

11217

5
20y



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Ginec Obstetricia No. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"

ABDOMEN AGUDO EN OBSTETRICIA
REVISION ACTUAL EN EL H. G. O. No. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"

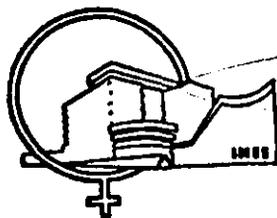
TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de

GINECO OBSTETRA

presenta

DR. JUAN CARLOS ALCIVIA GARCIA



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

SE REVISARON UN TOTAL DE 50 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE -- SINDROME ABDOMINAL AGUENO EN OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA NUMERO 4 "LUIS CASTELAZO AYALA".

LOS OBJETIVOS QUE SE PERSIGUIERON CON ESTA REVISION FUERON-- EL ANALIZAR LAS CAUSAS MAS FRECUENTES, REVISAR METODOS DE AYUDA DIAGNOSTICA, EL MANEJO MAS ADECUADO, ASI COMO EL MOMENTO DE DECIDIR LA CIRUGIA.

LOS RESULTADOS ENCONTRADOS FUERON SIMILARES A LOS REPORTA-- DOS EN LA LITERATURA GENERAL, ENCONTRANDOSE ENTRE LAS CAUSAS -- OBSTETRICAS MAS FRECUENTES EL EMBARAZO ECTOPICO ROTO, RUPTURA - UTERINA, RUPTURA EPATICA Y PERFORACION UTERINA ACCIDENTAL.

DENTRO DE LAS CAUSAS NO OBSTETRICAS LAS PRINCIPALES FUERON-- LA APENDICITIS Y COLECISTITIS AGUDAS.

UNA VEZ REVISADOS LOS DIVERSOS PUNTOS INCLUIDOS EN EL PRE--SENTE ESTUDIO, LAS CONCLUSIONES QUE SE DESTACARON FUERON: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO CON - EL FIN DE EVITAR COMPLICACIONES Y EL MOMENTO DE DECISION DE LA- INTERVENCION EN FORMA TEMPRANA, LO QUE TRADUCIRA MEJOR ATEN- - CION EN LA PACIENTE Y LA REDUCCION DE LOS GASTOS INHERENTES A - LA PATOLOGIA EN LA INSTITUCION HOSPITALARIA.

C O N T E N I D O

	Pag.
INTRODUCCION	1
CARACTERISTICAS DEL DOLOR	5
EXAMEN FISICO	9
PATOLOGIAS QUE CAUSAN ABDOMEN AGUDO EN OBSTETRICIA	13
- Enfermedades Ginecoblásticas	13
- Enfermedades no Ginecoblásticas	23
OBJETIVOS	31
MATERIAL Y METODOS	32
RESULTADOS	34
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFIA	43

* * * * *

INTRODUCCION

El síndrome doloroso abdominal, ha sido desde hace muchos años, motivo de numerosos trabajos desde que Sir Zacary Cole publicó su manuscrito clásico en 1921.

Aunque el enfoque para el abdomen agudo sigue siendo el mismo, la introducción de nueva tecnología diagnóstica y métodos de resolución, permite la aparición de nuevos trabajos acerca del tema.

En el caso de la Obstetricia, existe la necesidad del conocimiento de los cuadros capaces de producir un Síndrome Abdominal Agudo, ya que ésto implica el poder ofrecer lo mejor al binomio materno fetal.

Aunque puede haber muchos componentes en el cuadro clínico del abdomen agudo, las pacientes buscan ayuda médica básicamente por presentar dolor que requiere una atención inmediata y aunque el manejo no siempre es quirúrgico, el médico ha de admitir la necesidad de cirugía en caso de persistencia del síntoma.

El dolor en la paciente embarazada presenta una mayor problemática, ya que se deberán tomar decisiones que sean benéficas, tanto para la madre como para el feto y evitar -

en cuanto sea posible el daño a éste.

Nunca se insistirá lo bastante en la necesidad de realizar una buena historia clínica y examen físico completo, -- que al correlacionarse con datos de ayuda diagnóstica darán una pronta resolución al problema de la paciente.

Es necesario el conocimiento preciso de los cuadros que pueden producir abdomen agudo en la paciente obstétrica, ya que además de las muchas patologías productoras de abdomen agudo en la paciente no embarazada, se suman otras del dominio únicamente del Ginecobstetra, que en base a sus conocimientos, podrá reconocerlas prontamente y dar una rápida solución evitando así complicaciones que pudieran poner en peligro la integridad de la paciente.

Dolor abdominal. La cavidad abdominal es un espacio potencialmente cubierto por el peritoneo visceral y parietal. Cada una de las dos superficies tiene vías diferentes para transmitir el dolor y características del mismo. Un tercer tipo de dolor, llamado referido o irradiado, causa sensación en un lugar distante al órgano afectado. Este tipo de dolor a veces ayuda, sin embargo, otras dificulta y confunde el diagnóstico.

La clave para valorar la significación del dolor abdominal es la buena comprensión de los términos dolor visceral,

dolor parietal y dolor referido.

Dolor visceral. El peritoneo visceral recibe su sensación dolorosa por vía de los nervios espláncnicos del sistema nervioso autónomo. Esta sensación es mal localizada y puede percibirse a cierta distancia del órgano afectado. Es causado por distensión o por isquemia, pero no por corte o quemadura.

Las fibras viscerales aferentes de la cápsula del hígado, el bazo, porción central del diafragma y pilares, llegan al sistema nervioso central, siguiendo las fibras sensoriales simpáticas con los nervios frénicos. Las fibras de vesícula biliar, estómago, intestino delgado y páncreas, siguen por el plexo celiaco y luego por los nervios espláncnicos hasta las raíces sexta a novena de la médula espinal torácica. Las fibras aferentes de colon, apéndice y órganos pelvianos, alcanzan los niveles torácicos décimo y undécimo por vía del plexo mesentérico.

El dolor visceral que procede de las estructuras del intestino anterior como estómago, páncreas y duodeno, se perciben en el epigastrio. El dolor nacido de las estructuras del intestino medio, como intestino delgado y mitad derecha del colon, se percibe en la zona periumbilical, mientras que el nacido en el intestino posterior, colon izquierdo, -

se percibe en el hipogastrio.

Dolor parietal. El peritoneo parietal y la pared del abdomen reciben fibras de dolor somáticas de los nervios raquídeos. La sensación de estas fibras es aguda, bien localizada e intensa, generalmente causada por inflamación del peritoneo. El movimiento aumenta este dolor y la paciente se mantiene inmóvil. Este dolor señala más directamente la zona de la afección, por lo general, inflamación de alguna viscera subyacente.

Los nervios vagos no transmiten sensación dolorosa desde la cavidad abdominal, aunque contiene muchas fibras aferentes. El dolor del esófago y la parte baja de la vejiga y recto siguen por los nervios vagos y el plexo sacro respectivamente.

Dolor referido. Los nervios somáticos y viscerales suelen hacer sinapsis en la médula espinal. Los estímulos que siguen las vías viscerales aferentes pueden simular nervios somáticos que hacen sinapsis y provocar sensación en zonas alejadas de la víscera estimulada. Son ejemplos comunes el dolor de la vesícula referido en la punta de la escápula -- por vía del séptimo par raquídeo y el dolor del cólico uretral percibido en la región ilioinguinal por el nervio abdominal menor que sigue a través de T 12 y L 1 (31).

CARACTERISTICAS DEL DOLOR.

Irritaciones visceral y peritoneal. Las características del dolor abdominal que son cruciales para el diagnóstico, -son el comienzo, la intensidad, el ritmo, la duración y los factores modificantes. Todos varían según la causa de la -lesión y el órgano afectado.

La inflamación provoca dolor vago, constante y sordo -- que aumenta lentamente en intensidad y se hace más fuerte y localizado cuando llega a inflamarse el peritoneo parietal. Las pacientes prefieren estar inmóviles y acostadas. Son -ejemplo clásico, la apendicitis, la diverticulitis y la pan-creatitis.

La perforación de vísceras huecas provoca un dolor de -comienzo súbito, se percibe inicialmente a nivel del órgano perforado, debido a la irritación del peritoneo parietal, - luego se difunde a todo el abdomen a medida que aumenta el -contacto químico. El ejemplo clásico es la úlcera péptica -perforada. Por el contrario, la perforación de colon, in--testino delgado y apéndice, frecuentemente tienen un comien-zo más gradual, por que el contenido de estos órganos no tie-ne el alto grado de actividad enzimática. La disrupción de una víscera sólida provocará dolor por la distensión de la -cápsula visceral y la irritación química del peritoneo pa--

6.

rietal. Suele tener comienzo súbito, es intenso y puede -- irradiarse a todo el abdomen o zonas referidas, según la ex tensión de la irritación. Son ejemplos de ésto, la ruptura del bazo, hígado, embarazo ectópico, quiste ovárico roto, - perforación uterina y desgarro de aneurisma aórtico, abdominal.

Espasmo obstructivo. La brusca obstrucción de una visce ra hueca ocasionará dolor intenso por espasmo y distensión_ proximal del músculo liso; el resultado es la isquemia loca lizada y sus consecuencias. El dolor puede ser de carácter rítmico, al contraerse el músculo con el fin de aliviar la -- obstrucción. La duración y la gravedad del dolor dependen_ de características inherentes del órgano. La vesícula bi--; liar tienen contracciones prolongadas e intensas que duran_ hasta horas. El uréter puede causar calambres durante 5 a_ 10 minutos, que son muy intensos. La parte del intestino - delgado provoca dolor que dura de 2 a 5 minutos, pero es me nos intenso que el cólico ureteral o vesical.

La parte baja del intestino delgado tiene contracciones que pueden presentarse cada 10 a 15 minutos y son menos in tensas. El colon no produce dolor intenso y es menos defi nido (9).

Isquemia. La embolia, la obstrucción o la trombosis --

provoca dolor muy intenso a causa de la isquemia.

El dolor provocado por la embolia arterial de un vaso - víscera importante es intensísimo e inicialmente va acompañado de muy pocos síntomas abdominales, debido a la ausencia de irritación peritoneal. El ejemplo clásico, es la em bolla de arteria mesentérica superior. En caso de oclusión de arteriolas periféricas o de trombosis venosa, el dolor - es de comienzo gradual y menos intenso. Estos pacientes suelen presentarse con molestias abdominales vagas, que pueden ser ignoradas. La primera señal de un problema real puede ser la aparición de signos peritoneales.

Estrangulación. La estrangulación de una víscera hueca o sólida tienen por consecuencia un dolor brusco, intenso y constante. El dolor es más localizado porque se limita a un pequeño segmento de intestino o bien a un órgano específico. Puede haber hipersensibilidad si está afectado el pe ritoneo y a veces se percibe una masa. El paciente suele preferir estar inmóvil si hay irritación peritoneal.

En resumen, el dolor brusco y sostenido con signos peri toneales significa perforación o rotura de víscera sólida.- El dolor brusco sostenido, sin signos peritoneales, significa enfermedad oclusiva arterial o comienzo de estrangulación de una víscera. El dolor agudo en calambre significa oclu-

B.

sión aguda de una víscera hueca. El dolor lento de comienzo vago, seguido de signos peritoneales, significa víscera inflamada con participación del peritoneo parietal.

EXAMEN FISICO.

El El médico ha de crear un método sistemático para examinar el abdomen agudo. Incluirá observación, palpación y percusión.

El examinador debe observar la posición del enfermo, el paciente que solo tiene dolor visceral se movilizará tratando de obtener una posición cómoda, el paciente con irritación peritoneal estará acostado inmóvil, en posición fetal o con las piernas levemente flexionadas a fin de disminuir la tensión de la pared abdominal.

En especial la inspección en busca de cicatrices de intervenciones quirúrgicas, así como prominencia de hernias. La distensión abdominal sugiere obstrucción de intestino, íleo paralítico, ascitis o sangre. El peristaltismo visible sugiere obstrucción intestinal.

Los ruidos intestinales son importantes, pero la mayoría de las veces no se interpretan adecuadamente. La ausencia de ruidos intestinales sugiere íleo paralítico. Los ruidos ocasionales de campanillas sugiere aire y líquido en el intestino y presencia de un íleo grave.

Los ruidos intestinales de tono alto o prolongado indican obstrucción, siendo los ruidos hiperactivos o hipoacti-

vos, variaciones de la actividad normal.

Por palpación, hay que descubrir rigidez de la musculatura de la pared abdominal que indica peritonitis localizada o generalizada. Una hipersensibilidad de rebote significa irritación peritoneal.

La desaparición de la matidez hepática a la percusión - señala la presencia de aire libre en el abdomen.

Al palpar buscando masas, se deberá iniciar la exploración en el área más alejada al problema, terminando en ésta.

Finalmente, los exámenes rectal y pelviano son esenciales en todo paciente con dolor abdominal agudo.

Laboratorio y gabinete. Los datos de laboratorio, pueden ayudar a confirmar el diagnóstico que se sospecha por la historia y el examen físico.

Es obligado efectuar una Biometría hemática completa -- donde se podrá observar leucocitosis en casos de infección, inflamación o intestino isquémico, sin embargo, estas alteraciones, pueden no encontrarse presentes.

El recuento diferencial es muy importante, sin embargo, no se deberá retrasar una cirugía por el hecho de no descubrirse leucocitosis, si existe un cuadro florido.

Un análisis de orina, que demuestre eritrocitos se podrá

encontrar en caso de litiasis renal. La presencia de leucocitos en orina puede significar no solo infección de vías urinarias, sino también abscesos o infecciones en territorio vecino a ureteros.

Se deberán valorar también, electrolitos séricos y de acuerdo a las características del dolor solicitar amilasa o -enzimas hepáticas si se sospecha de patología que comprometa dichos órganos.

Desde el punto de vista del gabinete, la placa simple de abdomen puede ayudar mucho a valorar a una paciente que sufre abdomen agudo.

Por ejemplo, una sombra gástrica desplazada indica absceso subdiafragmático, hematoma o masa pancreática. Una obstrucción intestinal se manifestará por dilatación del intestino proximal en relación a la zona obstruida y puede haber niveles hidroaéreos en una placa tomada de pie.

Una obstrucción de intestino delgado puede distinguirse de una obstrucción del colon por la presencia de válvulas coniventes que son pliegues de mucosa de intestino delgado -- que se encuentran en todo el diámetro de la luz del órgano a diferencia de las haustras que no se encuentran en todo el trayecto del colon.

La presencia de aire libre en cavidad o neumoperitoneo

indica perforación de víscera hueca.

Las calcificaciones anormales pueden observarse frecuentemente en placas abdominales.

Los estudios con material de contraste no están indicados y no son necesarios en abdomen agudo.

La ultrasonografía ha sustituido a los estudios de contraste en aquella paciente con dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, además que permite visualizar otros órganos abdominales.

A pesar de ser en ocasiones de mucha utilidad los exámenes de laboratorio y gabinete, éstos solon deberán proporcionar ayuda diagnóstica, debiendo imperar la clínica.

Es necesario aclarar que la espera de estos estudios no deberá ser tal, que pudiera deteriorarse aún más el estado de la paciente, por lo que ante la necesidad de realizar una laparotomía de primera instancia, los estudios paraclínicos pasarán a un segundo término.

Sin embargo, existirán patologías que requieran un mayor período de observación para esclarecimiento del diagnóstico y en las cuales los estudios de laboratorio y gabinete serán de gran ayuda para decidir la intervención.

PATOLOGIAS QUE CAUSAN ABDOMEN AGUDO EN OBSTETRICIA.

Enfermedades Ginecobstétricas.

Embarazo ectópico. La gestación ectópica con su localización más frecuente, la tubaria, se encuentra con una de las principales causas de abdomen agudo de causa ginecobstétrica.

La verdadera incidencia de embarazo ectópico es difícil de establecer, ya que varía de una población a otra, sin embargo, se ha reportado 1 por cada 80 a 200 recién nacidos vivos.

Han transcurrido 100 años desde la primera publicación de Tait sobre "El Moderno Tratamiento de la Gestación Ectópica", donde estableció la necesidad de la laparotomía exploradora, si el embarazo ectópico se encontraba roto, antes de este artículo, las mujeres morían por hemorragia o infección.

La gestación ectópica puede simular cualquier otro problema abdominopélvico, sin embargo, si la paciente refiere -- los síntomas precozmente y si el médico tiene un elevado índice de sospecha, así como también, si se utilizan los métodos diagnósticos adecuados, el diagnóstico equivocado es solo en un bajo porcentaje.

Como en la apendicitis, el espectro de formas clínicas que se observan en la gestación ectópica pueden dividirse en

dos grupos:

- 1) Aquellos que siguen el curso clínico de la enfermedad, y
- 2) Aquellos síntomas abigarrados y que no pueden ser identificados de manera alguna.

En un estudio reportado por Brenner, el dolor abdominal fue el síntoma que se presentó con más frecuencia en el grupo que estudió, este síntoma fue seguido por hemorragia uterina anormal, amenorrea, aumento de la sensibilidad anexial y fiebre(1).

A la exploración física, dependiendo de la duración y la cantidad de la hemorragia, el estado general de la paciente puede variar.

Los signos abdominales varían. El dolor profundo en los cuadrantes inferiores del abdomen, suele estar presente; el signo de rebote puede estar positivo, así como también el signo de Cullen, el cual es signo inequívoco de la presencia de sangre en cavidad abdominal.

En la exploración pélvica, los hallazgos varían desde la palpación de una gran masa como el no hallar nada. El dolor está presente en la mayoría de los casos.

Una masa blanda, muy dolorosa, localizada en el fondo de saco es debida a una colección de sangre a ese nivel.

El diagnóstico se realizará en base a cuadro clínico, - así como también se deberán tomar en cuenta exámenes de laboratorio y gabinete como la biometría hemática, ultrasonografía y laparoscopia y desde luego la prueba de embarazo.

Se deberán tomar en cuenta, dentro de los diagnósticos diferenciales, el quiste de cuerpo lúteo, el aborto incompleto e inevitable, la enfermedad inflamatoria pélvica y la apendicitis aguda.

La laparotomía estará indicada urgentemente una vez realizado el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico se determinará en base a la urgencia y los hallazgos transoperatorios.

La operación de elección es la salpingectomía total. La trompa es seccionada desde el mesosalpinx y suturada por transfixión con catgut crómico.

Hace algunos años, se mencionada el extirpar el ovario ipsilateral de la gestación ectópica, para que todas la ovulaciones siguientes fueran captadas por la trompa funcional, -- sin embargo, este concepto no ha sido comprobado.

Ruptura uterina. El término ruptura útero grávido se refiere a la disrupción de la pared uterina, luego que se ha determinado la viabilidad fetal.

Puede clasificarse de acuerdo al momento en que ocurre

como preparto o intraparto; o al grado de ruptura, completa o incompleta.

La incidencia de ruptura del útero varía de 1 en 1000 a 2500 partos. Se han informado países occidentales como Suecia y Canadá con incidencias menores.;

La rotura de una cicatriz de cesárea durante el embarazo varía del 0.27 al 1.1%, en general la dehiscencia de una cicatriz de cesárea clásica es de 2 a 10 veces más frecuente que en caso de cicatriz transversa del segmento inferior.

La ruptura uterina durante el embarazo, puede ser resultado de un traumatismo o bien ocurrir espontáneamente.

De los muchos factores que predisponen a una ruptura --uterina, el más común es la presencia de una cicatriz uterina previa.

En un embarazo subsiguiente, se ha observado dehiscencia espontánea de la pared uterina quirúrgicamente cerrada, luego de perforación previa, miomectomía, remoción manual de placenta o resección de trompas.

La paridad y la edad avanzada frecuentemente se asocian con una ruptura uterina espontánea.

Existe también, una asociación con el uso indiscriminado de oxitócicos y más recientemente con el uso de prostaglandinas.

Existen otros factores importantes en la génesis de la ruptura uterina como son los trumatismos, los cuales pueden -- ser por dos mecanismos:

1) Lesión uterina directa. Esta puede deberse a lesiones penetrantes como las lesiones producidas por bala u objetos punzocortantes.

Se ha encontrado una mortalidad perinatal del 66%, por lesiones directas sobre el feto, cordón y placenta.

Las lesiones no penetrantes son las producidas por accidentes automovilísticos.

2) Lesión alejada. Estas se refieren a lesiones producidas en otros órganos de la economía, que pueden ser causantes de estados perjudiciales para el feto, como por ejemplo, lesiones en bazo, hígado, intestino o páncreas, secundarias a lesiones penetrantes o no penetrantes.

El cuadro clínico de una ruptura uterina puede variar -- desde los muy leves a aquellos que representan una catástrofe abdominal.

La cantidad de sangre intraperitoneal, el grado de extrusión fetal y placentaria, la condición de la paciente y el grado de retracción de la musculatura uterina, son factores determinantes en los síntomas.

También, el momento, sitio y extensión de la ruptura --

afecta la aparición y severidad del cuadro.

El dolor asociado a una ruptura uterina puede ser difuso o localizado en la región paraumbilical o epigástrica o estar refrida al hombro. Si la paciente no está en trabajo de parto el dolor abdominal bajo, contínuo o renitente, puede semejar - los dolores del trabajo de parto y ser tratadas equivocadamente antes de llegar al diagnóstico.

La evidencia de anemia y shock, habitualmente aparecen en forma rápida, se han observado casos de shock hipovolémico en más de la mitad de los casos.

Los estudios encaminados al diagnóstico, en caso de ruptura uterina, suelen ser engañosos, ya que puede observarse -- una caída lenta de los valores de hemoglobina y hematocrito; - cuando el diagnóstico no es evidente, se puede recurrir a una placa de abdomen y pelvis.

El examen ultrasónico revela la presencia de líquido libre en abdomen, demostrando la ausencia de cavidad amniótica.

La tasa de mortalidad aumenta desde el momento de la ruptura hasta la cirugía definitiva.

En una gran serie de casos, la tasa de mortalidad materna fue de 10.4, cuando el diagnóstico se hizo luego del parto y de 4.5 cuando el diagnóstico precedió al parto.

El tratamiento se deberá realizar con la corrección de

la hipovolemia sin demora y posteriormente a la cirugía.

El riesgo de no llevar a cabo la cirugía excede en mucho a una operación innecesaria.

Una vez que se ha ingresado en el abdomen, el objetivo es la hemostasia, si existe dificultad para controlar la hemorragia, se deberá llevar a cabo la histerectomía y/o la ligadura de arterias hipogástricas.

El pronóstico en estas pacientes ha variado con el transcurso de los años; en los primeros años de este siglo, la mortalidad era hasta del 50%, desde entonces ha habido una regresión hasta la época actual en que la mortalidad asociada a ruptura uterina es del 5%.

La tasa de mortalidad perinatal asociada con ruptura uterina es de aproximadamente 15%; en caso de ruptura espontánea es de 39% y en caso de ruptura traumática es del 43%.

Por otra parte no existen estudios a largo plazo que involucren a niños recién nacidos después de ruptura uterina.

Ruptura espontánea del hígado. La rotura espontánea del hígado se informó por primera vez en 1844. Un estudio en 1976 cita un total de 91 casos, mientras que en otro artículo se mencionan 4 casos en 4 años. La ruptura del hígado se ha asociado habitualmente a la preeclampsia.

Un hematoma o laceración subcapsular habitualmente del

lóbulo derecho del hígado, es el hallazgo típico de la exploración.

Los hallazgos físicos en la ruptura hepática temprana - consisten en sensibilidad sobre el hígado con rápida progresión a dolor muy severo y shock.

Inicialmente la presión arterial puede estar elevada secundaria a la toxemia. Se han informado niveles bajos de fibrinógeno. Los exámenes microscópicos del hígado, muestran las alteraciones secundarias a la toxemia.

El tratamiento es la cirugía inmediata con control de la hemorragia. En la mayoría de los casos es mejor evitar el trabajo de parto.

El pronóstico de estas pacientes es malo a corto plazo, - sino se realiza la cirugía, habitualmente es necesaria la ligadura de la hepática o la aplicación de compresas hemostáticas.

Henney y colaboradores, en 1983 sugirieron el manejo conservador solo si se encontraba hematoma subcapsular sin evidencia de ruptura de la cápsula, evitando el trauma del trabajo de parto y sugiriendo la resolución del embarazo por vía abdominal.

El autor considera en su revisión que existen dos fases en las pacientes que presentan ruptura hepática:

La fase I es en la cual se forma el hematoma subcapsular o intrahepático, previa a la ruptura de la cápsula y que clíni-

camente se traducirá en dolor epigástrico en barra.

La fase II es en la que se presenta la ruptura, teniendo como principal sintomatología la hemorragia y requiriendo cirugía inmediata.

En conclusión la ruptura hepática espontánea es una complicación poco común, pero potencialmente fatal del embarazo y que puede tener una mortalidad hasta del 50%.

Miomatosis uterina. La frecuencia de leiomiomas en el embarazo se relaciona con la edad y raza de la población de pacientes. Muchos leiomiomas aumentan de tamaño durante la gestación debido a edema.

Puede presentar degeneración, particularmente en el segundo trimestre, también puede producirse torsión de un mioma pediculado.

La degeneración y la torsión causan irritación peritoneal con dolor y sensibilidad local, puede haber fiebre y leucocitosis.

El dolor puede comenzar en forma súbita, pero habitualmente no hay evidencia de hemorragia intraabdominal.

Las enzimas de músculo liso (TGO, DHL y CPK) pueden estar elevadas o encontrarse normales.

Un leiomioma único puede palparse como una masa móvil,

discreta y sensible de continuidad con la pared uterina. El diagnóstico puede realizarse con certeza por medio de estudio ultrasónico.

El tratamiento conservador por medio de medidas sintomáticas, puede hacer disminuir el cuadro en forma importante, el tratamiento con miomectomía rara vez es necesario llevarlo a cabo y una vez que se termina el embarazo, el médico debe encontrarse preparado ante la posibilidad de una histerectomía.

Quistes y tumores benignos de ovario. En estadios tempranos del embarazo, muchos de los quistes del ovario se originan en el cuerpo lúteo y remiten a medida que el embarazo progresa.

En ocasiones y etapas tempranas del embarazo se debe hacer diagnóstico diferencial con gestación ectópica rota.

Se han reportado ruptura de quistes endometriósicos en etapas avanzadas del embarazo.

La torsión de un pedículo de un quiste o un tumor benigno de ovario suele producir un cuadro agudo.

El estudio por medio de ultrasonido ayudará a definir las características de la tumoración.

El tratamiento quirúrgico se reservará a aquellos tumores productores de signología aguda, manteniéndose en aquellos casos asintomáticos un manejo conservador.

Los tumores paratubáricos, son complicaciones poco comunes durante el embarazo.

La torsión de la trompa de falopio durante el embarazo es poco común, en revisiones de la literatura como la realizada por Youssef un tercio de todos los casos reportados de torsión de tuba uterina es secundaria a anomalías de la trompa, como hidrosalpinx, embarazo tubárico, infección o tumores.

Esta patología se deberá tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial del cuadro abdominal agudo, ya que de persistir la torsión de la trompa puede existir un cuadro de necrosis de ovario y de la misma trompa.

Enfermedades no Ginecobstétricas.

Apendicitis. La paendicitis es la complicación quirúrgica más común del embarazo, La incidencia, es una revisión realizada por Babaknia en 1977 reporta que en 503,496 existió un caso por cada 1500 partos, en dicho estudio las pacientes contaban con menos de 30 años de edad.

Aunque muchos autores informan que la apendicitis es más frecuente en el segundo trimestre, una revisión de 373 casos de la literatura por Black no determinó una preponderancia en algún período de la gestación. Cuando este autor reportó la mortalidad materna de 4.6% y el de pérdida fetal de 17%, surgieron en la siguiente década nuevas publicaciones donde la mor-

talidad materna y fetal disminuyó a 0.9 y 8.7% respectivamente. Recientemente Gómez y Wood reportaron su experiencia en la que no hubo pérdidas fetales ni maternas.

La literatura indica claramente que a medida que avanza el embarazo, la iniciación del cuadro y la operación se retrasa.

Cunningham reportó en 15 años de experiencia en el Parkland Memorial Hospital, que en el primer trimestre del embarazo no se produjo retraso diagnóstico en ninguna de las pacientes, mientras que el 18% se presentó en el segundo trimestre y en el 75 % en el tercer trimestre.

La pérdida fetal también aumenta con la edad gestacional especialmente tras la perforación del apéndice. El porcentaje total de pérdida es del 10%, pero tras la perforación se acerca al 70%.

Uno de los principales problemas fetales es el parto -- prematuro que se produce en un 10 a 15%.

Los problemas del retraso del diagnóstico son debidos a la aceleración de la diseminación tras la perforación y a los cambios anatómicos normales que se producen durante el embarazo.

En general, las pacientes con apendicitis presentan los síntomas que las pacientes no embarazadas, como dolor abdominal y la mayoría presentan náuseas y vómitos. Los signos vitales a excepción de la temperatura, usualmente se encuentran --

dentro de la normalidad en más del 70% de las pacientes existe defensa muscular, rebote y signos apendiculares.

El diagnóstico diferencial incluye todas las condiciones de la paciente no embarazada además de las frecuentes en el embarazo.

Si la apendicitis aparece como lo más lógico y probable, está indicada la cirugía. En casos dudosos se justifica la observación activa a fin de intervenir cuando sea necesario.

El tratamiento de elección es la apendicectomía con la menor manipulación del útero que sea posible. La administración de tocolíticos ha sido sugerida por algunos autores. El factor más importante para evitar el parto pretérmino es la remoción rápida del órgano afectado.

Se utilizarán antibióticos de acuerdo a lo estipulado en la paciente no embarazada.

Si existe trabajo de parto y con inminencia de nacimiento en corto tiempo, es preferible posponer la apendicectomía después del parto.

Existe poco peligro que una herida reciente se haga dehiscente ante la presencia de trabajo de parto, por lo que la operación cesárea se reservará de acuerdo a indicaciones obstétricas.

La única indicación sugerida para el parto prematuro es

la presencia de peritonitis, ya que se asocia con un gran porcentaje de pérdida fetal, y esto quizá es debido a las toxinas liberadas por la infección.

Si la pared uterina está involucrada directamente con amplia formación de abscesos puede estar indicada una cesárea_ e histerectomía cerca del término del embarazo.

Colecistitis. Aunque la colecistitis aguda que obliga a remoción de la vesícula biliar es una infrecuente complicación del embarazo, la patología de la vesícula biliar se produce -- más a menudo en mujeres que en hombres y es bastante frecuente en las multíparas.

Aún cuando se considera que las embarazadas están en mayor peligro de sufrir una patología biliar que las no embarazadas, recientes investigaciones han demostrado que es raro que se presente urgencia quirúrgica durante la gestación.

Printen y Ott en 1978, en una extensa revisión de colecistectomías durante el embarazo encontraron, que de 1884 colecistectomías realizadas a mujeres entre 16 y 45 años, solo 6 - se hicieron durante el embarazo, sugiriendo que el embarazo podría mejorar la enfermedad.

El diagnóstico de la enfermedad vesicular en el embarazo es similar al del estado de no embarazada. El signo más importante es el cólico biliar que se produce cuando el conducto

biliar común se obstruye y distiende. Las náuseas y vómitos son amenudo severos y puede haber fiebre o ictericia.

En el examen físico se puede encontrar sensibilidad aumentada sobre el área vesicular, siendo más difícil el diagnóstico a medida que el útero aumenta de tamaño.

El examen ultrasónico es de gran utilidad para visualizar la vesícula durante la gestación detectándose cálculos hasta en un 88%.

En ataques leves el manejo deberá ser conservador, incluyendo analgésicos, aspiración nasogástrica y ayuno.

La cirugía debe posponerse hasta el segundo trimestre del embarazo, si las condiciones lo permiten. En caso de un ataque agudo que no responda al manejo conservador, la cirugía está indicada independientemente del trimestre del embarazo.

Los resultados de una cirugía no complicada de la vesícula habitualmente son buenos, la tasa de morbilidad y mortalidad aumenta con la edad de la paciente y la duración de la enfermedad.

Pancreatitis. El primer caso de pancreatitis asociado al embarazo fue descrito en 1818 por Schmitt y Wien. A partir de entonces surgieron muchos informes de casos y estudios seriados.

La pancreatitis en el embarazo suele ser aguda. Wilkin

son encontró que la edad promedio de las pacientes era de 24 - años, y que la cantidad de embarazos anteriores no influyó sobre el desarrollo de la enfermedad. Aunque la pancreatitis es un hecho muy poco usual durante el embarazo (1 en 1000 a 10,000 nacimientos), en estudios de Mc Kay se descubrió que el 50% de las mujeres que desarrollaron pancreatitis menores de 30 años_ lo hicieron durante el embarazo.

Se han propuesto muchas teorías acerca de porqué se presenta más frecuentemente la pancreatitis durante el tercer trimestre. Dreiling encontró que la producción de enzimas pancreáticas estaba francamente elevada en el tercer trimestre y se sugirió que ésto, pudiera ser la causa del desarrollo de la enfermedad durante este período.

Se ha supuesto también, que el aumento de la presión intraabdominal que se produce en el tercer trimestre lleva a estasis biliar y posiblemente a pancreatitis, además que debido al aumento de presión intraabdominal, cualquier esfuerzo que la incrementa más ocasionaría la ruptura de pequeños canalículos biliares y por ende escape de enzimas.

Otros de los cambios del embarazo predisponente para la producción de pancreatitis es la acción de la progesterona sobre el músculo liso en el tracto biliar, así como también el que durante el embarazo exista una hiperlipidemia.

La mortalidad perinatal ha sido reportada en 38% y la -

mortalidad materna en 37%. Por lo regular las muertes maternas y perinatales se asociaron a un retraso en el diagnóstico.

El cuadro clínico no se altera durante el embarazo, sin embargo, estos síntomas suelen ser atribuidos a los malestares fisiológicos del embarazo.

La clave para el diagnóstico de la pancreatitis durante el embarazo es la demostración de mayor liberación de amilasa por el páncreas dañado. Una importante consideración en la paciente embarazada que presenta un severo dolor epigástrico o - en el cuadrante superior derecho es el de la hipertensión inducida por el embarazo. El dolor suele constituir una manifestación severa tardía.

Una vez hecho el diagnóstico, está indicado el tratamiento médico, si hay dudas acerca del diagnóstico o la paciente no responde al tratamiento, está indicada una exploración con drenaje. Muy a menudo está indicada la cirugía para el tratamiento que complican el cuadro como colecistitis.

En caso de pancreatitis aguda hemorrágica, la cirugía será el tratamiento prioritario en las pacientes.

En caso de pancreatitis aguda el pronóstico no parece - afectarse por la continuación de la gestación.

Úlcera péptica perforada. Esta es una complicación rara de la gestación, en la cual de no intervenir rápidamente exis-

te un alto índice de mortalidad.

Paul reportó en 1976, uno de los raros casos de osbrevi da materna y fetal. El diagnóstico es difícil y a menudo se - confunde con los de la apendicitis o pancreatitis. Puede haber_ antecedentes de trastornos ulcerosos, siendo habituales las - náuseas, vómitos y hematemesis.

A menudo la irritación peritoneal y la anoxia precipitan un trabajo de parto pretérmino.

No puede hacerse diagnóstico definitivo hasta el momen- to de la cirugía recomendándose el cierre primario.

Obstrucción intestinal, En dos estudios se informó que_ la presencia de obstrucción intestinal era de tres casos por - 100 partos.

Los vólvulos, son una causa relativamente común de obs- trucción en estadios avanzados de la gestación.

El examen radiológico es esencial para el diagnóstico - de obstrucción intestinal y debe hacerse a pesar del riesgo pa_ ra el feto.

El tratamiento inicial se hará en base a medidas genera les y de no obtener mejoría se recurrirá a laparotomía.

OBJETIVOS.

1. Analizar las causas más frecuentes de abdomen agudo en la paciente obstétrica.
2. Revisar los métodos de ayuda diagnóstica más útiles para precisar el diagnóstico etiológico.
3. Analizar la correlación entre diagnóstico preoperatorio y postoperatorio.
4. Revisar las complicaciones que se presenten y su relación con alguna patología en especial.

MATERIAL Y METODOS.

En forma retrospectiva se analizaron en el período comprendido del 10. de Febrero al 31 de Agosto de 1988, 50 pacientes que ingresaron al Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, -- "Luis Castelazo Ayala", con diagnóstico de abdomen agudo.

Los criterios de inclusión en la realización de esta revisión fueron los siguientes:

- 1) Paciente en edad reproductiva
- 2) Con cualquier paridad
- 3) Sintomatología abdominal aguda en causa obstétrica o no obstétrica comprobado el embarazo.
- 4) Sin antecedentes de cirugía previa
- 5) Con o sin manejo médico previo
- 6) Manejadas todas con laparotomía exploradora

No se incluyeron pacientes cuyo problema abdominal agudo fuera causado por cirugía previa complicada.

Los datos obtenidos durante el presente estudio por escrutinio de expedientes clínicos se tomaron en base a los siguientes puntos:

- 1) Nombre de la paciente
- 2) Edad
- 3) Número de gestaciones
- 4) Tiempo entre el inicio del cuadro y su ingreso al Hospital

- 5) Tiempo entre el ingreso y cirugía
- 6) Sintomatología principal
- 7) Signos clínicos a su admisión
- 8) Diagnóstico preoperatorio
- 9) Administración previa de medicamentos
- 10) Diagnóstico postoperatorio
- 11) Cirugía realizada
- 12) Complicaciones postoperatorias y relación con alguna patología en especial

Los resultados obtenidos por medio del escrutinio de datos se analizaron y se agruparon de la siguiente manera:

- Edades más frecuentes de presentación de los cuadros de abdomen agudo.
- Relación de abdomen agudo con el número de gestaciones.
- Sintomatología y signología de mayor frecuencia
- Diagnósticos más frecuentes.
- Exámenes de laboratorio y gabinete de mayor utilidad.
- Correlación entre diagnóstico preoperatorio y postoperatorio.
- Complicaciones postoperatorias y relaciones con determinadas patologías.

RESULTADOS.

Dentro del presente estudio se revisaron 50 casos de pa
cientes cuyo diagnóstico de ingreso al Hospital de Gineco-Obs-
tetricia "Luis Castelazo Ayala", fue el de Síndrome Abdominal_
Agudo, con etiología obstétrica o bien que el cuadro abdominal
agudo se presentara con pacientes embarazadas.

Los resultados se obtuvieron mediante el escrutinio de_
datos de acuerdo a lo mencionado en material y métodos.

Dentro de los resultados obtenidos se encontró lo si--
guiente:

La edad más frecuente de presentación del síndrome abdo_
minal agudo fue en el grupo de 21 a 30 años, donde se encontra_
ron un total de 24 pacientes correspondientes al 48% del grupo.
Siguiendo a este grupo de edad, 13 pacientes tenían de 31 a 40
años y correspondieron a un 26% del total; las pacientes de 15
a 20 años fueron 7 y correspondieron al 14% del grupo y por ú_
timo solo se presentaron 6 casos en pacientes de más de 41 años
lo que equivale a un 12% del grupo total (Tabla No. 1)

En lo que respecta a la relación de la presentación del
abdomen agudo y la paridad de las pacientes, se encontró que -
la mayor frecuencia de casos fue en las pacientes que tenían -
de 1 a 3 gestaciones con un total de 30 pacientes equivalentes
al 60% del total; en el grupo de más de 3 gestaciones se pre--

sentaron 16 casos equivalentes a un 32% del total y solo se --
 presentaron 4 casos en pacientes nuligestas, lo que correspon-
 dió a un 8% del grupo total (Tabla No. 2)

FRECUENCIA DE SINDROME ABDOMINAL AGUDO POR GRUPOS DE EDAD

AÑOS	NUMERO	PORCENTAJE
15 - 20	7	12
21 - 30	24	48
31 - 40	13	26
40 ó +	6	12

Tabla No. 1

RELACION DE SINDROME ABDOMINAL AGUDO Y PARIDAD

No. GESTACIONES	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NULIGESTAS	4	8
1 - 3	30	60
+ de 3	16	32

Tabla No. 2

Dentro del cuadro clínico de abdomen agudo se encontra-
 ron una amplia gama de sintomatología y signología de acuerdo_
 a cada caso y su relación con alguna patología en especial, sin

embargo, existieron síntomas y signos que fueron de mayor frecuencia y los cuales en orden de importancia fueron: dolor abdominal en 38 casos (76%); sangrado transvaginal en 12 casos - (24%); hiperbaralgesia en 12 pacientes (27%); hiperestesia en 24 casos (48%); signo de rebote positivo en 11 pacientes (22%) fiebre en 9 ocasiones (16%); tumoración abdominal en 4 casos - (8%) y otros variados que se encontraron en forma aislada y de acuerdo a la entidad de que se trató (Tabla No. 3).

SIGNOS Y SINTOMAS DE MAYOR FRECUENCIA EN ABDOMEN AGUDO

SINTOMATOLOGIA	No.	PORCENTAJE
DOLOR ABDOMINAL	38	76
HIPERBARALGESIA	27	54
HIPERESTESIA	24	48
SANGRADO TRANSVAGINAL	12	24
REBOTE POSITIVO	11	22
FIEBRE	8	16
TUMORACION ABDOMINAL	4	8
OTROS	16	32

Tabla No. 3

Revisando la patología productora de abdomen agudo en la paciente obstétrica, encontramos que el síndrome podía presentarse debido a entidades cuyo origen era el tracto ginecológ

gico y otras en órganos diferentes, pero que se presentaron en el embarazo.

De tal manera que se realizaron dos grupos, encontrando se los siguientes resultados:

Dentro de las causas obstétricas, el embarazo ectópico_ fue la patología de mayor frecuencia con un total de 29 pacientes que correspondió a un 58% del grupo; la perforación uterina accidental se presentó en 6 ocasiones con un porcentaje del 12%; la ruptura uterina atraumática se encontró en 3 pacientes (6%); la ruptura hepática secundaria a cuadros de eclampsia se presentó en dos pacientes y esto correspondió a un 4%.

Se encontró tumoración anexial en 3 pacientes (6%) y so lo en una ocasión encontramos un mioma degenerado equivalente_ a 2% del grupo.

Las entidades productoras de abdomen agudo de causa no_ obstétrica en estas pacientes solo fueron apendicitis aguda en 3 pacientes (6%) y colecistitis aguda en 1 caso (2%) Tabla No.4

Dentro del tiempo en que se realizó esta revisión se -- presentaron cuadros de abdomen agudo de origen séptico, sin em bargo, se descartaron por no cumplir con los criterios de in-- clusión y exclusión del trabajo.

Uno de los puntos importantes para la realización de es ta revisión fue el conocer qué número de pacientes sometidas a

laparotomías tenían el mismo diagnóstico pre y postoperatorio, y por ende inferir aquellas pacientes con diagnósticos equívocos sometidas a actos quirúrgicos.

PATOLOGIA PRODUCTORA DE SINDROME ABDOMINAL AGUDO EN OBSTETRICIA

CAUSAS OBSTETRICAS			CAUSAS NO OBSTETRICAS		
EMBARAZO ECTOPICO	29	58%	APENDICITIS	3	6%
RUPTURA UTERINA	3	6%	COLECISTITIS	1	2%
RUPTURA HEPATICA	2	4%	OTRAS *	2	4%
TUMOR ANEXIAL	3	6%			
PERFORACION UTERINA	6	12%			
MIOMA DEGENERADO	1	2%			

* Piosalpinx diagnosticados como ectópicos Tabla No. 4

Se encontró una correlación entre el diagnóstico pre y postoperatorio en 38 pacientes correspondientes al 76%; y en 12 pacientes (24%) el diagnóstico por el que fueron sometidas a cirugía fue diferente a los hallazgos transoperatorio y dentro de este grupo se presentó una laparotomía blanca.

Las complicaciones existentes en el grupo revisado se presentaron en 7 pacientes.

La fiebre postoperatoria se presentó en cuatro pacientes dentro de las cuales se diagnosticó absceso de pared en dos de ellas.

Se presentó un caso de insuficiencia renal aguda y coagulación intravascular diseminada en una paciente con diagnóstico de perforación uterina accidental, que fue sometida a HTA y la cual tuvo una estancia hospitalaria de 11 días egresando satisfactoriamente. (Tabla No. 5)

Una de las pacientes con ruptura hepática, que cursó con eclampsia, falleció posterior al acto quirúrgico dentro de las primeras horas.

En general, el promedio de estancia hospitalaria en la mayoría de las pacientes fue de 4-5 días.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

FIEBRE	4	8%
ABSCESO DE PARED	2	4%
S.T.D.	1	2%
I.R.A + C.I.D.	1	2%
MUERTE	1	2%

Dentro de los exámenes de laboratorio requeridos en estas pacientes, encontramos que el que se solicitó y se reportó con mayor frecuencia previamente a la cirugía fue la biometría hemática, la cual se encontró alterada (leucocitosis, neutrofilia y bandemia) en 23 pacientes que correspondió a un 46% de -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

los casos; fue normal en 15 ocasiones (30%) y no se solicitó en 12 pacientes (23%).

Otros exámenes como radiografías, ultrasonografía, química sanguínea y examen general de orina, no se reportaron en la mayoría de las ocasiones previo al acto quirúrgico.

Por último, en cuanto al tiempo entre el momento del ingreso de la paciente y la realización de la cirugía se encontró que dentro de las primeras 8 horas se operaron un total de 18 pacientes, lo que correspondió a un 36%, 18 pacientes (36%) se operaron en el período comprendido de 8 a 24 horas. Posteriores a las primeras 24 horas se operaron 8 pacientes en el período de 1 a 3 días a partir del ingreso; y solo 6 pacientes (12%) fueron intervenidas posterior a 3 días del ingreso .
(Tabla No. 6)

Las complicaciones presentadas anteriormente estuvieron relacionadas con el retraso de la cirugía.

TIEMPO ENTRE INGRESO AL HOSPITAL Y CIRUGIA

HORAS	No.	PORCENTAJE
1 - 8	18	36
8 - 24	18	36
24 - 72	8	16
72 ó +	6	12

Tabla No. 6

CONCLUSIONES.

Una vez revisados y analizados los resultados que se obtuvieron en el presente estudio podemos concluir lo siguiente:

- Las causas de abdomen agudo tanto de origen Obstétrico como no Obstétrico, fueron similares a las reportadas por la literatura predominando las primeras.
- Las causas de origen no obstétrico reportadas en esta revisión son las más frecuentes (apendicitis y colecistitis); quedando con mucho menos frecuencia otras causas más comunes en la paciente no embarazada.
- Se deberá tener presente siempre la posibilidad de cirugía en aquella paciente cuyo principal síntoma sea el dolor abdominal, ya que pudimos apreciar que el dolor se presenta con mucha frecuencia.
- El diagnóstico precoz es de vital importancia, ya que el realizarlo así permitirá la resolución pronta de la patología existente y por lo mismo la disminución de las complicaciones, ya que estas últimas se relacionan más frecuentemente con diagnósticos tardíos.
- No se deberá retrasar el manejo quirúrgico una vez -- realizado el diagnóstico, en espera de exámenes de laboratorio o gabinete en los casos que no se requieran.

- En los casos de duda diagnóstica deberemos contar con estudios paraclínicos que permitan la resolución del problema a la mayor brevedad.
- Finalmente deberemos tener en cuenta que la cirugía - es una arma a nuestro favor y sabiendo utilizarla nos permitirá un beneficio mayor para las pacientes que manejemos.

BIBLIOGRAFIA.

1. Saclarides T: Urgencias abdominales. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 1, 1984.
2. Bayley L: Acute appendicitis during pregnancy. The American Surgeon Vol. 52, 1986.
3. Devore GR: Acute abdominal pain in the patient due pancreatitis, acute appendicitis, cholecistitis or peptic ulcer disease. Clínicas de Perinatología, Vol. 7, 1980.
4. Vallipuram S. Cause of acute abdomen in women. The Medical Journal of Australia Vol. 144, April 1986.
5. Blatt J: Biliary disease in pregnancy: Strategy for surgical management. The American Journal of Surgery Vol. 151, - 1986.
6. Doberneck R.: Appendectomy during pregnancy. The American Surgeon Vol. 51, 1985.
7. Plauché W: Catastrophic uterine rupture. Obstetric Gynecol Vol. 64, 1984.
8. Isager L: Torsion of the normal fallopian tube. Obst. Gynecol Vol 39, 1972.
9. Provost RW: Torsión of the normal fallopian tube. Obst. Gynecol. Vol. 39, 1972.
10. Watson R: Intussusception during pregnancy. British Journal Obstet.Gynecol Vol. 93, 1986.
11. Woodhouse D: Conservative management of spontaneous rupture of the liver in pregnancy. British Journal Obstet.Gynecol Vol. 93, 1986.
12. Major L: Ambulatory surgery of the gynecologic and obstetrics patient. Surg.Clin North Vol 67, 1987.
13. Non specific abdominal pain as cause of acute admission to hospital. Brit Journal Surg Vol 74 (4), 1987.
14. Acute appendicitis during pregnancy. Diagnostic and management. Arch Surg. Vol. 120, 1985

15. Marivate M: Treatment of the rupture of uterus. South Afr Med Journal Vol 50, 1976.
16. Ruptura of the uterus. Am J Obstet Gynecol Vol. 89, 1974.
17. Baumwol M: An acute abdomen: Spontaneous rupture of liver - during pregnancy. British Journal Surgery Vol. 63, 1976.
18. Babknia A: Appendicitis during pregnancy. Obstet Gynecol - Vol. 50, 1977.
19. Devine R: Acute Cholecystitis as complication in surgical patients. Arch Surgery Vol. 119, 1984