

Apendicitis aguda en una gestante lúpica

Acute appendicitis in pregnant lupus

Diana Carolina Villacres Franco^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5473-9025>

¹Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Servicio de Ginecología y Obstetricia. Latacunga, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: carito_gata06@hotmail.com

RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico y el aumento de la producción de autoanticuerpos como mecanismos patogénicos. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes femeninas y en edad fértil. La gestación en pacientes con esta enfermedad se considera como una condición de extrema precaución, ya que existe influencia de la gestación en la actividad clínica del lupus y del lupus en la evolución de la gestación. Las complicaciones quirúrgicas, como es el caso de una apendicitis aguda, aportan mayor riesgo al binomio madre-feto. El objetivo del presente trabajo es comunicar la experiencia de tratamiento de una paciente de 31 años de edad, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y a quien a las 35,6 semanas de gestación se le presentó un cuadro de apendicitis aguda que no solo provocó la actividad de la enfermedad, sino que causó la interrupción de la gestación. La paciente y el recién nacido presentaron una evolución favorable sin complicaciones posteriores.

Palabras clave: abdomen agudo; apendicitis aguda; embarazo; enfermedad autoinmune; lupus eritematoso sistémico.

ABSTRACT

Systemic lupus erythematosus is an autoimmune disease that includes the presence of a chronic inflammatory process and increased production of autoantibodies as etiopathogenic mechanisms. As a disease, it occurs more frequently in female patients and those of childbearing age. Pregnancy in patients with this disease is considered an element

of extreme caution since there is an influence of pregnancy on the clinical activity of lupus and lupus on the evolution of pregnancy. The presence of surgical complications, as is the case of acute appendicitis, brings greater risk to the mother-fetus binomial. The objective of this report is to communicate the treatment experience of a 31-year-old patient, diagnosed with systemic lupus erythematosus and who at 35.6 weeks of gestation presented acute appendicitis that not only causes disease activity, but it generates the need to interrupt the pregnancy. The patient and the newborn had a favorable evolution, with no subsequent complications.

Keywords: acute abdomen; acute appendicitis; pregnancy; autoimmune disease; systemic lupus erythematosus.

Recibido: 14/04/2022

Aceptado: 20/05/2022

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria, sistémica y crónica que se caracteriza por la hiperactividad de los linfocitos T y el consiguiente aumento de la producción de autoanticuerpos por parte de los linfocitos B. Es una enfermedad autoinmune, de causa desconocida, que tiene como principal mecanismo patogénico un proceso inflamatorio que genera cuadros inflamatorios locales y sistémicos capaces de afectar cualquier órgano o sistema de órganos del cuerpo humano.^(1,2,3)

Epidemiológicamente se reporta una distribución universal, con incidencia general que oscila entre el 0,8-1,7 % de la población. Puede aparecer a cualquier edad, pero tiene un pico de incidencia entre los 15 y 49 años. Aunque puede presentarse en pacientes masculinos, afecta sobre todo al sexo femenino en una relación 10:1 con respecto al sexo masculino.^(2,3)

El pico de incidencia en pacientes femeninas y en edad fértil condiciona que coincida la enfermedad y la gestación. Aún en la actualidad, la gestación en una paciente lúpica se considera una condición de gran riesgo, ya que se ha evidenciado que los trastornos inmunitarios del LES causan afectación sobre el curso normal del embarazo afectando tanto a la madre como al feto. También se ha descrito que la gestación y los cambios

hormonales que esta incluyen son capaces de estimular la actividad clínica de la enfermedad.^(4,5)

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son variables y variadas. Desde el punto de vista articular destacan las artralgias, mialgias y deformidades que son reductibles. Sin embargo, las manifestaciones y complicaciones sistémicas son el elemento que distingue a la enfermedad y que condiciona el pronóstico; la gran mayoría de estas son secundarias al proceso inflamatorio.⁽⁶⁾

El compromiso inflamatorio se expresa en forma de manifestaciones clínicas en distintos órganos de la economía humana. Algunas de ellas pueden llegar a poner en peligro la vida de la paciente como la pancreatitis autoinmune, hepatitis autoinmune, colecistitis aguda y apendicitis aguda, entre otras.^(6,7)

El objetivo del presente trabajo es comunicar la experiencia de tratamiento de una paciente de 31 años de edad, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y a quien a las 35,6 semanas de gestación se le presentó un cuadro de apendicitis aguda que no solo provocó la actividad de la enfermedad, sino que causó la interrupción de la gestación. Es importante el reporte de este caso, ya que muestra la relación existente entre gestación y actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

Caso clínico

Paciente femenina, blanca, de 31 años de edad, con diagnóstico de LES de 7 años de evolución, cuya primera gestación era la actual con 35,6 semanas. Durante la gestación la paciente había recibido un total de 7 controles obstétricos y 4 controles por parte de medicina interna. Desde el punto de vista reumático se recoge el antecedente de negatividad de anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Smith, anti-SSA y anti-SSB durante los dos primeros trimestres de la gestación. Desde el punto de vista obstétrico durante el seguimiento destacan como elementos significativos una adecuada ganancia de peso y curva de tensión arterial y la presencia de leucorrea e infección de vías urinarias durante el primer trimestre de la gestación tratadas adecuadamente, sin complicaciones posteriores. El esquema terapéutico durante la gestación estuvo constituido por administración diaria de 5 mg de prednisona, 100 mg de ácido acetil salicílico, suplementos vitamínicos y esquema de maduración pulmonar con administración de betametazona intramuscular entre las 28 y 29 semanas de gestación.

La paciente llegó al Servicio de Emergencia con un cuadro doloroso articular que interesaba principalmente ambas rodillas y el tobillo izquierdo, cefalea frontal de moderada intensidad y *rash* malar ligero bilateral. La paciente refería dolor a nivel lumbar y cansancio, fatiga y decaimiento moderado de 5 días de evolución que se había acompañado de gingivorragia ligera con frecuencia de 3 a 4 veces al día y que no precisamente guardaban relación con el aseo bucal. En este momento refiere una dinámica uterina de 1/10 sin secreción o hemorragia vaginal. Los signos vitales se encontraban dentro de los parámetros normales.

Al momento del ingreso se procedió a realizar monitoreo fetal con frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minutos y se tomó muestra de sangre para la realización de exámenes complementarios. Al analizar los resultados destacaba una anemia ligera de 11,2 g/L con una proteína C reactiva (PCR) en 36 mg/dL, positividad de ANA y negativización de anti-Smith, anti-DNA de doble cadena, anti-SSA y anti-SSB. No existía microalbuminuria ni proteinuria y el resto de los exámenes complementarios realizados, incluyendo la ecografía obstétrica, estaban dentro de los parámetros normales.

En este momento se aumentó la dosis de esteroide a 15 mg diarios y se mantuvo monitoreo fetal, materno y el resto de las medidas terapéuticas que habían sido implementadas durante la gestación. Se interconsultó el caso con medicina interna sin que se precisaran nuevas indicaciones médicas.

Al tercer día de hospitalización, la paciente refirió comenzar con molestias abdominales en hipogastrio, sin fiebre y acompañadas de náuseas que no llegaban al vómito. A medida que fue transcurriendo el día se hizo más intenso el dolor (escala visual análoga de 6 puntos) y aparecieron dos vómitos, con contenido gástrico en horario nocturno. Se mantuvo el monitoreo clínico de la madre y el feto y desde el punto de vista de laboratorio apareció una PCR elevada en 54 mg/dL, por lo que se decidió la realización de una ecografía abdominal y obstétrica.

El resultado de la ecografía abdominal mostró distensión del apéndice cecal, con presencia de apendicolitos como expresión de compromiso inflamatorio; por su parte la ecografía obstétrica y la ecografía fetal no informaron alteraciones. En ese momento, con el diagnóstico de apendicitis aguda era inminente la intervención quirúrgica. Se estableció una discusión colectiva del caso entre medicina interna, obstetricia y cirugía general y se decidió interrumpir el embarazo en el mismo acto quirúrgico.

Se realizó apendicectomía y cesárea de urgencia; se obtuvo un recién nacido pretérmino de 2280 g, con índice de Apgar 8/9, llanto fuerte y buena vitalidad. La madre fue trasladada a

la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el recién nacido a la Sala de Neonatología bajo estricta observación. Ambos presentaron una evolución satisfactoria, y se prescribió en ambos casos antibioticoterapia profiláctica. La madre fue dada de alta a los 5 días de evolución posquirúrgica, mientras que el recién nacido fue dado de alta hospitalaria 9 días después de su nacimiento, al alcanzar un peso corporal adecuado.

El binomio madre-feto se incorporaron a un régimen de consultas de seguimiento que permitió el monitoreo adecuado de las funciones básicas; así como de seguimiento hemodinámico de la madre y desarrollo psicomotor, nutricional y pondoestatural del recién nacido.

En la actualidad, la paciente con diagnóstico de LES no ha presentado nuevas exacerbaciones de la enfermedad, se encuentra con esquema terapéutico con administración diaria de 10 mg de prednisona, 50 mg de azatioprina, 100 mg de ácido acetil salicílico y 200 mg de hidroxicloroquina. En los exámenes complementarios persiste negatividad de autoanticuerpos. El lactante mantiene un crecimiento y desarrollo acorde con su edad, sin que se hayan presentado complicaciones de ninguna índole.

Discusión

El LES es una enfermedad que se caracteriza por afectar fundamentalmente al sexo femenino y en edades tempranas de la vida; coincidiendo en gran medida con el periodo fértil, por lo que es frecuente encontrar a pacientes con LES y embarazo.⁽⁸⁾ Tanto en pacientes gestantes, como no gestantes, la mayor preocupación son las complicaciones sistémicas de la enfermedad como expresión del proceso inflamatorio mantenido; por lo que su control es uno de los pilares fundamentales de los esquemas terapéuticos.^(9,10)

En el presente reporte se describe el caso de una paciente femenina, de 31 años de edad y con 7 años de evolución de la enfermedad. Los elementos relacionados con el sexo y la edad de aparición y diagnóstico corresponden con lo descrito en la literatura y que ha sido expuesto con anterioridad.^(2,6,10) La evolución por un periodo de 7 años muestra que ha existido un proceso inflamatorio manifiesto o latente que puede haber llegado a afectar cualquier órgano o sistema de órganos del cuerpo humano. La gestación, aunque no es extremadamente frecuente, es una condición que se enfrenta en la práctica médica, sobre todo, por la edad en la que aparece y se establece el LES.

El seguimiento de la gestación, desde el punto de vista obstétrico y reumatológico, puede considerarse adecuado en cuanto al número de controles y la calidad de estos. Se recoge el antecedente de cuadro de infección vaginal y urinaria, los cuales se han señalado como los procesos infecciosos que con mayor frecuencia se presentan durante el curso de una gestación en pacientes con LES.⁽¹¹⁾

El motivo de ingreso de la paciente estuvo relacionado con manifestaciones clínicas que expresaban actividad de la enfermedad; al ser una gestante, estas manifestaciones cobran mayor singularidad, por lo que se decidió el ingreso y el aumento de la dosis de esteroides como medicamento de acción rápida para controlar el proceso inflamatorio. Adicionalmente se justifica la hospitalización por las posibles complicaciones que pudiera presentar el feto, teniendo en cuenta que la actividad lúpica se ha descrito como una afectación al estado de salud del feto.⁽¹²⁾ Al momento del ingreso se destaca la positividad de la PCR y del ANA, evidencias del diagnóstico de actividad del LES.

El aumento de la dosis de esteroide es un recurso útil para combatir de forma rápida el proceso inflamatorio. Su empleo permite revertir las manifestaciones clínicas y minimizar el riesgo de aparición de complicaciones del LES.⁽¹³⁾

Durante la hospitalización se agudizaron las manifestaciones inflamatorias, teniendo como su máxima expresión la aparición del cuadro de abdomen agudo, diagnosticado como una apendicitis aguda dado por el dolor abdominal, las náuseas, vómitos y el informe de apendicolitos en la ecografía abdominal.

No se reporta frecuentemente la apendicitis aguda durante la gestación; en pacientes sin antecedentes la gestación provoca un desplazamiento de la conversión de leucocitos inmaduros hacia leucocitos th1, cuya acción inhibe el proceso inflamatorio; un resultado similar se puede apreciar en gestantes con artritis reumatoide, y se observa un comportamiento favorable de la actividad de la enfermedad durante ese periodo. Sin embargo, en el LES, la seroconversión de leucocitos se desplaza hacia la diferenciación en leucocitos th2, cuya acción favorece la aparición y perpetuación del proceso inflamatorio; de esta forma, se describe que puede existir exacerbación de la enfermedad lúpica durante la gestación,⁽¹⁴⁾ como ocurrió en el presente caso.

Ante un cuadro de apendicitis aguda, la conducta terapéutica no podía ser otra que la intervención quirúrgica. La decisión de interrumpir la gestación, aunque la paciente tenía una edad gestacional en ese momento de 36,4 semanas y se contaba con el respaldo de haber inducido maduración pulmonar, se basó en cierto grado de seguridad en cuanto a una adecuada respiración del feto. La obtención de un recién nacido bajo peso es una

complicación fetal señalada en otros reportes relacionados con LES y gestación;^(11,14) al respecto, se puede adicionar que la gestación fue interrumpida antes de tener un final fisiológico, lo que también influye en el bajo peso.

En este caso tanto la madre como el recién nacido evolucionaron satisfactoriamente, tendencia que se había mantenido hasta el momento de realizar el reporte del caso. A pesar de este desenlace feliz, es necesario destacar que ante una paciente lúpica gestante se debe mantener un seguimiento obstétrico estricto, evolutivo del LES y del bienestar fetal, ya que existe un elevado riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Conclusiones

La colecistitis aguda durante el curso de una enfermedad reumática, y específicamente en pacientes gestantes con LES, puede poner en peligro la vida. Esta complicación se origina secundariamente al proceso inflamatorio resultante, por lo que es necesario, además de intervenir quirúrgicamente, combatir el proceso inflamatorio, lo cual es fundamental en este tipo de casos. El uso de glucocorticoides constituye un recurso adecuado.

Referencias bibliográficas

1. Solís Cartas U, Amador García DM, Crespo Somoza I, Pérez Castillo E. Síndrome de Guillain Barré como forma de debut en el lupus eritematoso sistémico. Rev Cubana Reumatol. 2015 [Acceso 16/04/2022];17(Suppl 1):1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000300007&lng=es
2. Gil Armenteros R, Solís Cartas U, Milera Rodríguez J, de Armas Hernández A. Mielitis transversa como debut de un lupus eritematoso sistémico. Rev Cubana Reumatol. 2013 [Acceso 17/04/2022];15(3):209-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000300011&lng=es
3. Solís Cartas U, Calvopina Bejarano SJ, Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA. Higroma quístico en recién nacido de mujer con lupus eritematoso sistémico. Rev Cubana Reumatol. 2018 [Acceso 15/04/2022];20(1):1-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962018000100012&lng=es

4. Mesa Abad P, Tovar Muñoz Lucía, Serrano Navarro I, Ventura Puertos P, Berlango Jiménez J. Pregnancy in women with systemic lupus erythematosus: An integrative review. *Enferm Nefrol.* 2020 [Acceso 11/05/2022];23(1):11-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842020000100002&lng=es
5. Solís Cartas U, Calvopina Bejarano SJ, Prada Hernández D, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA. Higroma quístico en recién nacido de mujer con lupus eritematoso sistémico. *Rev Cubana Reumatol.* 2018 [Acceso 13/05/2022];20(1):1-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962018000100012&lng=es
6. Blanco Ramos M, Cañizares Carretero MA, García-Fontán EM, Rivo Vázquez JE. Derrame pericárdico como manifestación clínica única de lupus eritematoso sistémico. *An Med Interna (Madrid).* 2006 [Acceso 14/04/2022];23(2):80-2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000200007&lng=es
7. Ramos Loza CM, Mendoza López VJN, Ponce Morales JA. Aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica. *Rev Méd La Paz.* 2018 [Acceso 16/04/2022];24(1):19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es
8. Stuht López D, Santoyo Haro S, Lara Barragán I. Lupus eritematoso sistémico en el embarazo. *Acta Méd Grupo Ángeles.* 2018 [Acceso 14/05/2022];16(4):331-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000400331&lng=es
9. Palacios Idrovo JP, Freire Palacios MA, Paguay Moreno ÁR, Echeverría Oviedo CM. Pancreatic pseudocyst as a complication of a patient with systemic lupus erythematosus. *Rev Cubana Reumatol.* 2019 [Acceso 11/05/2022];21(Suppl 1):e65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000400007&lng=es
10. Vera Rivero DA, Chirino Sánchez L, Martínez Lastre A. Medición de la actividad lúpica y daño acumulado en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Cubana Reumatol.* 2019 [Acceso 10/05/2022];21(2):e88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200007&lng=es

11. Ocampo Ramírez SM, Hoyos Patiño S, Lambertino Montaña JR, Gutiérrez Marín JH, Campo Campo MN, Sanín Blair JE, *et al.* Caracterización de mujeres embarazadas con lupus eritematoso sistémico y resultados materno-fetales en el noroeste de Colombia. Estudio descriptivo. *Iatreia*. 2019 [Acceso 12/05/2022];32(4):266-75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932019000400266&lng=en
12. Solís-Cartas U, Rodríguez-Moldón Y, Fera-Díaz G, González-Benítez S. COVID-19, lupus eritematoso sistémico y gestación, una asociación peligrosa. *Rev Cubana Reumatol*. 2021 [Acceso 14/05/2022];23(1 Supl 1). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/934>
13. Blanco Mesa B, Santana Porbén S, Salabarría González JR. Importancia de los valores de proteinuria para el diagnóstico de la nefropatía asociada al lupus eritematoso sistémico. *Rev Cubana Reumatol*. 2018 [Acceso 10/05/2022];20(3):e641. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962018000300001&lng=es
14. Hinojal Toscano I, Marín Cid M. Nefritis como debut lúpico en el embarazo. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021 [Acceso 12/05/2022];86(6):545-53. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000600545&lng=es

Conflicto de interés

El autor declara que no existe conflictos de intereses.