólogo reporta periapendicitis aguda, siendo para algunos considerada una entidad no patológica y para otros una forma temprana de apendicitis aguda.

XI. La interrupción del embarazo por vía abdominal dependerá de la evaluación obstétrica, reservándose para pacientes no complicadas, no corriendo un riesgo adicional a la morbilidad. No es aconsejable la apendicectomía profiláctica durante la cesárea, más sin embargo en algunos hospitales de los E.E.U.U. se efectúa.

XII. En este estudio se utilizaron útero inhibidores y tratamiento hormonal profiláctico, siendo nula la morbilidad fetal; más sin embargo esto va directamente proporcional a las complicaciones ya antes mencionadas.

XIII. En relación al tratamiento empleado en las pacientes con Abdomen Agudo y Embarazo, no es criticable tomar una conducta quirúrgica temprana ante la sospecha de dicha patología, teniendo en cuenta que una decisión tardía puede tener consecuencias fatales.

BIBLIOGRAFIA

1. Gregory R. DeVore: Clínicas de Perinatología, Embarazo de Alto Riesgo.
Vol 2;1980 Edit. Interamericana.
2. Walter L. Mersheimer, Kirk K. Kazzarian: Abdomen Agudo en el Embarazo, en Complicaciones Quirúrgicas en el Embarazo de Hugh R.K. Barber, Edward A. Graber
Editorial Médica Panamericana, 1978.
3. Denis Cavanagh: Urgencias Obstétricas
Salvat 2a. Edición, 1982.
4. Allan E. Kark: Alteraciones Abdominales de Urgencia, en ComPLICACIONES MÉDICAS QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS en el Embarazo de Joseph J. Rovinsky, Alan F. Guttmacher
Edit. Interamericana S.A., 2a. Edición 1967.
5. J.M. Baden M.D. and J.B. Brodsky M.D.: The pregnant surgical patient
Futura Publishing Company, Inc., 1985.
6. Pritchard, MacDonald, Want: Williams Obstetricia
Salvat Editores 3a. Edición, 1986.
7. Cunningham, McCubbin: Appendicitis Complicating Pregnancy
Obst and Gynaecology 45:415-19,1975.
8. Portington: Abdominal pregnancy complicated by appendicitis.
Case report
British Journal of Obst and Gynaec 93:1011-12,1986.
9. Lauders: Acute cholecystitis in pregnancy
Obstetrics and Gynecology 69:131-32,1987.
10. Watson, Quayle: Intussusception in pregnancy. Case report and review of the literature
British Journal of Obst and Gynaecology 93:1093-96,1986.

11. Hopkins, Duchon: Adnexal surgery in pregnancy
The Journal of Reproductive Medicine 31:1035-37,1986.
12. Ginsburg: Spontaneous utero-ovarian vessel rupture during pregnancy, three case reports and a review of the literature
Obstetrics and Gynecology 69:474-76,1987.
13. Lowry, O'Dea: Splenic artery aneurysm rupture, the seventh instance of maternal and fetal survival
Obstetrics and Gynecology: 67:291-92,1986.
14. Franger: Abdominal gunshot wounds in pregnancy
Am. J. Obstet Gynecol 160:1124-28,1989.
15. Burrow Ferris: Complicaciones Médicas durante el Embarazo
Ed Médica Panamericana, 2a. Edición 1984.
16. Taylor, Slate: Cirugía y traumatismos durante el Embarazo, en Perinatología Operatoria de Iffy Charles
Editorial Médica Panamericana, 1986.
17. Procedimientos en Obstetricia
Hosp. Luis Castelazo Ayala, I.M.S.S., 1990.
18. R.F. Mattingly, J.D. Thompson
Te Linde Ginecología Operatoria
Ed El Ateneo, 6a. Edición, 1987.
19. Pearlman M.D.: Blunt Trauma during Pregnancy
Obst and Gynecol Survey Vol 46(7):442-43,1991.
20. Tamir, Bongard, Klein: Acute Appendicitis in the Pregnant Patient
Obst and Gynecol Survey Vol 46(7):446-48,1991.
21. Pucci, Seed: Case report of laparoscopic cholecystectomy in the third trimester of pregnancy
Am J Obstet Gynecol 165:401-02,1991.

22. Sunno: Adnexal masses in pregnancy, occurrence by ethnic group
Obst Gynecol 75(1):38-40,1990.
23. K.R. Niswander: Manual de Obstetricia Diagnóstico y tratamiento
Ed Salvat, 1984.
24. Pernoll, Benson: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos
Ed El Manual Moderno, 5a. edición, 1989.

