

OBSTETRICIA**ABDOMEN AGUDO EN EL EMBARAZO**

Isaac Escobar Oriol*
Hafeth Nuñez Chinchilla**

SUMMARY

The evaluation of abdominal pain pregnant must be carried out in a expeditiously and complete. The acute abdomen may be the result of many causes gastrointestinal, gynecological, urological or obstetric. These situations require, often, surgery, and the delay in diagnosis and intervention only worsens the outcome for mother and fetus.

INTRODUCCIÓN**DEFINICION DE ABDOMEN AGUDO**

El término abdomen agudo designa a un conjunto de afecciones cuya

principal manifestación es el dolor abdominal de comienzo reciente y que, en general, suelen requerir tratamiento quirúrgico de urgencia (1-2). En EEUU la necesidad de realizar cirugía por causas obstétricas y no obstétricas durante el embarazo alcanza al 1,5% de las gestaciones .

ABORDAJE**Cambios fisiológicos en el embarazo**

Ciertos cambios anatómicos y fisiológicos específicos del embarazo pueden dificultar la determinación de la causa del dolor. A medida que aumenta

de tamaño el útero grávido, se convierte en un órgano abdominal alrededor de las 12 semanas, y empieza a comprimir las vísceras abdominales suprayacentes. Este engrosamiento puede hacer difícil localizar el dolor, y también puede enmascarar o retrasar los signos peritoneales (1-2). Se cree que las alteraciones de la función gastrointestinal son mediadas por los elevados niveles de esteroides sexuales. La progesterona disminuye la presión del esfínter esofágico inferior y la motilidad del intestino delgado. El vaciamiento del colon está enlentecido durante el embarazo, pero la causa no está del todo

* Médico Asistente General. Hospital Ciudad Neily.

** Médico Asistente General. Hospital Ciudad Neily.

clara. El tiempo lentificado de tránsito colónico puede dar lugar a estreñimiento y consecuentemente a dolor. El vaciamiento retardado del estómago puede ocasionar un incremento del volumen gástrico residual y, probablemente, producir náuseas y vómitos, reflujo y aspiración pulmonar con la anestesia general. El embarazo también afecta al sistema urológico. Los uréteres se dilatan ya desde el primer trimestre, y permanecen dilatados en el período posparto. Esta distensión puede dar lugar a estasis urinaria, incrementando no sólo el riesgo de urolitiasis sino también de infección. Los cambios hemostáticos también añaden dificultades a la evaluación y a la asistencia de las mujeres embarazadas. El embarazo produce un estado trombogénico, con incrementos de entre el doble y el triple de los niveles de fibrinógeno. La utilización de los manguitos antitromboembolismo y los sistemas de compresión secuencial debería considerarse en todas las mujeres embarazadas sometidas a cirugía no obstétrica durante su gestación (2) La infección puede ser más difícil de evaluar en el embarazo, puesto que los recuentos de leucocitos se incrementan hasta un rango normal de entre 10.000 y 14.000 células/mm³ [13]. En el parto, los recuentos de leucocitos pueden ser

tan altos como de entre 20.000 y 30.000 células/mm³. Alrededor de una semana posparto, el recuento leucocitario debería retornar a la normalidad.

Causas no obstétricas de abdomen agudo

Las indicaciones de cirugía no obstétrica comunicadas con mayor frecuencia en la embarazada son la apendicitis, la colelitiasis, los quistes de ovario persistentes y la torsión ovárica.

Apendicitis

La apendicitis se presenta en uno de cada 1.500 embarazos, y es el motivo más frecuente de intervención quirúrgica no obstétrica durante la gestación. (1-2-10) La localización del apéndice se ha descrito tradicionalmente en una situación ascendente en la cavidad peritoneal, a medida que crece el útero, a partir de las 12 semanas, alcanzando la cresta ilíaca alrededor de las 24 semanas (10). El motivo más frecuente de consulta de la paciente con sospecha de tener apendicitis es el dolor en el cuadrante inferior derecho. La anorexia, las náuseas y los vómitos con dolor inicial periumbilical son similares en las embarazadas y en las no embarazadas. También puede estar presente la fiebre. Como se ha discutido antes, el recuento leucocitario puede incrementar durante el embarazo, y la

leucocitosis no siempre significa apendicitis, pero un aumento de las bandas es más indicativo de un proceso patológico. La exploración física cuidadosa es clave en la realización del diagnóstico (10). Los signos peritoneales groseros, con rebote y defensa, no pueden considerarse normales en el embarazo, aunque la laxitud de la pared abdominal anterior y la presencia del útero aumentado de tamaño pueden retrasar la aparición de estos signos. Por ello, resulta preciso mantener un alto nivel de sospecha a la hora de evaluar a una paciente embarazada con apendicitis. El retraso en el diagnóstico sigue siendo la causa principal de morbilidad en este proceso. Un apéndice no roto se asocia con una frecuencia de pérdida fetal de alrededor del 3 al 5%, con poco efecto en la mortalidad materna, en contraste con una tasa de pérdida fetal del 20 al 25% y una tasa de mortalidad materna del 4% en la apendicitis con rotura apendicular. Cuando la historia y la exploración física no son concluyentes, las exploraciones de imagen pueden ayudar. Algunos estudios apoyan el uso de ecografía por un sonografista experimentado en el diagnóstico de apendicitis en el embarazo.

Ultrasonido

Puede utilizarse para diagnóstico de apendicitis así como

confirmar el estado de embarazo y valorar el bienestar fetal. Tiene una sensibilidad del 75 al 90 % y especificidad del 86 al 100 %, ya que es un estudio operador dependiente (9-10).

Tomografía computarizada

En casos seleccionados la sensibilidad es del 100 % (9-2), por su costo es indicado en casos complicados o atípicos (9-10). El diagnóstico se realiza mejor basándose en la sospecha clínica por la anamnesis y la exploración. Una laparotomía blanca es justificable, considerando la morbilidad en el embarazo asociada con el retraso en el tratamiento. Como se ha indicado antes, la laparoscopia parece ser tan segura como la laparotomía para el tratamiento de esta enfermedad, y se ha convertido en el estándar en algunas instituciones. Otro beneficio de la laparoscopia diagnóstica es que puede reducir el número de apendicectomías falsamente positivas realizadas.

Patología de la vesícula biliar

El barro biliar y la litiasis son procesos habituales que se presentan hasta en el 31 y el 2% de los embarazos, respectivamente. Mientras que la mayoría se encuentran asintomáticas, el 28% presenta dolor. (1-2-6) Se ha sugerido que el incremento en los esteroides sexuales durante el embarazo retarda el vaciamiento

de la vesícula biliar, precipitando el desarrollo de litiasis. El cólico biliar se presenta como un episodio de dolor posprandial en el cuadrante superior derecho, y la ecografía abdominal documenta la presencia de colelitiasis. La colecistitis aguda se presenta con dolor en el cuadrante superior derecho, anorexia, náuseas, vómitos y fiebre. La exploración física suele mostrar una sensibilidad en el cuadrante superior derecho y/o un signo de Murphy positivo (2). El diagnóstico diferencial incluye la apendicitis, la hepatitis, la pancreatitis, la neumonía derecha, el absceso intraabdominal y, raramente, la esteatosis aguda del embarazo. El tratamiento empieza con el ingreso hospitalario, antibióticos intravenosos, adecuada hidratación y dieta absoluta por vía oral. El tratamiento conservador de la colecistitis aguda es el preferido durante el embarazo, a menos que exista evidencia de pancreatitis, de colangitis ascendente o de obstrucción del conducto biliar común. Si la paciente tiene una colangitis o una pancreatitis debido a litiasis en el conducto biliar común, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) puede realizarse con seguridad durante el embarazo, con una mínima exposición del feto a las radiaciones ionizantes. Si la paciente no responde al tratamiento conservador, presenta

cólicos biliares de repetición o una pancreatitis o una colangitis secundaria a colelitiasis no tratable mediante CPRE, se debe considerar la intervención quirúrgica. La colecistectomía laparoscópica durante el embarazo es el procedimiento laparoscópico realizado con mayor frecuencia en esta situación. Idealmente, debería realizarse durante el segundo trimestre (2).

Otras enfermedades gastrointestinales

La obstrucción del intestino delgado se presenta en uno de cada 3.000 embarazos. Las causas más frecuentes son las bridas, seguidas de los vólvulos, la intususcepción y las hernias (2). Los síntomas de presentación incluyen las náuseas, los vómitos y la distensión abdominal. Esta entidad clínica no debe confundirse con la hiperemesis gravídica, puesto que el retraso en el diagnóstico y la cirugía puede dar lugar a un incremento de la mortalidad fetal y materna. Las náuseas y los vómitos no deben considerarse normales durante el embarazo si van acompañados de signos peritoneales. El diagnóstico de obstrucción intestinal se realiza mediante exploraciones seriadas y series radiológicas abdominales. El tratamiento inicial es conservador, pero no debe retrasarse la cirugía si empeoran los síntomas clínicos. La pancreatitis complica uno de

cada 3.000 embarazos, y en la mayoría de casos es secundaria a colelitiasis (6). La presentación clásica incluye el dolor en el hemiabdomen superior, en algunas ocasiones con irradiación a la espalda, mejorando a menudo al inclinarse hacia delante. Suele acompañarse de náuseas y vómitos. La mayoría de casos se presenta en el tercer trimestre, y son leves y autolimitados, pero puede progresar y convertirse en una enfermedad multisistémica. El diagnóstico se realiza basándose en los síntomas y en la elevación de la amilasa y la lipasa pancreáticas. La exploración por imagen mediante ecografía busca la evidencia de colelitiasis.

El tratamiento suele ser no quirúrgico y de soporte, con reposo, aspiración nasogástrica, analgesia y reposición de fluidos y electrolitos. (2-6)

Nefrolitiasis

La nefrolitiasis sintomática que complica el embarazo es una situación infrecuente que se comunica con una frecuencia de uno en 3.300 embarazos en un estudio retrospectivo. Los síntomas incluyen dolor en el hipogastrio y en el flanco, a veces asociado con náuseas y vómitos. Existe fiebre si hay asociada una infección del tracto urinario superior. Puede haber disuria, frecuencia miccional y, a menudo, hematuria macroscópica.

El tratamiento es conservador, con hidratación, analgesia adecuada y diuresis forzada para la eliminación del cálculo. El paso espontáneo se produce en el 85% de casos (2).

Masas anexiales en el embarazo

Las causas de abdomen agudo en el embarazo con frecuencia son gastrointestinales, pero la causa también puede estar en el ovario. Las masas iguales o superiores a 5 cm de diámetro visualizadas en el primer trimestre, se resuelven espontáneamente alrededor del 70 al 85% de las ocasiones, lo que sugiere la naturaleza funcional del quiste. La torsión de ovario durante el embarazo puede confundirse con otros procesos intraperitoneales. Con mayor frecuencia, se presenta con dolor en hemiabdomen inferior, que puede ser de naturaleza oscilante (2). El diagnóstico diferencial incluye el embarazo ectópico, la rotura de un quiste hemorrágico, la apendicitis, los endometriomas y los miomas degenerados. La evaluación ecográfica con exploración Doppler puede ayudar a proporcionar más información al mostrar una masa anexial, ocasionalmente rodeada de líquido libre. La cirugía puede realizarse laparoscópicamente o mediante laparotomía abierta.

Miomas uterinos

Los miomas uterinos son otra

causa de dolor abdominal que pueden complicar el embarazo.

Los miomas están presentes entre el 2,7 y el 4% de los embarazos, al evaluar la ecografía de segundo trimestre del embarazo. Las pacientes clásicamente consultan por dolor en el hemiabdomen inferior, y pueden presentar náuseas, vómitos y fiebre, y de este modo, simular otras alteraciones gastrointestinales. Puede existir leucocitosis, y en la exploración física suele apreciarse sensibilidad dolorosa sobre el área del mioma y, en ocasiones, signos peritoneales francos. El tratamiento suele ser conservador, incluyendo la administración a corto plazo (48 h) de indometacina. Raramente se recomienda o se requiere la cirugía. (1-2)

CONCLUSION

- Los numerosos cambios fisiológicos del embarazo pueden afectar a la presentación del dolor abdominal en el embarazo. Debe aplicarse un elevado índice de sospecha a la hora de evaluar a una embarazada con dolor abdominal.
- La cirugía laparoscópica debe realizarse durante el segundo trimestre, siempre que sea posible, y parece tan segura como la laparotomía, pero se requieren más estudios para delinear las tasas de pérdida

fetal y de parto prematuro.

- Si están indicadas, las exploraciones por imagen no tienen que denegarse a la mujer embarazada.
- La apendicectomía y la colecistectomía, en manos de laparoscopistas experimentados, parecen intervenciones seguras durante el embarazo.
- La incidencia informada de masas anexiales y de miomas en el embarazo puede incrementar con el mayor uso de la ecografía en el primer trimestre. El tratamiento conservador, con cirugía en el posparto, parece razonable en la mayoría de casos.

RESUMEN

La evaluación de una embarazada con dolor abdominal debe ser

llevada a cabo de una manera expeditiva y completa. El abdomen agudo puede ser el resultado de muchas causas gastrointestinales, ginecológicas, urológicas u obstétricas. Estas situaciones requieren, con frecuencia, una intervención quirúrgica, y el retraso en el diagnóstico y en la intervención sólo empeora el resultado para la madre y su feto.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Torre Bulnes María. ABDOMEN AGUDO EN EL EMBARAZO. MANEJO. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada,(2009) 1-19
2. Dietrich III Charles S, Hill Christina, Hueman Matthew . Surgical Diseases Presenting in Pregnancy. Surg Clin N Am 88, ELSEVIER SAUNDERS. (2008) 403-419.
3. Herrera Magaly. Pancreatitis Aguda y Embarazo. MEDICAS SUR SOCIEDAD MEDICOS, AC (2003) PAG 1-5.
4. Katz Douglas S, Klein Michele A.I.,

Ganson George, Hines John J. Imaging of Abdominal Pain in Pregnancy Radiol Clin N Am 50 (2012) 149-171

5. Kilpatrick Charlie C, Monga Manju. Abordaje del abdomen agudo en el embarazo Obstet Gynecol Clin N Am 34 ELSEVIER SAUNDERS (2007) 389 - 402.
6. Malvino Eduardo. Abdomen Agudo en el curso del embarazo. Obstetricia Crítica, (2007) 1-22.
7. McGory Marcia L, Zingmond David S, Tillou Areti, Hiatt Jonathan R, Clifford Y Ko, MCryer Henry. Negative Appendectomy in Pregnant Women Is Associated with a Substantial Risk of Fetal Loss. ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES.(2007) 534-540.
8. Parks Nancy A, Schroepfer. Update on Imaging for acute apendicitis. Department of surgery, University of Tennessee Health Science Center (2011) 141-154.
9. Soto Bigot Gloriana , Soto Bigot Marco A. APENDICITIS AGUDA Y EMBARAZO, REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA (LXV).2008.PAG 361-364.
10. Wolfe Jeannette M., Henneman Philip L. Acute Appendicitis PART III ■ Medicine and Surgery / Section Five • Gastrointestinal System,Cap 91, pag1193-1199.