

Abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en el tercer trimestre del Embarazo

Carlos Espino Vega ¹, Luis Miranda Rosales ², Saúl Espinoza Rivera ³, Luis Padilla Gandolias ⁴
 1Médico Asistente Servicio de Cirugía Hospital Nacional "Sergio Bernales". Lima-Perú
 2,3Médico Residente Servicio de Cirugía Hospital Nacional "Sergio Bernales" Lima-Perú
 4Médico Asistente Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional "Sergio Bernales". Lima-Perú

Correspondencia: luismirr77@yahoo.com

Resumen

Paciente mujer de 29 años gestante de 34 semanas acude por Emergencia. Tiempo de enfermedad tres días; refiere dolor abdominal tipo opresivo, secreción vaginal acuosa, blanquecina, disuria y poliaquiuria. Diagnóstico de ingreso: Segundigesta de 34 5/7 semanas, Síndrome de irritabilidad uterina, Descartar ITU, Cesareada anterior; la paciente es hospitalizada; durante la observación, se diagnostica Desprendimiento prematuro de placenta. Se indica Cesárea de Emergencia, los hallazgos: recién nacido vivo sexo femenino, líquido amniótico verde claro escaso, placenta con 15% de desprendimiento, secreción purulenta 200 cc. Apéndice cecal, retroileal, perforada en su base; se realiza laparotomía exploratoria, apendicetomía y drenaje. En el post operatorio siete se diagnostica Infección de Herida operatoria. Evolución favorable del recién nacido. Sale de alta médica en el post operatorio 13.

Palabras clave: apendicitis aguda, gestante, peritonitis.

Abstract

A 29 year old pregnant woman presented to the Emergency department with a three day history of oppressive abdominal pain, white fluid vaginal discharge, dysuria and urinary frequency. She is admitted with the following diagnosis: 1.-Second 34 5/7 weeks pregnancy 2.- Uterine irritability syndrome 3.- Urinary tract infection 4.- Previous C-section. During her admission she is diagnosed of abruptio placenta. An emergency C-section is performed. Operative findings: Alive female new born, scarce green clear amniotic fluid, 15% of placental separation, approximately 200 cc of purulent fluid, retroileal cecal appendix perforated at its base. Exploratory laparotomy, appendectomy and drainage were performed. In the seventh post-operative day a surgical site infection was diagnosed and she was discharged on the 13th post-operative date. The newborn had an uneventful evolution.

keywords: acute appendicitis, pregnant, peritonitis.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de apendicitis aguda en el embarazo es de aproximadamente de 1 por 1500 embarazos y es más frecuente durante el segundo trimestre del embarazo (1). En un estudio en Korea se encontró que el embarazo era un factor protector de apendicitis aguda en el tercer trimestre. Entre los factores que explicarían esta tendencia.

es que los Linfocitos T2 Helper podría proliferar durante el embarazo, segundo; los niveles de estrógeno, andrógenos y progesterona durante el embarazo, podría cambiar la conducta de las células T 2 Helper (2). Esta reacción inmune cambia durante el embarazo y puede influenciar el inicio de la apendicitis aguda (3). Presentamos un caso de peritonitis generaliza por apendicitis aguda perforada en una gestante pre-término del tercer trimestre de gestación.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 29 años gestante natural de Colombia, procedente de Comas, acude por Emergencia el ocho de Julio del 2013 a las 13:20 horas, con un tiempo de enfermedad de tres días. Relato: Refiere dolor en región abdominal tipo opresivo, intensidad moderada que se intensifica con los cambios posturales y le dificulta la deambulaci3n; asimismo refiere secreci3n vaginal acuosa, blanquecina, disuria y poliaquiuria. Hospitalizada por 48 horas por s3ndrome de irritabilidad uterina. Funciones biol3gicas: Conservadas. Antecedentes: GS y Factor A +, G2 P1001 FUR: 10/11/12. FPP: 17/8/13. EG: 34 5/7 semanas por FUR. Cesareada el 2004 por estrechez p3lvica. Control pre natal 04. Al examen T 37°C, PA 90/60, FR 20 FC 82 Peso: 73.5 Kg. Talla 1.58 m AREG, AREN, AREH. TCSC no edemas. T3rax MV pasa bien AHT. CV: RCR buena intensidad, no soplos. Abdomen gr3vido, AU: 28 cm SPP: LCI LCF: 156 por minuto. Tacto vaginal: No cambios cervicales. Diagn3stico de ingreso: Segundigesta de 34 5/7 semanas por FUR, S3ndrome de irritabilidad uterina, Descartar ITU, Cesareada anterior por Estrechez p3lvica. Se inicia hidrataci3n con CINA 9 0/00 500 cc a chorro, luego 30 gotas por minuto, Nifedipino 10 mg VO C/20 minutos por tres dosis Control obst3trico: Din3mica uterina+ LCF. Resultados de laboratorio: Hemograma Leucocitos 11030, Neutr3filos 9730, Abastados cero, Hemoglobina 11.6g/dl, plaquetas 251000. Sedimento urinario: Leucocitos 2-3/campo, cel epiteliales: 1-2/campo. Gram no se observan g3rmenes, examen microbiol3gico: negativo. Evoluci3n: Fiebre. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpaci3n, 3tero gr3vido, TV: AP -3, DU: 1/10, ++/+++ , 40 segundos LCF: 180-185. MF: ++/+++ . A las 20: 40 horas se diagnostica s3ndrome de irritabilidad uterina; se indica Ceftriaxona 2 g EV c/ 24 horas. En el sexto d3a de hospitalizaci3n, se realiza Test NST: Feto reactivo nivel 3ptimo de Cardiotopografia, puntaje 9. Abdomen: Blando, depresible LCF 134- 139 por minuto. Tacto vaginal: Cervix posterior sin modificaciones, sangrado rojo rutilante en moderada cantidad. Se realiza Ecografia: Placenta de inserci3n f3ndica con hematoma, Oligoamnios severo ILA 3 cm, circular simple de cuello, con diagn3stico de Desprendimiento prematuro de placenta (Hemorragia de la Segunda Mitad del embarazo). Se indica Ces3rea de Emergencia. Riesgo quir3rgico I. Se realiza incisi3n de Pfannenstiel. Hallazgos: Reci3n nacido vivo sexo femenino, l3quido amni3tico verde claro escaso, 15% de desprendimiento, secreci3n purulenta aproximadamente 200 cc proveniente de parieto c3lico derecho. Se realiza incisi3n mediana infraumbilical, se encuentra plastr3n de todo hemiabdomen inferior; epipl3n adherido firmemente a pared abdominal. Ap3ndice cecal, retroileal de 8 por 1 cm, perforada en su base; se realiza laparotom3a exploratoria m3s apendicetom3a con jareta doble m3s lavado de cavidad m3s drenaje. En el post operatorio inmediato, se indica hidrataci3n, oxit3cicos, antibi3ticos. En el post operatorio 7, se diagnostica infecci3n de herida operatoria, evoluci3n favorable del reci3n nacido. Se indica el alta m3dica el post operatorio 13.

DISCUSI3N

Los hallazgos patol3gicos de la apendicitis aguda son m3s evidentes durante el primer trimestre del embarazo, disminuyendo durante el segundo y tercer trimestre (4), el ap3ndice se localiza en la fosa iliaca derecha, con notoria presencia de signos de irritaci3n peritoneal; hacia las 24 semanas de gestaci3n el ap3ndice migra encima de la cresta iliaca derecha y la punta del ap3ndice rota medialmente hacia el 3tero, hacia el t3rmino de la gestaci3n el ap3ndice puede localizarse el cuadrante superior derecho, cercano a la ves3cula biliar, a su vez los signos de irritaci3n peritoneal no son evidentes, puede observarse una peritonitis difusa; por cuanto el peritoneo parietal se encuentra alejado del peritoneo visceral. (5) Existe dificultad para el diagn3stico de apendicitis durante el embarazo debido a cambios en la localizaci3n del ap3ndice durante el curso del embarazo, s3ntomas y signos difusos; a su vez por las diferentes localizaciones del ciego. En nuestro caso el diagn3stico de abdomen agudo quir3rgico fue despu3s de realizarse la ces3rea. Los s3ntomas y signos son variables; el signo de rebote 55-75%, rigidez muscular 50-65%; anorexia y v3mito (6,7) son comunes durante el primer trimestre, leucocitosis var3a de 10 000 a 20 000, no es 3til durante el parto; aunque la presencia de neutrofilia podr3a indicar la presencia de leucocitosis (6). El ultrasonido tiene una sensibilidad de 85% y especificidad de 92%, la tomografia 92% de sensibilidad y 99% de especificidad.(8); aunque la sensibilidad de la ecografia disminuye a 28% cuando el ap3ndice se ha perforado(6). La menor tasa de visibilidad del ap3ndice cecal durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (9). En el estudio por im3genes la prueba inicial es la ecografia, en caso no sea posible el diagn3stico, se sugiere en el primer trimestre la resonancia magn3tica, durante el segundo y tercer trimestre la tomografia o resonancia (10). En nuestro la mayor3a de las gestantes son diagnosticados cl3nicamente, siendo el estudio por im3genes de poca utilidad durante el segundo y tercer trimestre, se excluyen los diagn3sticos diferenciales relacionados y no relacionados al embarazo (5). El m3dico deber3a empezar descartando emergencias obst3tricas que ponen en peligro la vida de la madre como el desprendimiento prematuro de placenta o la ruptura uterina (11). La ocurrencia de apendicitis aguda y parto, es un reto; los mismos s3ntomas y signos que se dificultan el diagn3stico de apendicitis aguda en el tercer trimestre del embarazo (dolor abdominal, anorexia, n3usea, v3mito y leucocitosis) son similares para el post parto inmediato, el riesgo de ruptura apendicular puede llegar a 60% en este grupo; en el post parto debemos considerar la posibilidad de endometritis post parto. (12) La frecuencia de ruptura apendicular es de 17 a 29% y la subsecuente formaci3n de absceso 3.8%, la ruptura apendicular puede llegar hasta 60% en las mujeres gestantes; durante el post parto se puede presentar fiebre y dolor abdominal, signos para descartar endometritis (13) El realizar cualquier cirugia durante el embarazo, conlleva a un riesgo de

15 a 40% de parto prematuro. La mortalidad neonatal en apendicitis no perforada es de 1% y se incrementa a 15% en el caso de las perforadas.(8) El procedimiento quirúrgico durante el embarazo constituye un riesgo para los neonatos, por cuanto se reporta parto prematuro en 7.7% para apendicectomía laparoscópica y 11.3% en apendicectomía abierta, también se reporta mortalidad neonatal 6% porcentaje mayor a apendicectomía abierta 3.1%. Afortunadamente el recién nacido y la madre no tuvieron morbilidad ni mortalidad importante. La tasa de mortalidad se incrementa para los recién nacidos menores a 1000 gramos (14), también se reporta mayores tasas de bajo peso al nacer, parto pretérmino, pequeños para la edad gestacional, anomalías congénitas, pre eclampsia, eclampsia, apgar score < 7 a los cinco minutos (15). Finalmente el tiempo entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica es el principal determinante pronóstico (11) además del diagnóstico de apendicitis aguda complicada, para el pronóstico materno y fetal (10).

Si la cirugía se realiza dentro de las primeras 24 horas la tasa de mortalidad materna y fetal disminuyen (11).



Figura 1. Apéndice cecal perforada y útero puerperal.

BIBLIOGRAFIA

- Laparoscopic versus open appendectomy in pregnancy: A systematic review Colin A. Walsh , Tjun Tang, Stewart R. Walsh. *international journal of surgery* 6 (2008) 339–344.
- Dr Gérard Chaouat. Immune cells in uteroplacental tissues throughout pregnancy: a brief review. *Reproductive BioMedicine Online*. Vol 14. No 2. 2007 256-266.
- Jin-Sung Yuk, Yong Jin Kim, Jun-Young Hur, Jung-Ho Shin, *J Korean Surg Soc Association between pregnancy and acute appendicitis in South Korea: a population-based, cross-sectional study* 2013;85:75-79.
- Philip A. Hodnett, Michael M. Maher. *Imaging of gastrointestinal and hepatic diseases during pregnancy*. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. Vol. 21, No. 5, pp. 901–917, 2007
- Tracy A. Jaffe. *Imaging of Acute Appendicitis in Adults: Current Practices in Pregnant Women*. *Imaging of Acute Appendicitis in Adults and Children*, Medical Radiology. Diagnostic Imaging, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011. P 131-139.
- Goran Augustin *, Mate Majerovic. *Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 131 (2007) 4–12.
- J. J. S. Brown, C. Wilson, S. Coleman and B. V. Joypaul. *Appendicitis in pregnancy: an ongoing diagnostic dilemma*. *Colorectal Disease*. 2009- 11, 116–122.
- Jacqueline J Choi, MD, Rose Mustafa, MD, Elizabeth T Lynn, MD, Celia M Divino, MD. *Appendectomy During Pregnancy: Follow-Up of Progeny*. *J Am Coll Surg* 2011;213: 627–632.
- Bruce E. Lehnert & Joel A. Gross & Ken F. Linnau & Mariam Moshiri. *Utility of ultrasound for evaluating the appendix during the second and third trimester of pregnancy*. *Emerg Radiol* (2012) 19:293–299.
- Michael Freeland, M.D., Erin King, M.D., Karen Safcsak, R.N., Rodney Durham, M.D. *Diagnosis of appendicitis in pregnancy*. *The American Journal of Surgery* (2009) 198, 753–758
- N. Miloudi, M. Brahem, S. Ben Abid, Z. Mzoughi, N. Arfa, M. Tahar Khalfallah. *Acute appendicitis in pregnancy: Specific features of diagnosis and treatment*. *Journal of Visceral Surgery* (2012) 149, e275—e279.
- Scott W. Irvine MD. *American Journal of Emergency Medicine* (2010) 28, 262.e1–262.e3
- Scott W. Irvine MD. *American Journal of Emergency Medicine* (2010) 28, 262.e1–262.e3
- Torsten Ueberrueck, M.D., Andreas Koch, M.D., Lutz Meyer, M.D., Michael Hinkel, M.D., Ingo Gastinger, M.D., Ph.D. *Ninety-four Appendectomies for Suspected Acute Appendicitis during Pregnancy*. *World J. Surg.* 28, 508–511, 2004
- Po-Li Wei & Joseph J. Keller & Hung-Hua Liang & Heng-Ching Lin. *Acute Appendicitis and Adverse Pregnancy Outcomes: A Nationwide Population-Based Study*. *J Gastrointest Surg* (2012) 16:1204–1211.