



Hace 55 años

Cirugía abdominal, embarazo y parto*

Por el Dr. José G MARTÍNEZ
Director de la Maternidad Conchita.
Monterrey, N.L.

Con frecuencia hemos sido llamados para atender a futuras madres –que ya estaban bajo nuestros cuidados pre-natales o que nos solicitan por primera vez– con motivo de dolor abdominal. No siempre es fácil establecer el diagnóstico correcto que nos conduce a la terapéutica apropiada, y las condiciones especiales de la paciente, son motivo para que se le aconseje que debe rechazar toda proposición de intervención quirúrgica, en vista de su gestación o de la proximidad del parto.

La primera dificultad es la del diagnóstico, exige del clínico obstetra un examen completo, ordenado y sistemático y el conocimiento de ciertas características que la gestación imprime al caso. Brevemente expondremos la conducta que seguimos.

1º Hacer la distinción entre origen genital, o extragenital del síntoma dolor: intermitente – violento – sincopal. Signos que lo acompañan: hemorragias – vómitos – fiebre – diarrea – contractura – hiperestesia, etc.

2º Datos de laboratorio complementarios. Cuenta y fórmula leucocitaria – velocidad de sedimentación – reacción de Frieddman, etc.

En esta vez solamente nos ocuparemos de los padecimientos de origen extra-genital que presentándose durante el embarazo requieren intervención quirúrgica abdominal, de urgencia.

El diagnóstico de apendicitis aguda será hecho por su sintomatología habitual, tomando en cuenta para los casos de gestaciones mayores de cinco meses, la posición elevada y hacia afuera del ciego –estudios radiológicos de BAER, REIS y AREUS– que pueden hacer pensar en cólico hepático, colecistitis o colitis.

El examen debe ser hecho colocando a la paciente en decúbito lateral izquierdo para que la latero-versión uterina no impida la palpación correcta. La presión sobre el flanco lateral izquierdo ordinariamente provoca dolor (signo de Brindeau).

La contractura muscular, la hiperestesia, y los vómitos, pueden estar ausentes. La contracción de la pared uterina que acompaña a la apendicitis supurada, no debe desviar el diagnóstico hacia el trabajo de parto, debe explorarse el cuello uterino.

En las primigestas el dolor puede hacerlas creer, como sucedió en dos casos recientes de mi práctica privada, en un principio de trabajo de parto.

El cólico nefrítico y en particular cuando éste se acompaña de hidronefrosis o colibacilosis puede ser motivo de dificultad diagnóstica, deben investigarse los antecedentes: examen de orina y pedir la colaboración del urólogo. Este estado no es motivo de intervención quirúrgica urgente sino por excepción.

La obstrucción intestinal, menos frecuente en el embarazo que fuera de él, por ser excepcional la presencia de las causas que lo originan, puede ser motivo de intervención urgente, TITUS relata un caso en que fue necesario resecar tres metros de intestino delgado.

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:367-370.

do, habiendo sobrevenido al parto, que se terminó por forceps una semana después.

El empiema de la vesícula biliar puede llegar a requerir operación de emergencia, así como la obstrucción del colédoco, en cuyo caso suelen presentarse serias dificultades técnicas.

Una vez que se ha podido precisar el diagnóstico de apendicitis o de vientre agudo (obstrucción intestinal, peritonitis) la intervención debe proponerse en cualquier época del embarazo que se encuentre la paciente. La frecuencia de apendicitis es mayor en los primeros tres meses del embarazo, según la estadística de JERLOW cuya gráfica es como sigue:

Los accidentes apendiculares (cólicos, infecciosos, adherencias) son también numerosos al principio que al fin del embarazo.

Es muy discutido el hecho de que la gestación favorezca la aparición de la apendicitis aguda, pero casi siempre hemos encontrado en nuestras pacientes embarazadas antecedentes de crisis apendiculares, y hemos podido comprobar que en los casos de apendicitis en mujeres no embarazadas que después se hacen gestantes, presentan crisis o accidentes más o menos serios durante sus gestaciones.

Podemos afirmar, basándonos en los casos que hemos atendido, que la apendicectomía no provoca, sino por excepción, la interrupción del embarazo. Es más probable, según las estadísticas consultadas y según la corta experiencia personal que dicha interrupción del embarazo sobrevenga cuando no se interviene.

La crisis apendicular reviste en el embarazo mayor gravedad que fuera de él. El volumen crecido del útero y su gran superficie peritoneal no favorece la aglutinación de las asas intestinales para limitar la infección y en cambio presenta una superficie mayor de serosa susceptible de ser infectada.

De acuerdo con las ideas expuestas por H. VIGNES por TITUS y por MONDOR, apendicitis que se diagnostica debe ser operada en cualquier tiempo del embarazo que se trata. Claro está que esto no se refiere, y en ello también estamos de acuerdo, a la apendicitis catarral pasajera, sino a la que tiende a la supuración o a la peritonitis generalizada.

La técnica operatoria puede revestir dificultades por el desalojamiento y posición anormal del ciego,

como en uno de los casos que relato, pero de ordinario se puede ejecutar llevando la inserción un poco más arriba del punto clásico de Mc BURNEY.

HISTORIAS CLÍNICAS

Sra. A. A. de G. 29 años de edad.- Embarazo de 9 meses, primigesta. Antecedentes familiares no patológicos; ginecológicos y obstétricos sin importancia.

Antecedentes patológicos: Refiere haber tenido cólicos desde hace seis o siete años con intervalos hasta de dos años, uno de otro, que comenzaba en el epigastrio y se localizaba en la fosa ilíaca derecha, sometida a tratamiento médico desaparecían fácilmente. La vez que tuvo mayor duración fue de ocho horas y el intervalo menor fue de diez meses.

Estado actual: En el segundo y quinto mes de su actual primer embarazo, sufrió un dolor abdominal que principiando en la región peri-umbilical se irradiaba hacia la derecha. De entonces a la fecha en que fuimos consultados, día 15 de abril del presente año, lo ha padecido con intervalos de dos a tres semanas atribuyéndolo, de acuerdo con consultas médicas a irritabilidad del útero y amenaza de aborto. Desde hace veinte días el dolor ha sido constante, se ha generalizado a todo el vientre, particularmente a su parte inferior y es fijo en la región lumbar de tal intensidad que impide a la enferma dormir en cama desde hace veinte días, habiendo tenido que hacerlo sentada. En los últimos cuatro días ha tenido fiebre que pasa de treinta y nueve, y vómitos, y desde hace tres días no pasan materias ni gases por el intestino, ha sido vista por varios médicos que le aseguran que está principiando su trabajo de parto. La exploración física se hizo en decúbito lateral izquierdo con suma dificultad por los dolores que origina; el resto de la exploración se hizo con la paciente en posición sentada. Estado general grave: pulso 130, temperatura bucal 39.

Exámenes de laboratorio: La cuenta leucocitaria es de 26.800 glóbulos blancos, con 91% de neutrófilos, la velocidad de sedimentación es más rápida que la normal. Se hizo el diagnóstico de peritonitis generalizada de origen apendicular y se propone laparotomía, apendicectomía y sección cesárea.

Después de tenaz resistencia por parte de la paciente y de los familiares se aceptó la intervención quirúrgica, que se llevó a cabo ese mismo día a las doce de la noche. A esta hora aparecieron en la paciente vómitos de carácter fecalvide.

Al abrir la cavidad peritoneal se encontró la pared uterina anterior y el peritoneo parietal sembrado de natas purulentas y líquido purulento libre en pequeña cantidad. Se procedió a hacer la incisión segmentaria del útero y se extrajo un producto del sexo femenino vivo y que vive. Despues de cerrada la cavidad uterina se procedió a la búsqueda del apéndice, encontrándose éste solo después de exteriorizar el útero y de luxarlo sobre el pubis. Se encontró adherido a la porción segmentaria del útero rodeado de dos o tres asas intestinales y del ciego. La separación de estas vísceras al segmento uterino ocasionó la ruptura del apéndice al nivel de su implantación en el ciego con salida de pus. Se hizo rápidamente la apendicectomía y después de colocar cristales de sulfas en la región se cerró la cavidad abdominal por planos.

Se emplearon en el post-operatorio estreptomicina y penicilina con dosis mayores y gran cantidad de suero fisiológico y glucosado; se logró la movilización intestinal antes de las setenta y dos horas y la enferma fue dada de alta por curación a las dos semanas de haber sido operada.

CLÍNICA N° 2

Sra. M. M. de V. de 25 años de edad, multípara, 7 meses de embarazo, ingresó al Hospital el día 28 de marzo de 1949 con motivo de haber sido atropellada por un automóvil que le ocasionó fracturas múltiples (clavícula, tibia, húmero y varias costillas y heridas contusas en la piel y tejidos de revestimiento). Fuimos llamados por el esposo de la señora y de acuerdo con los compañeros que la tratan limitamos nuestra exploración al abdomen, encontrando: vientre globuloso meteriorizado, dolor intenso, espontáneo y provocado en toda la extensión de la pared del abdomen, pared uterina leñosa; se nos dice que no ha movido su intestino en los dos últimos días y nos damos cuenta de que el estado general es de gravedad.

No fue posible hacer auscultación obstétrica, pero la enferma nos dice que percibe movimientos fetales.

Hasta la fecha en que sufrió el traumatismo su gestación se había desarrollado normalmente y había ocurrido a nuestra consulta pre-natal aproximadamente 15 días antes. El estado radiológico demostró una gran dilatación del colon ascendente y del transverso. La cuenta leucocitaria es alta. Se hizo diagnóstico de ileus paralítico y peritonitis consecutiva a contusión profunda del abdomen.

La operación se llevó a cabo en compañía de los Médicos que la atendían y nos encontramos al abrir la cavidad, el intestino grueso (ciego y colon) muy dilatado, su exteriorización brusca y espontánea a través de la incisión de la laparotomía dificultó la exploración de la matriz, la que se encuentra con tamaño correspondiente a siete meses de embarazo. Se hizo la sección cesárea extrayendo un producto de siete meses que vivió hasta cuatro horas después de la intervención. Se encontró una zona necrótica en el colon ascendente, con amenaza de perforación de donde parte la infección peritoneal ya bastante extendida.

Se hizo abocamiento del ascendente al exterior por medio de una incisión lateral practicada en el flanco derecho de la paciente, se colocó tubo y se fijó a la pared.

Durante el post-operatorio se emplearon antibióticos y sueros en gran abundancia, la fistula cecal cerró espontáneamente, abandonando la enferma por su pie el hospital el día 12 de julio del mismo año.

COMENTARIOS

En los dos casos que se presentan se hizo diagnóstico de peritonitis generalizada, en el primero de origen apendicular y en el segundo de origen traumático por escara secundaria en el ascendente con amenaza de perforación.

En los dos casos se hizo sección cesárea además de tratar el padecimiento que originó la intervención. El primer embarazo era de término y se obtuvo un niño vivo y que vive. En el segundo embarazo era de siete meses y el estado inminente de muerte de la madre nos hizo vaciar la matriz ocupada con un feto viable que no vivió sino una hora. El vaciamiento de la matriz en este caso consideramos que favoreció la curación de la madre disminuyendo la presión intra-abdominal

y, sobre todo, disminuyendo también la superficie de serosa infectada.

Las contracciones uterinas para cumplir su cometido de expulsión del producto de la concepción, producen movimientos intra-abdominales y contracciones de la pared que agravan el estado peritoneal. Estimamos que la conducta seguida en estos dos casos y en algún otro de apendicitis supurada, operada a los 8 ½ meses en que seguimos la misma conducta beneficia tanto a la madre como al hijo y consideramos, como ya lo hemos dicho, que todo caso de apendicitis, no de cólico apendicular, debe operarse con la misma rapidez con que se procede en los casos de mujer no embarazada con poco riesgo de interrupción del embarazo. Los cuidados que contribuyen para que no se excite la matriz son los sedantes uterinos y según la edad del embarazo, la terapéutica hormonal.

Para terminar y por considerarlo de interés, transcribo el interrogatorio a que fui sometido por uno de los juzgados de esta Ciudad donde se ventila la causa que se sigue por el delito de lesiones en la señora cuya historia clínica relato en segundo término:

1º Si el embarazo de la exponente era normal hasta la fecha en que ocurrió el accidente; y había por lo tanto probabilidades de que se terminara con un parto feliz.

1º Hasta 15 días antes del accidente (fecha en que

asistió a mi consulta) el embarazo parecía normal; la terminación del mismo tenía probabilidades de ser normal.

2º Si el golpe que sufrió la suscrita al ser atropellada fue el que produjo la escara intestinal.

2º La contusión profunda del abdomen que sufrió la señora fue la que probablemente originó la escara intestinal.

3º Si de dicha escara intestinal se derivó la peritonitis.

3º La escara intestinal fue el foco de la infección peritoneal según comprobamos al operar a la señora V.

4º En caso de contestación afirmativa exprese si la peritonitis fue lo que hizo necesaria la intervención quirúrgica.

4º La intervención quirúrgica se hizo por ileus paralítico y peritonitis.

5º Si al practicarse la intervención quirúrgica se vio que era imprescindible proceder a la extracción del producto del embarazo.

5º El estado de suma gravedad de la paciente (muerte inminente) nos condujo a vaciar la matriz de su contenido aún cuando era prematuro el producto de la concepción siete meses pero viable en un esfuerzo por salvarlo y por contribuir a la salvación de la madre disminuyendo la presión intra-abdominal y la superficie de infección de la serosa peritoneal.

BIBLIOGRAÍA

EART G. M. KRIEG.- Am. J. Obs. and Ginec. 57: 736-741, 1949.

H. VIGNES, Maladies des Femmes Enceintes I. TITUS.- Management of Obstetric Difficulties 3 rd. Edition.

H. MONDOR.- Diagnostics Urgents Abdomen, Cinquième Edition.

J. ROBERT WILLSON.- Surgical Complication of Pregnancy.

J. P. GRENHILL.- 1949 Year Book, of Obstetrics and Gynecology.