



APENDICITIS Y EMBARAZO
A PROPÓSITO DE UN CASO

APPENDICITIS AND PREGNANCY
ON PURPOSE OF A CASE

DRA. EULALIA TAMAYO GUERRA

SUBJEFE DE GUARDIA 2, MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR

DRA. KARINA LEÓN PONCE **

** GINECOOBSTETRA AREA DE EMERGENCIA, HOSPITAL "MARIANAS DE JESUS", EX POSTGRADISTA HGOECS. e-mail: Karymd77@hotmail.com

2009

RESUMEN

La apendicitis aguda durante la gestación constituye casi el 75 % de todos los abdomenes agudos que se presentan en esta etapa, además es un estado grave tanto para la madre como para el feto. La incidencia de esta enfermedad varía según diferentes autores desde 1:704 hasta 1:2 175 nacimientos; es una entidad que se presenta por lo general en pacientes mayores de 30 años. La mayoría de los episodios ocurren en los 2 primeros trimestres del embarazo, y principalmente durante el segundo período, decreciendo su frecuencia durante el último trimestre y el puerperio.

Se presenta el cuadro clínico de una paciente de 18 años, primigesta, HC. 30035378, que ingresó al área de emergencia del Hospital Enrique C. Sotomayor, por dolor en fosa iliaca derecha, febrícula, Ex físico: Fascie pálida, Puño percusión negativo bilateral. Al tacto Vaginal: Cérvix Cerrado, No Sangrado Transvaginal. Al exámenes de Laboratorio: Hcto: 40% Hb: 13,4 GB: 20.491, N: 17,36, Cay: 8% Plaquetas: 206.000. Ex general de orina: Bacteriuria (+), Leucocituria 15 x campo. ID: Emb 26 SG + S. doloroso Abdominal (Apendicitis Aguda) IQX: Apendicectomía. El diagnóstico patología reveló apendicitis flegmonosa-supurativa. El tratamiento fue con cefepime y metronidazol IV. La estancia hospitalaria fue de 4 días. La paciente evolucionó satisfactoriamente, no presentando complicaciones inmediatas post-quirúrgicas como hemorragia, amenaza de parto pretérmino o sepsis.

Palabras claves: APENDICITIS; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DOLOR ABDOMINAL, APENDICECTOMIA.

SUMMARY

Acute appendicitis during pregnancy is about 75% of all acute abdomens that occur at this stage, it is also a serious condition for both mother and fetus. The incidence of this disease varies according to different authors from 1:704 to 1:2175 births, is an entity that occurs usually in patients over 30 years. Most episodes occur within the first 2 trimesters of pregnancy, mainly during the second period, decreasing in frequency during the last trimester and puerperium.

We present the clinical picture of a patient of 18 years, primigravida, HC. 30035378, which entered the emergency area of the Hospital Enrique C. Sotomayor, by the right iliac fossa pain, fever, physical Ex: Fascie pale, Fist percussion bilaterally negative. On touch Vaginal: Cervix Closed, No TVB. In laboratory tests: Hct: 40% Hb: 13.4 GB: 20,491, N: 17.36, Cay: 8% Platelets: 206,000. Former general urine bacteriuria (+), WBC 15 x field. ID: Amb 26 GS + S. Abdominal pain (acute appendicitis) IQX: Appendectomy. The pathology revealed diagnosis Phlegmonous-suppurative appendicitis. Treatment was with cefepime and metronidazole IV. The hospital stay was 4 days. The patient progressed satisfactorily, without showing immediate post-surgical complications such as bleeding, preterm labor or sepsis.

Key Words: APPENDICITIS, PREGNANCY COMPLICATIONS, ABDOMINAL PAIN, APPENDECTOMY.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado en el que la mujer enfrenta muchos cambios, los cuales involucran prácticamente todos los sistemas corporales, siendo los más estudiados los que ocurren en los sistemas cardiovascular, pulmonar, endocrino y gastrointestinal. Es de vital importancia conocerlos y saber su fisiopatología para poder brindar un manejo anestésico adecuado. Existe mucha controversia respecto a la frecuencia de la apendicitis aguda. En 1977, Babaknia refiere que se presenta en una de cada 10,000 embarazadas; mientras que otra serie, publicada por Mazze y Callen en 1991, señala que la frecuencia es de una por cada 1,000 mujeres embarazadas.

Lo que se conoce es que se presenta en mayor número durante el segundo y tercer trimestre (De Vore, 1980).^{1, 2} Establecer el diagnóstico de apendicitis aguda no es fácil, ya que, conforme avanza el embarazo, la posición del apéndice cambia y ésta va migrando en dirección cefálica, encontrándose a la altura de la cicatriz umbilical al quinto mes del embarazo y regresando cerca del punto de McBurney después del parto. Esto hace más atípica la presentación, dificulta el diagnóstico y retarda el tratamiento, debido a que puede confundirse con el desarrollo de trabajo de parto temprano; sin olvidar que el movimiento fetal incrementa las molestias, enmascarando más el cuadro, y que el dolor no es en sí el principal síntoma¹. En 1980, Lowthian describió que se presenta dolor rectal o vaginal en 80% de los casos con este padecimiento. El aumento de la vascularización en la embarazada permite el desarrollo acelerado de la inflamación apendicular y este, asociado al desplazamiento hacia arriba y posterior al útero, hacen retrasar el diagnóstico haciéndolo confundir con signos de afección vesicular.⁵

En cuanto al tratamiento, el embarazo no contraindica la cirugía y es el cirujano quien determina el tipo de incisión, describiéndose la incisión en el punto de Mc-Burney en cualquier trimestre.⁴ Durante la cirugía se puede confirmar el

diagnóstico en 77% de los casos que cursan el primer trimestre y en 57% de los que se encuentran en el segundo o tercer trimestres. 1 El procedimiento se puede realizar de forma abierta o mediante laparoscopia. Entre las ventajas que ofrece esta última se encuentra el presentar menos complicaciones

posoperatorias, pero dentro de las desventajas se cita la presencia del neumoperitoneo con bióxido de carbono (CO₂), el cual puede irritar al útero y desencadenar el trabajo de parto; además, puede haber disminución del flujo sanguíneo uterino e incrementar la acidosis fetal.^{2,3} Respecto al uso de tocolítics y antibióticos, existe gran controversia; sin embargo, hay acuerdo en que el manejo debe ser multidisciplinario e involucrar la participación de anestesiología, cirugía, ginecoobstetricia y perinatología.

Se presenta el cuadro clínico de una paciente de 18 años, primigesta, HC. 30035378, que ingresó al área de emergencia del Hospital Enrique C. Sotomayor, por dolor en fosa iliaca derecha de inicio en mesogastrio acompañado de febrícula, malestar general, náuseas. Ex físico: Fascie pálida, mucosas húmedas, por AU: 26SG LCF 168. Puño percusión negativo bilateral. Al tacto Vaginal: Cérvix Cerrado, No Sangrado Transvaginal. Fue derivada al área de cuidados intermedios donde se le ejecutaron los exámenes de Laboratorio correspondientes los cuales revelaron: Hcto: 40% Hb: 13,4 GB: 20.491, N: 17,36, Cay: 8% Plaquetas: 206.000. Ex general de orina: Bacteriuria (+), Leucocituria 15 x campo. Resto de exámenes: RCTG reactivo, no reveló actividad uterina. ID: Emb 28 SG + S. doloroso Abdominal (Apendicitis Aguda). Pcte fue valorada por cirujano de Guardia quien decide ejecutar Apendicectomía -Tipo Parker Kerr- (Fig. 1, 2, 3,4). El diagnóstico patología reveló apendicitis flegmonosa-supurativa. El tratamiento constó con lactato de ringer 1000 cc + 200 tramadol+ 10 mg metoclopramida, Cefepime 2g IV c/ 12 horas y Metronidazol 500 mg IV C/8 horas Ketorolaco IV c/8 horas. La estancia hospitalaria fue de 5 días. La paciente evolucionó satisfactoriamente, no presentando complicaciones inmediatas post-quirúrgicas como hemorragia, amenaza de parto pretérmino o sepsis. Se realizó el seguimiento de la paciente y finalizó su embarazo a las 38 semanas sin novedad.

ANEXOS:

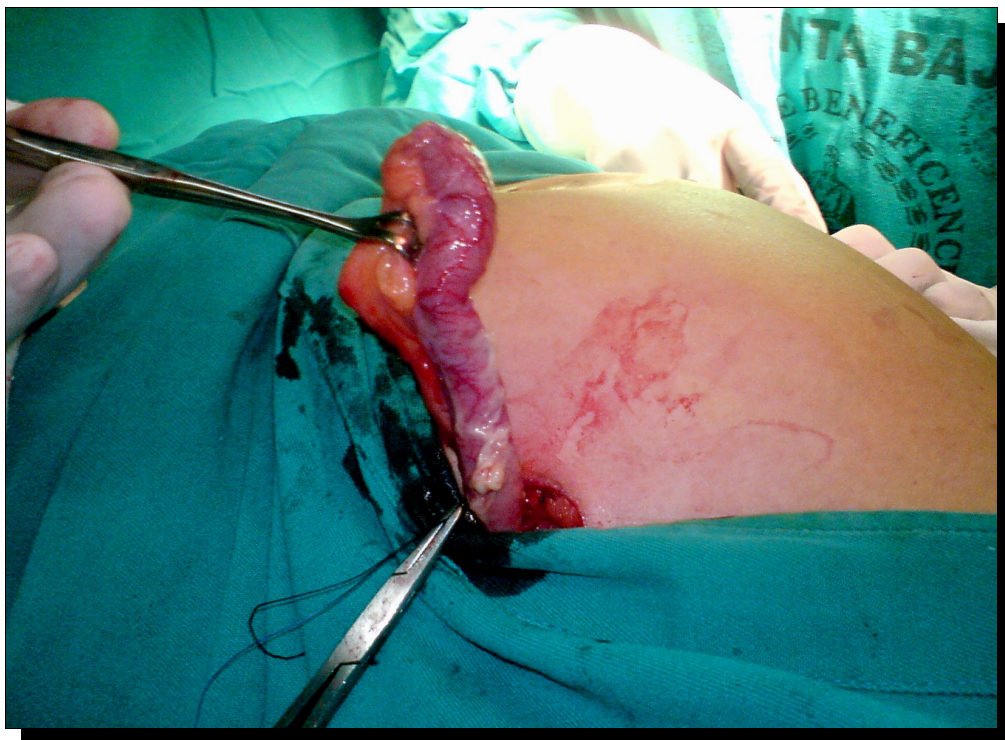


Fig. 1 y 2 Gestante de 28 SG y apendicitis flegmonosa aguda

(Fuente: León K MD –Mendoza J. MD, Servicio Cirugía Planta alta HGOECS – Ecuador 2009)

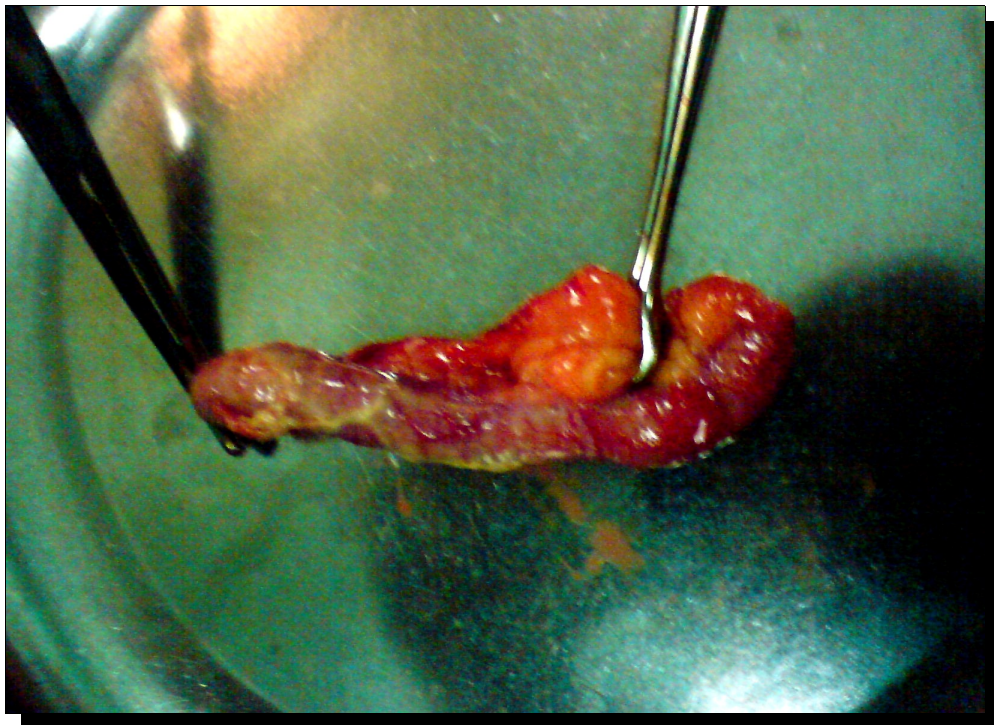
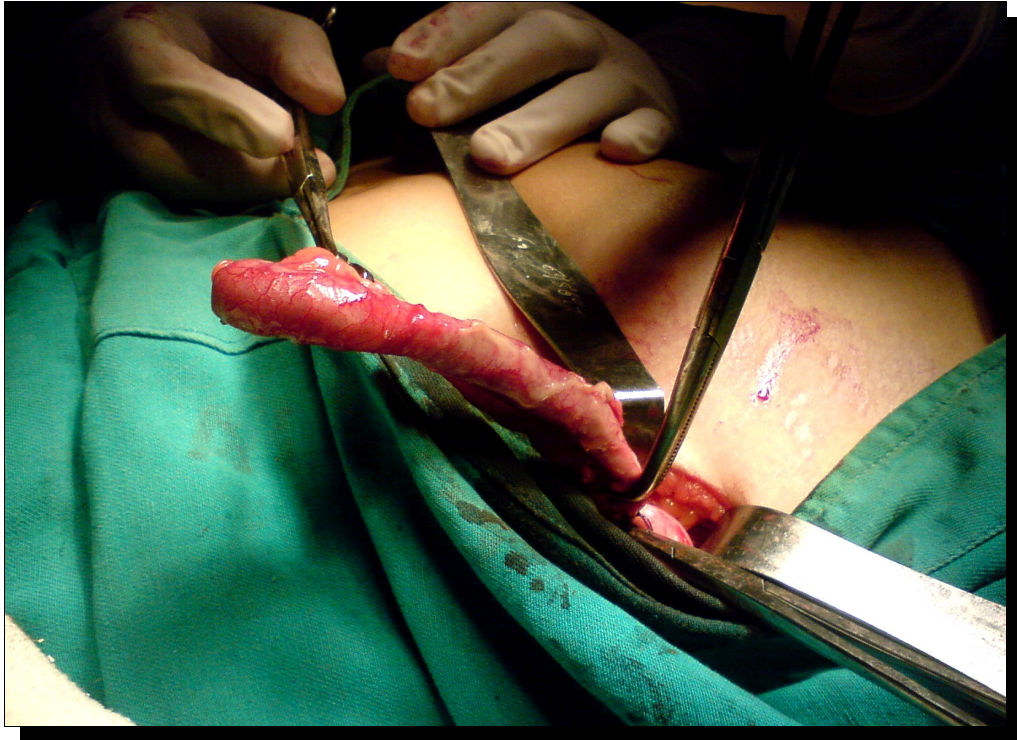


Fig. 3 y 4 Apendicitis flegmonosa aguda

(Fuente: León K MD –Mendoza J. MD, Servicio Cirugía Planta Baja HGOECS – Ecuador 2009)

Discusión:

La apendicitis aguda es la causa más común de laparotomía por abdomen agudo durante el embarazo, y su frecuencia, a pesar de no parecer que aumente con el embarazo, varía desde 1:863 nacimientos según *Cantela* hasta 1: 8 770 nacimientos, de acuerdo con *Bonfante*.³

Según *Gurge*⁹ plantea que su mayor frecuencia se presenta entre los 18 y 30 años, y en relación con la paridad, se plantea por *Gurge*⁹ que la apendicitis aguda es una enfermedad que se observa con más frecuencia entre las pacientes nulíparas, afirmación esta que se corresponde con el resultado observado en nuestra paciente

La mayoría de los autores revisados coinciden en plantear que esta enfermedad afecta principalmente a las gestantes cuando se encuentran en el segundo trimestre del embarazo como lo plantea *Trace y andersen*, para luego decrecer durante el tercer trimestre, el parto y el puerperio.

Realizar el diagnóstico de apendicitis aguda durante la gestación a través de la sintomatología clínica es algo difícil, debido a los cambios que experimentan el apéndice en relación con su posición y eje durante el embarazo. 1, 6,8.

Lo que sí está bien establecido es que la sintomatología expresada por la mujer gestante es similar a la no embarazada, pues los investigadores coinciden en plantear que el síntoma fundamental es el dolor abdominal, ya sea difuso o localizado en la fosa ilíaca derecha, y acompañado por otra serie de síntomas y signos propios de la enfermedad en cuestión, entre los que se encuentran los vómitos, la fiebre., 9, 11,14

La inflamación del apéndice puede inducir una serie de complicaciones, tanto relacionadas con la propia intervención, como de índoles perinatales, entre las que se encuentran los abortos y los partos pretérmino. Algunos autores plantean una alta frecuencia de mortalidad, tanto materna como perinatal, influyendo en los maternos factores como la edad gestacional, la gravedad de la infección y la mayor o menor demora en la realización del diagnóstico.⁴

CONCLUSION

Concluimos que el diagnóstico de apendicitis aguda durante la gestación debe tenerse siempre presente en toda gestante que consulte por dolor abdominal difuso, para así mantener los indicadores de morbimortalidad materna y perinatal. No sin antes acotar las siguientes palabras citadas por *Monif*, en 1908, que hoy en día tienen plena vigencia, *“la mortalidad de la apendicitis aguda durante la gestación es la mortalidad de la demora”*.

BIBLIOGRAFIA

1. Andersen B, Nielsen TF. Appendicitis in pregnancy: diagnosis management and complications. Act Obst Gynecol Scand 1999; 78(9):758-62.
2. Apéndice cecal. En: Rodríguez-Loeches Fernández J. Cirugía del abdomen agudo. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 194:75-91.
3. Bonfarte R, Estrada A, Bolaños R, Juárez L, Castelazo E. Apendicitis durante el embarazo. Ginecol Obstet Mex 1998; 66 (3): 126-8.
4. Cantele H, Haratz N, Serrano C, Wulff L. Apendicitis aguda y embarazo en la Maternidad Concepción Palacios. Med Priv 1998; 12 (1-2): 13-6.
5. Condon RE. Apendicitis. En: Sabiston DC. JR. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis- . La Habana: Editorial Científico-Técnica, 19; t1.1: 1033-49.
6. Malangoni MA. Gastrointestinal surgery and pregnancy *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32 (1): 181-200.

7. Mattingly RF, El apéndice vermicular en Ginecología; Ginecología Operatoria de Richard W Te Linde. 5ª ed. La Habana: Editorial Científico- Técnica. 1998: 349-55.
8. Mourad J, Elliot JP, Erickson L, Lisboa L. Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs. *Am J Obst Gynecol* 2000; 1027-9.
9. Moncay R, Pacheco F, Gómez H, Fernández FJ. Apendicitis aguda y embarazo; experiencia en el Hospital Español de México. *Ginecol Obstet Méx* 1998; 66 (9):392-5.
10. Stefanidis K, Kontostolis S, Pappa L, Kontostolis E, Endometriosis of the appendix with symptoms of acute appendicitis in pregnancy. *Obst Gynecol* 1999;93 (5pt2):850.
11. Tracey M, Fletcher HS. Appendicitis in pregnancy. *Am Surg* 2000;6 (6):555-9.
12. Melnick DM. Management of general surgical problems in the pregnant patient. *Am J Surg* 2004; 187 (2): 170-180.
13. Olmi S, Azzola M, Russo R. Laparoscopic appendectomy and minilaparoscopic approach: a retrospective review after an 8- year experience. *J Art JSLS* 1999; 3(4):285-92.
14. Perrot M, Jenny A, Morales M, Kohlik M, Morel P. Laparoscopic appendectomy during pregnancy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000; 10 (6):368-71.
15. Popkin CA, Lopez PP, Cohn SM, Brown M, Lynn M. The incision of choice for pregnant women with appendicitis is through McBurney's point. *Am J Surg* 2002; 183 (1): 20-2.
16. Wittich AC, Lockrow RA. Appendectomy during pregnancy: a surgery of two army medical activities. *Milit Med* 1999; 164(10):671-4.