



Abdomen agudo en el embarazo: caso clínico comentado

Armando Cepeda-Silva*

* Médico Cirujano Laparoscopista. Maestro en Ciencias Médicas. Maestro en Educación.

Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

Reporte de un caso de una paciente de 36 años de edad que durante el embarazo presenta una oclusión intestinal por adherencias con evolución tórpida, y que requiere manejo de cirugía general y obstetricia, con el apoyo de los servicios de urgencias, medicina materno-fetal, anestesiología, neonatología, terapia intensiva para adultos, enfermería, laboratorio, radiología y trabajo social. El caso ofrece una oportunidad para revisar los aspectos más relevantes del proceso de diagnóstico y tratamiento de un abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en una mujer gestante.

Palabras clave: Embarazo, abdomen agudo, oclusión intestinal.

ABSTRACT

A case report of a 36 years old patient, which during pregnancy presents intestinal occlusion by adhesions with torpid evolution who requires multidisciplinary management from general surgery and obstetrics, supported by emergency departments, maternal-fetal medicine, anesthesiology, neonatal and adult intensive care units, nursing, lab, imaging and social work. The case provides an opportunity to review the most relevant aspects of the diagnostic and treatment process, of a none-obstetric acute surgical abdomen in the pregnant woman.

Key words: Pregnancy, acute abdomen, intestinal obstruction.

PRESENTACIÓN

Se trató a un paciente femenino de 36 años que ingresó al Instituto Nacional de Perinatología por esterilidad de cinco años de evolución, considerándose posterior su estudio y como causa de la misma, el factor tubo peritoneal (salpingectomía y adherencias postoperatorias), por lo que se consideró candidata a fertilización *in vitro*, procedimiento con lo que se logró gestación única. A la semana 24 se le diagnosticó diabetes gestacional y se le realizó un cerclaje por incompetencia ístmica cervical sin complicaciones, acudiendo a la semana 26 a urgencias por luxación del mismo.

ANTECEDENTES

Heredofamiliares: diabetes mellitus.

Personales no patológicos: originaria y residente del DF, casada, con estudios de licenciatura, tabaquismo ocasional, alcoholismo y toxicomanías negadas.

Personales patológicos: embarazo ectópico en 1996 manejado por laparotomía exploradora con salpingectomía derecha; en 1997 presenta un cuadro de oclusión intestinal por adherencias, el cual amerita una nueva laparotomía para lisis de las mismas y en 2008 se le realiza colecistectomía laparoscópica por colecistitis crónica litiásica.

Ginecobstétricos: menarca 11 años, irregular, 28 x 4, una pareja sexual, G2, ectópico 1, abortos 0 y embarazo actual por FIVTE.

Padecimiento actual: inicia el día previo a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico de predominio en el cuadrante superior derecho, además de náuseas y vómitos en número de cinco de contenido alimentario, con lo que disminuye el dolor pero no cede; la paciente presenta distensión abdominal y dificultad para canalizar gases; tomó butilioscina en casa sin resultados adecuados.

Exploración física inicial: Presenta temperatura de 36.5 °C, frecuencia cardíaca (FC) 90, frecuencia respiratoria (FR) 26, tensión arterial (TA) 110/80; se muestra alerta, reactiva, bien orientada, facies álgica, ruidos cardíacos (RSCS) y campos pulmonares (CSPS) normales; abdomen globoso a expensas de útero gestante, cicatrices de cirugías previas, distensión moderada en epigastrio, resistencia muscular en cuadrante superior derecho, dolor en la palpación media en el mismo cuadrante, con Von Blumberg negativo y peristalsis de lucha.

ALTERNATIVA DE DECISIÓN

- Manejo médico inicial y egreso a su domicilio con cita a la consulta externa y abierta a urgencias.
- Ingreso al área de observación en urgencias para continuar con el protocolo diagnóstico.

COMENTARIO

Uno de cada 500 embarazos se complica con condiciones quirúrgicas no obstétricas, por lo que mantener un alto índice de sospecha es invaluable para el clínico y la paciente. En este caso, consideramos que la paciente debe ingresar para continuar con el protocolo diagnóstico.

Paraclínicos 1:Hb 13, leucocitos 9,000; plaquetas 254,000; bandas 0, glucosa 120 mg/dL, Na 143, K 4.5 y Ca 8.0.

Radiografía de abdomen: falta de gas distal, dilatación de asas de delgado, niveles hidroaéreos y edema interasa escaso (*Figura 1*).

Diagnóstico de ingreso: oclusión intestinal + embarazo de 28 semanas de gestación + diabetes gestacional.

Comentario: las tres principales causas de oclusión intestinal son las adherencias postoperatorias, las hernias y los cánceres. En nuestra paciente, los tres procedimientos quirúrgicos previos dentro de los que se incluye laparotomía por lisis de adherencias hacen sospechar un caso de adherencias, si tomamos en consideración que el 50% de las mujeres con procesos quirúrgicos abdominales previos pueden desarrollar este problema. La mortalidad materna secundaria a oclusión intestinal durante el embarazo es del 6 al 20% para la madre y de 26% para el feto.

ALTERNATIVA DE DECISIÓN

- Se inicia manejo médico hospitalario, con seguimiento clínico, radiológico y de laboratorio.
- Laparotomía exploradora.

COMENTARIO

Hay que recordar que las adherencias postoperatorias son cicatrices y se presentan con mayor frecuencia y severidad en casos de infección y hemorragia, por lo que si no hay datos de sufrimiento de asa se prefiere iniciar el manejo médico-hospitalario con valoraciones secuenciales para evitar la formación de nuevas y más intensas adherencias. Se consideran datos de



Figura 1. Dilatación de asas de delgado, niveles hidroaéreos y edema interasa escaso.

sufrimiento de asa la persistencia del dolor abdominal, los datos de irritación peritoneal, taquicardia, deshidratación, polipnea, ausencia de peristalsis, leucocitosis con bandemia y neutrofilia; radiológicamente se consideran gran dilatación de asas, edema interasa, niveles hidroaéreos, imágenes de doble riel en la pared intestinal e imagen en vidrio despulido.

Por lo anteriormente comentado, se considera que la paciente es candidata a manejo médico hospitalario interdisciplinario (obstetricia, cirugía general y medicina interna).

EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

Se colocó una sonda nasogástrica (SNG) obteniendo material verdoso en más de 500 mL por día, una sonda Foley con uresis de 1 mL/kg/h, soluciones parenterales mixtas suplementadas con potasio, antibiótico, esquema de maduración pulmonar, control de líquidos y vigilancia obstétrica; además se solicitó una valoración por medicina interna para apoyo nutricional. La paciente evolucionó con disminución del dolor abdominal, canaliza gases y evacúa, tiene una hidratación adecuada, 2-3 movimientos peristálticos por minuto, Von Blumberg negativo, disminución del perímetro abdominal, cuentas leucocitarias de 6,000 sin bandas ni neutrófilos y con mejoría radiológica, por lo que se decide cerrar la SNG por 24 horas, tolerando adecuadamente, por lo que se retira la misma, con un ayuno de 24 horas más (*Figura 2*).

COMENTARIO

La descompresión nasogástrica es un procedimiento fundamental que requiere verificar que la sonda se encuentre bien ubicada mediante la observación de las marcas en la sonda (se deben de ver no más de 2), además de verificar su funcionalidad adecuada a través de la cantidad de material gastado (recordar que de forma fisiológica sólo entre el líquido salival y el gástrico tendremos más de 1,000 mL de gasto al día) y la instilación de líquido y aspirado de la misma con jeringa asepto. La característica del material obtenido nos proporciona información sobre el sitio de la obstrucción; por ejemplo: líquido claro, estómago; biliar, duodeno; verdoso, yeyuno-íleon; café,

colon. Los objetivos a cubrir con la reposición hídrica incluyen, entre otros, volúmenes urinarios adecuados (0.5-1.2 mL/kg/h), ausencia de datos clínicos de deshidratación o de sobrehidratación, electrolitos séricos y osmolaridad plasmática adecuadas. El apoyo nutricional de manera temprana ayuda a evitar un balance nitrogenado negativo, procurando suplementar con glutamina para mantener la barrera intestinal y disminuir la traslocación bacteriana.

EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

El inicio de la alimentación fue con líquidos claros por 24 horas; los tolera adecuadamente, por lo que se progresa a líquidos generales, presentando de nuevo distensión y dolor abdominal, acompañados de náuseas y vómitos, sin disminuir la intensidad del cuadro. La paciente presenta una temperatura de 36.5 °C, FC 100, FR 28, TA 120/80. Obstétricamente, sin actividad uterina ni pérdidas trasvaginales y con foco cardíaco fetal de 140 latidos por minuto.

ALTERNATIVA DE DECISIÓN

- Passar a quirófano imediatamente.
- Recolocar SNG y solicitar nueva Rx de abdomen, BH y ES.



Figura 2. Mejoría, por lo que se decidió cerrar la SNG por 24 h y posteriormente retirar.

COMENTARIO

Quizás este es el momento más polémico en cuanto a la toma de decisiones, ya que se podría sustentar el paso inmediato a quirófano ante la recidiva del cuadro clínico pese al manejo médico intensivo; sin embargo, se decidió recolocar la SNG, tomar nuevas Rx de abdomen BH y ES considerando la buena respuesta presentada previamente, además de no tener suficientes elementos de juicio que pudieran sustentar la toma de una decisión quirúrgica que podría tener efectos negativos sobre la resolución obstétrica.

EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

No disminuye el dolor abdominal pese a la colocación y drenaje adecuado de material intestinal por la SNG; el perímetro abdominal se incrementa y la peristalsis se encuentra ausente. Signo de Von Blumberg negativo, temperatura 37 °C, FC 100, FR 28, TA 110/80. Obstétricamente sin actividad uterina, FCF normal y sin pérdidas trasvaginales.

Hb 13, cuenta leucocitaria de 16,000 con 7% de bandas, plaquetas de 180,000. Rx abdomen con gran dilatación de asas de delgado y edema interasa con falta de gas distal y niveles hidroaéreos y sin imágenes de doble riel ni en vidrio despulido (*Figura 3*).



Figura 3. Rx abdomen con gran dilatación de asas de delgado y edema interasa, con falta de gas distal y niveles hidroaéreos.

ALTERNATIVA DE DECISIÓN

- a) Pasar a quirófano inmediatamente.
- b) Pasar a terapia intensiva para intensificar manejo médico.

COMENTARIO

Se considera que la paciente tiene falta de respuesta al manejo médico, con datos de sufrimiento de asa, tanto clínicos como en exámenes de laboratorio y rayos X, por lo que no debe retrasarse más el manejo quirúrgico. En este punto es importante obtener el consentimiento bajo información debido a la gravedad de la situación clínica para la madre y las posibles complicaciones para el producto, debiendo cuidar los principios bioéticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

TIEMPO QUIRÚRGICO

Hallazgos: líquido libre en cavidad de características turbias, adherencias firmes y laxas asa-asa, asa-pared, asa-epiplón, con zonas de acodamiento de asa firmes con dilatación proximal a la misma, terminando en pico de ave a 20 cm del ligamento de Treitz y a 20 cm de la válvula ileocecal; se encuentran además zonas de isquemia y necrosis en este último segmento, mismo que se perfora en el transoperatorio (*Figura 4*).

Se realizó laparotomía exploradora por incisión media supra-infraumbilical, con lisis de adherencias, resección intestinal con entero-enteroanastomosis término-terminal en dos planos, así como lavado de cavidad, acomodo de asas con técnica de Noble, colocación de drenajes en fondo de saco de Douglas y cierre de pared con puntos subtotales con polidioxanona del 1.

Se verificó el estado obstétrico al término del procedimiento encontrándose sin actividad uterina, pérdidas trasvaginales y con foco cardíaco fetal de 144 por minuto. La paciente pasó a terapia intensiva extubada para continuar el postoperatorio con datos de acidosis metabólica con alcalosis respiratoria compensatoria.



Figura 4. Zonas de isquemia y necrosis a 20 cm de la válvula ileocecal, mismo que se perforó en el transoperatorio.

COMENTARIO

En la paciente embarazada con oclusión intestinal que amerita manejo quirúrgico se llega a la resección intestinal en el 23% de los casos.

El manejo interdisciplinario es fundamental en estas pacientes en las que está en riesgo la vida de la madre y su retoño. Hasta el momento se ha requerido del apoyo de los departamentos de obstetricia, urgencias, terapia intensiva, medicina interna, anestesia, laboratorio, imagen, enfermería, nutrición, trabajo social, psicología y cirugía general.

EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

En la Unidad de Terapia Intensiva la paciente evolucionó neurológicamente íntegra, con Glasgow de 15, respiratorio con polipnea, aleteo nasal, tiros supraclaviculares, sin estertores ni sibilancias; cardiológico con taquicardia, estable sin apoyo de aminas, hemato-infeccioso sin fiebre, con 10,000 leucos y sin bandas; ácido base con ph 7.35, CO_2 17.5, HCO_3 9.5, abdominal con SNG con gasto bajo de material intestinal alto, peristalsis presente sin metálicos, distensión abdominal leve, Von Blumberg negativo, drenajes con gasto escaso serohemático y herida quirúrgica normal. Radiológicamente no presenta

datos de sufrimiento de asa; renal con uresis clara a razón de 2.5 mL por kilo por hora con creatinina 0.98. Obstétricamente sin actividad uterina, FCF de 138 latidos por minuto, con valoración por medicina materno fetal que reporta disminución importante de la cantidad de líquido amniótico en ausencia de malformaciones fetales evidentes, considerando la posibilidad de ruptura prematura de membranas. El manejo antibiótico es con ceftriaxona y clindamicina.

ALTERNATIVA DE DECISIÓN

- Se continúa manejo médico en terapia intensiva.
- Pasa a quirófano a laparotomía exploradora por cirugía general.
- Pasa a quirófano para una resolución obstétrica.

COMENTARIO

En este momento de la evolución se encuentra con datos de acidosis metabólica compensada con alcalosis respiratoria compensatoria, secundaria a respuesta inflamatoria sistémica con foco primario probable intrauterino con corioamnioitis, en paciente que ya había complementado esquema de maduración pulmonar, por lo que se decidió resolución obstétrica por vía quirúrgica previo consentimiento informado por la paciente y apoyo de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

TIEMPO QUIRÚRGICO

Se abordó la cavidad por una herida previa de línea media, con histerotomía Kerr, obteniendo, así, el producto pretérmino vivo de sexo femenino y de 1,210 g de peso, con Apgar 6-8 y Capurro de 29 semanas; además hubo escaso líquido amniótico, con cultivo de placenta reportando cocos Gram positivos y levaduras, por lo que se modificó el manejo antibiótico a meropenem y fluconazol.

La recién nacida pasó a terapia intensiva por prematuridad y potencialmente infectada.

La madre regresó a terapia intensiva a continuar su manejo, de donde es egresada por mejoría tres días después.

CONCLUSIONES

1. El abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en la paciente embarazada es una realidad que se presenta en uno de cada 500 embarazos, siendo su diagnóstico más difícil que en la paciente no embarazada debido a que muchos de los datos clínicos se modifican; por ejemplo, la laxitud de la pared abdominal retarda la aparición de los datos de irritación peritoneal, además de que los mecanismos de defensa abdominales se alteran como los que dependen del epiplón, el cual difícilmente puede acudir a sellar zonas de peritonitis localizada por la interposición del útero, por lo que realizar diagnósticos oportunos requiere de un alto índice de sospecha por parte del clínico.
2. Las decisiones de manejo en la paciente embarazada son más complejas pues involucran la salud de la madre y del feto, siendo la evaluación repetida y la vigilancia estrecha herramientas importantes que permiten detectar los cambios en la evolución del binomio, lo que aunado al manejo interdisciplinario e integral mejora las

posibilidades de resultados maternos y perinatales adecuados.

REFERENCIAS

1. Malvino E. Abdomen agudo en el curso del embarazo. *Obstetricia critica*. 2007; 1-22. Disponible en: <http://www.obstetriciacritica.com.ar>
2. Kilpatrick C, Monga M. Abordaje del abdomen agudo en el embarazo. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2007; 34: 389-402.
3. Metter L, Schollmeyer T, Akatout I. Adhesions during and after surgical procedures, their prevention and impact on women health. *Whe*. 2012; 8: 495-8.
4. Chiedozi LC, Ajabor LN, Iwese FI. Small Intestinal obstruction in pregnancy and puerperium. *Saudi J Gastroenterol*. 199; 5: 134-9.
5. Penney D, Ganapathy R, Jinas-Obichere M, El-Refeay H. Intussusception: a rare cause of abdominal pain in pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006; 28: 723-5.

Correspondencia:

Dr. Armando Cepeda Silva
Montes Urales 800 Col. Lomas Virreyes,
11000, México, D.F.
Tel: 5520 9900 ext 236
E-mail: corcolos4@gmail.com