



Hace 55 años

Problemas quirúrgico-abdominales durante la gestación, excluyendo los órganos genitales

Por el Dr. Guillermo ALAMILLA
Profesor de Patología Quirúrgica Abdominal

Es indudable que durante el proceso de la gestación se pueden presentar diversos cuadros patológicos de órganos del contenido o continente de la cavidad abdominal, sin que ellos correspondan a los órganos genitales internos. Algunos de estos procesos previamente diagnosticados en su etapa aguda o crónica antes de la iniciación del embarazo; y ya sea que se presenten dentro de un desarrollo en fase crónica, que la gestación favorezca, o bien por otra parte lo que sucede más frecuentemente que el cuadro agudo inicial se exteriorice como primera manifestación en el curso de dicho estado grávido. Todo esto tiene importancia por la dualidad que engendra el problema en lo que se refiere a la vida de la madre y el producto.

El contenido de este trabajo es el de tratar de precisar únicamente algunas consideraciones indispensables referentes a la terapéutica a seguir en el período agudo de los procesos patológicos de la cavidad abdominal, ya se relacionen a sus paredes o bien a los órganos en ella contenidos, excluyendo los relativos a los órganos genitales internos.

Diversos autores al describir los procesos agudos de la patología digestiva o renal, tratan en capítulos por separado las manifestaciones propias que estos estados ofrecen durante el embarazo; sin embargo, existen algunos con determinadas características sobre los que hay que hacer hincapié. En particular debo indicar que este estudio tiene como base el resultado estadístico de nuestro medio científico, y como fueron mis deseos, se tomaron de los Archivos Clínicos de algunas de nuestras Instituciones Hospitalarias, y que orientan hacia una realidad más precisa.

De las consultas a los expedientes clínicos es posible observar que algunos cuadros patológicos

aumentan su frecuencia en forma ascendente durante la gestación, y en otros, esta situación fisiológica favorece el paso a su estado agudo y que previamente evolucionaba dentro de una fase crónica. Los cuadros nosológicos de los órganos abdominales, o de la pared de esta cavidad su descripción es la siguiente y el orden indica su frecuencia.

1. Apendicitis aguda.
2. Estrangulamiento Herniario.
3. Colecistitis Aguda.
4. Litiasis Vesicular.
5. Úlcera Gástrica y duodenal.
6. Litiasis Renal.
7. Oclusión intestinal.
8. Pancreatitis aguda.
9. Trombosis mesentérica.
10. Hepatitis (abscesos)
11. Contusión profunda de abdomen.
12. Heridas penetrantes de abdomen.

Cada uno de ellos ofrece determinadas características que pueden variar en ocasiones según sea la época del desarrollo del embarazo, por lo que para ser más didácticos es útil considerar en la gestación tres etapas, comprendiendo cada una de ellas un trimestre y una cuarta o sea el puerperio; pues la frecuencia, pronóstico, evolución y conducta a seguir varía con algunos de ellos según la etapa en que se presenten.

FRECUENCIA

1.- Apendicitis aguda. La frecuencia de los procesos agudos apendiculares ocupa el primer lugar de los padecimientos de los órganos abdominales durante la gestación; favorece su desarrollo si previamente se presentaron cuadros agudos antes del embarazo, y que pasaron con o sin terapéutica a una fase crónica. La

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1951;VI:387-390.

apendicitis aguda se observa como lo demuestran los datos estadísticos consultados, con mayor frecuencia durante el primer trimestre, al final de él o durante el cuarto mes, sin que esto excluya la posibilidad de su presencia en el resto del embarazo o en el puerperio.

Es posible observar discreta mayor incidencia en las primigestas. Hay un hecho estadístico que es importante conocer: en nuestro medio existe un 7% de mujeres con embarazo y que han sido apendicectomizadas con anterioridad.

2.- Estrangulamiento herniario. El grupo de las hernias abdominales constituye el siguiente problema. En la mayoría de las ocasiones existe previamente la hernia o bien una eventración postquirúrgica. El estrangulamiento aumenta en su incidencia conforme el desarrollo del embarazo avanza. La frecuencia del accidente es mayor en las multíparas. El sitio en que se observa con mayor frecuencia el estrangulamiento herniario es en las hernias crurales, le siguen en orden decreciente las inguinales y las umbilicales. Sufren esta complicación más las pequeñas y las que ofrecen carácter de irreductibilidad. El aumento de la presión abdominal, distensión de las paredes abdominales, aumento de las dimensiones de los orificios herniarios constituyen las razones para favorecer la estrangulación. El órgano que con mayor frecuencia se incluye en el estrangulamiento es el epiplón o intestino delgado, más raramente colon.

3.- Padecimiento de vías biliares. Colecistitis aguda. El número de padecimientos de las vías biliares en la mujer supera en gran porcentaje a los del sexo masculino, y es necesario recordar que en cien personas de sexo femenino con litiasis vesicular, el 25% han permanecido asintomáticas y su hallazgo corresponde a un hecho fortuito, ya que con el objeto de practicar algún estudio radiológico con otro motivo clínico es posible descubrir la litiasis vesicular, sin que estos pacientes presenten datos clínicos de padecimientos sobre sus vías biliares; y de ahí la razón por los problemas que puede ocasionar esta litiasis al hacer posible su exteriorización clínica durante la gestación. Por otra parte los procesos vesiculares inflamatorios acompañados o no de litiasis, que se conocen previamente antes del embarazo, no es más raro observar su paso a la etapa aguda durante la gestación.

Estos padecimientos pueden hacer acto de presencia en cualquiera de las etapas antes señaladas; sin

embargo, de ellas la más frecuente es la colecistitis aguda, es decir, vesícula previamente inflamada y que durante la gestación sufre de un proceso agudo. En segundo término la exteriorización clínica de la litiasis vesicular sin previa colecistitis o bien agudización de la colecistitis calculosa. Y por último el problema de enclavamiento o descenso de un cálculo a la vía biliar principal, es decir, la coledocolitiasis.

Las cifras estadísticas señalan que hay mayor número conforme sea mayor el de embarazos, es decir, mayor en las multíparas.

4.- Úlcera gástrica y duodenal. Las pacientes con proceso de úlcera péptica en estómago o bulbo duodenal, no ofrecen ningún problema quirúrgico durante la gestación, salvo las complicaciones que obligarán cualquiera que sea la situación de la enferma a intervenir quirúrgicamente: Hemorragia masiva, perforación aguda, estenosis de píloro por proceso ulceroso cicatrizado. La presencia de la crisis ulcerosa es fácil que se presente sin fenómenos de complicaciones durante el embarazo, sin embargo; en estas condiciones su tratamiento es médico.

5.- Litiasis renal. El problema de la litiasis renal es semejante al de la colelitiasis, es frecuente que haga su exteriorización durante la gestación, siendo su frecuencia mayor conforme progresa el embarazo.

6.- Oclusión intestinal. En este aspecto excluyo el problema referente a las hernias estranguladas, y me refiero en particular a los cuadros de oclusión intestinal consecutiva a procesos internos (estrangulamiento interno), ya que dependen de un padecimiento del tubo intestinal o bien consecutivo a fenómenos de compresión o acomodamientos por bridas, tumores, etc. Estos cuadros oclusivos es posible verlos en pacientes en quienes previamente al embarazo han sufrido intervenciones quirúrgicas abdominales, o bien procesos peritoneales generalizados o en foco y que han desarrollado adherencias víscero-viscerales o víscero-parietales, las que conforme avanza la gestación hacen más factible el cuadro oclusivo. Sin embargo, no es raro observar en mujeres de más de 35 años fenómenos oclusivos ocasionados por padecimientos neoplásicos, en particular los carcinomas del colon descendente o sigmoides.

7.- La pancreatitis aguda, la trombosis de la mesentérica, y la hepatitis supurada constituyen pa-

decimientos que con mayor rareza se presentan en el curso del embarazo, pero estos cuadros nosológicos deben tenerse siempre presentes ante una mujer en gestación y con fenómenos de síndrome abdominal agudo.

8.- Los cuadros ocasionados por la contusión profunda de abdomen, aumentan su frecuencia en la época actual, las cifras observadas en el Hospital Juárez lo confirman; los fenómenos de peritonitis aguda consecutiva a las heridas penetrantes de la cavidad abdominal, no son raras en nuestro medio.

CONDUCTA TERAPÉUTICA DE ESTOS PROCESOS PATOLÓGICOS DURANTE LA GESTACIÓN

A.- Apendicitis aguda. Cuando se diagnostica por el estudio clínico con ayuda de los procedimientos de laboratorio y radiología en una mujer con embarazo, la terapéutica indicada es la quirúrgica cualquiera que sea la situación en la evolución de la embarazada. Es de aconsejarse no instituir la terapéutica conservadora por los fenómenos de la generalización del proceso focal de la peritonitis.

B.- En presencia de una paciente con hernia estrangulada y embarazo, la terapéutica quirúrgica se impone cualquiera que sea la época de la gestación y la situación de la hernia.

C.- La colecistitis aguda no litiásica o que por lo menos se sospeche que no sea litiásica debe tratarse médicamente, bajo la vigilancia clínica y del laboratorio, con el objeto de reducir al máximo sus complicaciones (picolecto, perforación, necrosis, angiocoledocitis); ya que en cualquiera de estas condiciones su terapéutica será quirúrgica practicando según sean las condiciones de la paciente, colecistectomía o excepcionalmente colecistostomía.

D.- La litiasis vesicular pura sin colecistitis se tratará por procedimientos médicos, evitando y vigilando hasta donde sea posible el enclavamiento sobre cístico o colédoco.

E.- La colecistitis aguda calculosa inicia la terapéutica médica y vigilando por laboratorio y los datos clínicos su evolución con el objeto de evitar las complicaciones señaladas en los párrafos C y D.

F.- La coledocolitiasis sin obstrucción total de la vía biliar principal, es decir, sin enclavamiento en la

parte final del colédoco sobre el ámpula, se tratará médicamente; en cambio, cuando la obstrucción total supravateriana o bien el enclavamiento sobre el ámpula de Vater la terapéutica será quirúrgica.

G.- Las complicaciones de la úlcera gástrica duodenal referentes a su perforación aguda, deben tratarse quirúrgicamente; sin embargo, en el curso del pasado mes de agosto, dos médicos franceses presentaron en conferencias dictadas en la Academia Mexicana de Cirugía y en la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, sus experiencias y observaciones sobre el tratamiento conservador en la perforación aguda de los procesos ulcerosos gástricos o duodenales; siempre y cuando el diagnóstico de la perforación sea hecha en su principio, dicha terapéutica fundamentalmente consiste en entubación del estómago con tubo de Levín y aspiración continua y correcta del contenido gástrico, aplicación de penicilina en grandes cantidades; señalan la mayoría de los casos con curaciones espontáneas pero indican también que si esta terapéutica correctamente conducida y vigilada da buenos resultados en las primeras ocho horas, bajo vigilancia médica continua y cuya mejoría se manifiesta por la desaparición o disminución del dolor, de la defensa muscular y en caso que esto no se logre; se practicará tratamiento quirúrgico; en nuestro medio no se tiene experiencia por lo menos en los medios que he consultado, sobre este tratamiento indicado con diagnóstico preciso; quizá existan casos resueltos espontáneamente; pero en los cuales la precisión de la perforación de estómago o duodeno no fue posible realizar.

Los cuadros de hemorragias gástrica o duodenal pasaron a ser del dominio quirúrgico cuando las condiciones del paciente y la gravedad de la anemia aguda lo ameriten; cuando no suceda así el tratamiento médico resolverá el problema.

La estenosis del píloro consecutiva a la cicatrización del proceso ulceroso y que no ha sido posible resolverla por la terapéutica médica indudablemente pasará al dominio de la cirugía.

H.- La oclusión intestinal. Su terapéutica deberá ser en todos los casos iniciada por el tratamiento general a todo paciente ocluido: Intubación del tracto digestivo con tubo de Miller Abbott, Cantor, etc.; control del equilibrio hídrico y de electrolitos, aplicación de antibióticos, y como en todo caso de oclusión si con esto

no ha sido posible resolver, la terapéutica quirúrgica tratará de solucionar el problema.

I.- En la litiasis renal con manifestaciones durante el embarazo la terapéutica será médica.

J.- En los casos de pancreatitis aguda consecutiva a procesos de origen biliar, la terapéutica será médica. En los otros tipos de pancreatitis aguda se imponen los procedimientos de orden médico.

K.- La trombosis mesentérica de ramas que irri- gan extensión considerable del intestino delgado o colon, la terapéutica será quirúrgica. En las de menor extensión con todas las reservas del caso no está indicado el tratamiento médico por las consecuencias de hemorragia que pueden producirse al verificarse el parto. En conclusión, trombosis mesentérica igual con cirugía.

L.- En la hepatitis que no ha llegado a su etapa de absceso, y me estoy refiriendo únicamente a las microbianas o mixtas, su terapéutica será por medio de antibióticos y en casos de colección purulenta perfectamente definida se practicará si no han cedido con tratamiento médico, su drenaje quirúrgico.

M.- Por último, para ser completos en este tema, es necesario recordar que no son raras aunque no con la misma frecuencia que en personas sin embarazo la contusión profunda de abdomen y las heridas con penetración de esta cavidad; el tratamiento en estos casos está regido por los conocimientos generales a este respecto, es decir, si existe lesión de órganos de constitución sólida, o con cavidad, la terapéutica será quirúrgica como único procedimiento que podrá llevar a feliz término estos problemas.