

11217  
152  
291



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
SECRETARIA DE SALUD

"ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO"  
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUAREZ  
DE MEXICO.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL PERIODO  
DE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1996

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

**DR. RAYMUNDO SANCHEZ RUIZ**

ASESORES:

DR. ROBERTO JOSE RISCO CORTES

DR. VICTOR HUGO PULIDO OLIVARES



MEXICO. D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

261367



Universidad Nacional  
Autónoma de México

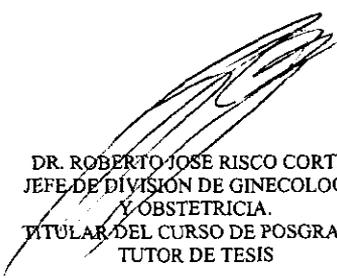


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

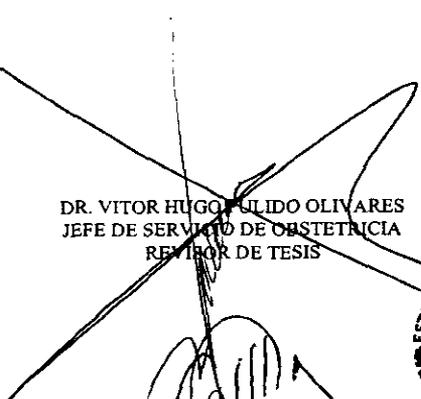
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.



DR. ROBERTO JOSE RISCO CORTES  
JEFE DE DIVISION DE GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA.  
TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO  
TUTOR DE TESIS



DR. VITOR HUGO FULIDO OLIVARES  
JEFE DE SERVICIO DE OBSTETRICIA  
REVISOR DE TESIS



SECRETARIA DE SALUD  
DR. JOSE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA JUAREZ DE MEXICO  
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA  
DIVISION DE ENSEÑANZA

## Dedicatorias

A mis padres

Salvador Sánchez Salas

Juana Ruiz Rodríguez

Mi Infinito amor y agradecimiento por su  
confianza y su ejemplo.

Por su sueño; ahora hecho realidad, al concluir  
mi meta y ayudarme a alcanzar muchas más.

## Dedicatorias

A mi Esposa:

Selene Alday Damian

Todo mi amor

Por su valioso apoyo y confianza

Por el reto y esfuerzo que compartimos

hasta la realización de esta tesis.

A mi hijo:

Raymundo Isaac Sánchez Alday

Por inspirarme a ser un ejemplo para él.

Deseo expresar mi agradecimiento al Hospital Juárez de México, por haberme formado como Gineco-Obstetra, a todos los médicos por su guía y enseñanza y por las facilidades brindadas para la realización de esta tesis.

De la misma forma, manifiesto mi gratitud a los doctores:

Roberto José Risco Cortés

Victor Hugo Pulido Olivares

Por la valiosa dirección y asesoría que me  
brindaron para la realización de esta tesis.

## INDICE

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Introducción                  | 1  |
| Marco Teórico                 | 3  |
| Consideraciones sobre el feto | 11 |
| Síntesis del Proyecto         | 28 |
| Objetivos                     | 28 |
| Material y Métodos            | 29 |
| Resultados                    | 30 |
| Análisis de Resultados        | 42 |
| Conclusiones                  | 44 |
| Bibliografía.                 | 45 |

## INTRODUCCION

Puede ser necesario realizar intervenciones quirúrgicas durante el embarazo, por diversos trastornos que pueden abarcar desde indicaciones por hallazgos durante el control prenatal que ameritan intervención por posibilidad de malignidad en pacientes asintomáticas hasta situaciones de emergencia donde las pacientes pueden cursar con un cuadro doloroso abdominal durante la gestación en forma aguda.

La expresión de síndrome doloroso abdominal agudo se emplea para indicar un determinado número de padecimientos que tienen en común requerir de un diagnóstico precoz y una terapéutica inmediata.

El síndrome abdominal agudo abarcan gran número de padecimientos que tienen en común dos hechos clínicos fundamentales.

1. Su aparición brusca en la que el síntoma principal lo constituye el dolor abdominal.
2. Los padecimientos que los forman requieren de un diagnóstico precoz y de un tratamiento muchas veces de urgencia. La etiología puede ser derivada de una causa puramente obstétrica o de órganos extragenitales.

De los padecimientos gastrointestinales agudos, la apendicitis constituye la complicación obstétrica que condiciona con mayor frecuencia la realización de una laparotomía exploradora durante el periodo gestacional. Los cambios anatómicos y las modificaciones fisiológicas acaecidas durante el embarazo, hacen que el diagnóstico sea más difícil, sobre todo en el segundo o tercer trimestre. Esto obliga al clínico a ser minucioso ante cualquier sospecha de síndrome doloroso abdominal y actuar para evitar un retraso en el diagnóstico y tratamiento ya que las complicaciones de presentarse, determinaría un notable incremento de la morbi-mortalidad materna y fetal. (1)

Existen diversas clasificaciones de las causas de síndrome abdominal agudo en obstetricia, entre ellas las que dividen las causas puramente obstétricas y las de órganos extragenitales que cursan con embarazo.

El presente estudio es retrospectivo, se realizó en un periodo de cinco años de enero de 1991 a diciembre de 1996, basándose en la información de expedientes de el Hospital Juárez de México.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA

Uno de los principales problemas cuando se estudia un abdomen agudo es el diagnóstico, por que en la mayoría de los casos se dificulta, más aún cuando el útero se encuentra aumentado de tamaño secundario al embarazo, lo que hace más difícil la exploración por lo tanto la vida de la madre depende de la rapidez y certeza del mismo, ya sea para realizar una intervención quirúrgica o indicar un tratamiento médico, lo que salva la vida de la madre, para llevar a cabo lo mencionado, se debe considerar la edad gestacional del producto, que en ocasiones pasa a segundo término de importancia.

### 2.2. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.

Uno de los principales problemas de salud en nuestro país se ubica en el renglón materno, en el que se identifican factores que inciden en la morbi-mortalidad de la mujer principalmente en la etapa reproductiva. La incidencia de apendicitis durante el embarazo está a la par de la que ocurre en mujeres no embarazadas de la misma edad. La apendicitis ocurre en una de cada 2000 embarazadas, y es el trastorno extrauterino más frecuente que requiere operación abdominal durante el embarazo. La apendicitis es más frecuente durante los dos primeros trimestres del embarazo en comparación con el último trimestre.

(1)

Los signos y síntomas de la apendicitis en el embarazo cambian debido a las modificaciones de la fisiología y anatomía materna, que además dependen de la edad gestacional. El síntoma clínico más frecuente es un dolor en el lado derecho de el abdomen. En algunas pacientes el patrón de dolor puede ser atípico, por que el apéndice puede encontrarse fijo en el cuadrante inferior derecho por adherencias, o ubicarse sobre el riñón derecho que podría simular una pielonefritis.

El proceso se debe siempre a la infección de el apéndice secundaria a la obstrucción de la luz. La obstrucción se debe con más frecuencia a la hiperplasia linfoide o a un fecalito, menos a menudo por la presencia de cuerpos extraños, o por tumores del ciego o del apéndice.

El reporte de leucocitosis por sí mismo no es confiable.

*El diagnóstico de precisión de la apendicitis varía entre 67 – 62% en el momento de la operación y no es distinto del que se observa en pacientes no embarazadas.*

El tratamiento de la apendicitis aguda en el embarazo consiste en laparotomía y apendicectomía, teniendo en cuenta tipo de anestesia, lugar de la incisión y evitar manipulación uterina.

Las complicaciones más frecuentes de la apendicectomía son: parto pretérmino, infecciones de la pared abdominal y absceso pélvico (16).

## COLECISTITIS EN EL EMBARAZO

Es la inflamación de la vesícula biliar y puede ser aguda o crónica. La frecuencia con la que se presenta es de 1 – 6 veces por cada 10000 embarazadas y es 2 – 3 veces superior en las mujeres que en los hombres.

Después del primer trimestre de embarazo, el volumen de la vesícula biliar durante el ayuno y el volumen residual después de concentrarse es el doble que en una mujer no embarazada. El vaciado incompleto puede producir retención de cristales de colesterol, requisito previo para la formación de cálculos biliares de colesterol. (26)

La colecistitis es acompañada de obstrucción del conducto cístico en el 90% de las embarazadas, el síntoma que se presenta en la paciente embarazada es el dolor pungitivo, de ocalización en epigastrio con irradiación en el cuadrante superior derecho, además de presentar náusea, vómito, fiebre en ocasiones. El tratamiento es de inicio conservador, que consiste en aspiración nasogástrica, soluciones coloides por vía intravenosa, analgasia y en ocasiones antibióticos. Las indicaciones de intervención quirúrgica se deben individualizar (21, 22, 26, 32).

## PANCREATITIS EN EL EMBARAZO

La pancreatitis aguda es una enfermedad importante, aunque rara. La incidencia varía desde uno por cada 1,066 partos a uno por cada 11,467. La incidencia de la enfermedad se incrementa de acuerdo con la duración de el embarazo el 87% de los casos se produce en el segundo trimestre.

La pancreatitis se relaciona con el abuso de alcohol presencia de cálculos, hipertrigliceridemia, hiperparatiroidismo procesos infecciosos (parotiditis hepatitis, citomegalovirus, mycoplasma). La colelitiasis es la afección asociada más frecuente (90%).

El síntoma más importante es el dolor en hipogástrico transfixivo en la parte superior de el ombligo, cuando aparece vómito este no calma el dolor, lo que descarta el diagnóstico de gastritis, cuando el cuadro es grave el dolor puede ser muy intenso y el vómito incoercible, apareciendo fiebre y ataque al estado general.

El diagnóstico se basa en la evaluación de el cuadro clínico con elevación de amilasa sérica, presencia de hipocalcemia. El tratamiento es fundamentalmente médico la pancreatitis aguda es una enfermedad autolimitable, el objetivo principal del tratamiento es sostén, la paciente debe tener ayuno, succión nasogástrica. La alimentación intravenosa se debe realizar en las pacientes con evolución prolongada (5, 31, 34, 35, 36).

## ENFERMEDAD ULCERO PEPTICA

La enfermedad ulcero péptica es una alteración que se manifiesta por formación de úlceras que se pueden encontrar en el bulbo duodenal, antro distal o conducto pilórico, aunque esta enfermedad se observa más frecuentes en mujeres postmenopáusicas, en ocasiones aparece en los años de la vida reproductiva. A diferencia de casi todas las enfermedades que pueden afectar a la mujer embarazada, la enfermedad ulcero péptica puede volverse asintomática. Durante la gestación no se ha aclarado totalmente la patología exacta de la úlcera péptica, sin embargo el aumento de la secreción de ácido clorhídrico y de la pepsina parece desempeñar una función muy importante (1, 37).

El embarazo mejora la úlcera péptica por dos mecanismos. La progesterona parece disminuir la secreción de ácido gástrico, lo mismo que aumenta la producción de moco gástrico. La histamina plasmática sintetizada por la placenta, aumenta notablemente durante el embarazo e inactiva a la histamina bloqueando su efecto. El tratamiento de la úlcera péptica abarca una serie de medidas médicas sencillas e intervención quirúrgica de urgencia (37).

## DEGENERACION ROJA DE UN LEIOMIOMA

Los miomas durante el embarazo ocasionalmente pueden sufrir degeneración carnosa o roja a medida que el útero crece, los síntomas y signos son dolor focal con aumento de sensibilidad a la palpación a veces fiebre, es frecuente que exista leucocitosis moderada. A veces el peritoneo parietal suprayacente al mioma se inflama y aparece un roce peritoneal. La degeneración roja es difícil diferenciar de la apendicitis, del desprendimiento de placenta, cálculo uretral o pielonefritis.

El tratamiento consiste en reposo y analgesia, rara vez requiere (miomectomía) esta operación es muy sangrante y debe de evitarse (32, 33, 38).

## DOLOR VISCERAL

El peritoneo visceral, recibe su sensación dolorosa por vía de los nervios esplénicos del sistema nervioso autónomo. Esta sensación es mal localizada y puede percibirse en el abdomen a cierta distancia del órgano afectado. Causada por distensión o por isquemia. Las fibras viscerales aferentes de la cápsula del hígado, del 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 esplénicos hasta las raíces sexta a novena de la médula torácica. Las fibras aferentes de colon, apéndice y órganos plevianos alcanzan los niveles torácicos décimo y undécimo por vía del plexo mesentérico.

El dolor visceral que proviene de las estructuras del intestino, como estómago, páncreas y duodeno, se percibe en el epigástrico. El dolor nacido de las estructuras de el intestino medio, como intestino delgado y mitad derecha del colon, se percibe en la zona periumbilical, mientras que el originado en el intestino posterior, colon izquierdo se percibe en el hipogástrico (4, 5, 6).

#### DOLOR PARIETAL

El peritoneo parietal y la pared de el abdomen reciben fibras de dolor somático de los nervios raquídeos. La sensación de estas fibras es aguda bien localizada eintensa, generalmente causada por inflamación del peritoneo. El movimiento aumenta este dolor y el paciente tiende a mantenerse inmóvil. Este dolor señala más directamente la zona exacta de la afección, por lo general la inflamación de una viscera adyacente. 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, sigue por los nervios vagos y el plexo sacro, respectivamente (4, 5, 6).

## ESPASMO OBSTRUCTIVO

La brusca obstrucción de víscera hueca ocasionará dolor intenso por espasmo y distensión proximal de músculo liso, el resultado es isquemia localizada 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 depende de características inherentes al órgano. La vesícula biliar tiene contracciones prolongadas e intensas que duran hasta horas. El ureter puede causar calambres durante 5 – 10 minutos que son muy intensos. La parte proximal de el intestino delgado provoca dolor que dura 2 – 5 minutos, pero es menos intenso que el cólico ureteral o vesicular. La parte baja del intestino delgado tienen contracciones que pueden presentarse cada 10 – 15 minutos y son menos intensos.

El colon no produce dolor intenso (4, 5, 6)

## ISQUEMIA

La embolia, la trombosis o la obstrucción estrangulante del riego sanguíneo para una víscera ocasiona dolor intenso a causa de la isquemia. El dolor provocado por la embolia arterial de un vaso visceral importante es muy intenso, e inicialmente va acompañado de muy pocos signos abdominales debido a la ausencia de irritación peritoneal. El ejemplo clásico es la embolia de la arteria mesentérica superior. El paciente se retuerce intentando encontrar una posición cómoda que no encuentra, esta frío y sudoroso sin presentar hipersensibilidad abdominal. En caso de oclusión de arteriolas periféricas, o trombosis venosa, el dolor es de comienzo gradual y menos intenso (4, 5, 6).

## ESTRANGULACION

La estrangulación de víscera hueca o sólida tienen por consecuencia un dolor brusco, intenso y constante similar a una embolia de arteria importante. El dolor es más localizado, por que se limita a un pequeño segmento de intestino o bien a un órgano específico. Puede haber hipersensibilidad si esta afecta peritoneo, y a veces se percibe un plastrón (1, 5).

## CONSIDERACIONES SOBRE EL FETO

### MORTALIDAD PERINATAL Y PARTO PREMATURO

Los clínicos con frecuencia expresan su preocupación de que la intervención quirúrgica durante el embarazo puede provocar aborto o parto prematuro. No obstante, en la mayoría de los casos la gravedad de el padecimiento quirúrgico de fondo parece ser más importante para determinar el resultado de el embarazo que la anestesia o la intervención quirúrgica en sí.

Esto se demuestra fácilmente considerando el problema de la apendicitis en los embarazos. En una comunicación de Babaknia y colaboradores, se apreció mortalidad fetal solo en 8.7% de casos sin perforación del apéndice, pero fue del 35.7% cuando hubo peritonitis. También puede ocurrir muerte materna secundaria a apendicitis y en esos casos casi siempre está relacionada con perforación y sepsis abdominal generalizada. Si un retardo en la intervención quirúrgica aumenta el riesgo de hipotensión hipoxia, o sepsis o

## ESTRANGULACION

La estrangulación de víscera hueca o sólida tienen por consecuencia un dolor brusco, intenso y constante similar a una embolia de arteria importante. El dolor es más localizado, por que se limita a un pequeño segmento de intestino o bien a un órgano específico. Puede haber hipersensibilidad si esta afecta peritoneo, y a veces se percibe un plastrón (1, 5).

## CONSIDERACIONES SOBRE EL FETO

### MORTALIDAD PERINATAL Y PARTO PREMATURO

Los clínicos con frecuencia expresan su preocupación de que la intervención quirúrgica durante el embarazo puede provocar aborto o parto prematuro. No obstante, en la mayoría de los casos la gravedad de el padecimiento quirúrgico de fondo parece ser más importante para determinar el resultado de el embarazo que la anestesia o la intervención quirúrgica en si.

Esto se demuestra fácilmente considerando el problema de la apendicitis en los embarazos. En una comunicación de Babaknia y colaboradores, se aprecio mortalidad fetal solo en 8.7% de casos sin perforación del apéndice, pero fue del 35.7% cuando hubo peritonitis. También puede ocurrir muerte materna secundaria a apendicitis y en esos casos casi siempre está relacionada con perforación y sepsis abdominal generalizada. Si un retardo en la intervención quirúrgica aumenta el riesgo de hipotensión hipoxia, o sepsis o

varias de estas cosas en la madre, puede esperarse que este retraso empeore el pronóstico tanto para la mujer embarazada como para el feto. Por tanto, cuando los datos clínicos sugieren la necesidad de una operación quirúrgica urgente en una paciente grávida el embarazo no debe afectar la decisión de proceder a realizarla (11, 8).

#### CIRUGIA:

La incisión quirúrgica será la que permita obtener la mejor exposición del campo operatorio de la forma más eficiente. La cirugía electiva debe practicarse en el segundo trimestre y no en el primero ni en el tercero. Durante el primer trimestre, el feto es más sensible a la privación de oxígeno. En este trimestre, se emplea la transferencia del apoyo hormonal del cuerpo lúteo a la placenta. El parto prematuro inducido por manipulación quirúrgica del útero grávido es, al parecer, menos probable cuando la cirugía abdominal se lleva a cabo en el segundo trimestre y no en el tercero (9).

#### APENDICITIS EN EL EMBARAZO

La apendicitis en el embarazo es la causa más común de síndrome abdominal agudo quirúrgico. Siempre deberá sospecharse en las pacientes que se quejan de dolor abdominal o que manifiestan síntomas mínimos que sugieren irritación peritoneal. No hay manera de impedir su parición. La única forma de disminuir la morbilidad y prevenir la mortalidad, es realizar un diagnóstico oportuno antes de que hayan ocurrido perforación o gangrena.

## FRECUENCIA

La frecuencia en embarazo es paralela a la de la mujer no embarazada de la misma edad. Se reporta que ocurre desde una vez en cada mil embarazos, hasta uno en 1455 (30).

La mortalidad en el último trimestre es cinco veces mayor que en los seis primeros meses. Durante los dos primeros trimestres es mayor la frecuencia que durante el tercer trimestre.

Block en 1960 (35) analiza 373 casos y observa que la incidencia está igualmente distribuida en los tres trimestres.

La mortalidad materna es de 0.71% cuando no existe *diseminación peritoneal* y del 23 al 31% en presencia de abscesos múltiples y peritonitis (20).

La apendicitis es causa de aborto en el 46.2% de los casos, en 3.8% de partos inmaduros y en 15.4% de partos prematuros, especialmente cuando existen abscesos apendicular roto (12).

## FISIOPATOLOGIA

La apendicitis no se asocia con ningún invasor bacteriano viral o protozoario específico. La bacteriología del órgano es de la flora intestinal normal.

Es resultado de una forma especial de obstrucción intestinal. Aproximadamente 60% de los casos se relacionan con hiperplasia de los folículos submucosos, 35% con existencia de fecalito 4% con la existencia de otros cuerpos extraños y 1% con estreches o tumores de la pared apendicular o de ciego (6, 20).

La hiperplasia del tejido linfoide puede ser respuesta de infección que produce reacción generalizada del tejido linfático. Los folículos del apéndice responden también a las infecciones intestinales. La formación de un fecalito apendicular se inicia con atrapamiento de un trozo de fibra vegetal en la luz apendicular, la que estimula la secreción y precipitación de moco rico en calcio. Mas adelante, el moco se espesa alrededor del trocito de fibra, esto desencadena una segunda ronda de irritación y precipitación de moco.

Entre los otros objetos intraluminales que pueden desencadenar el ataque de apendicitis están los oxiuros (*enterobius vermicularis*). También se han encontrado *Taenia* y *Ascaris*. Otros cuerpos extraños incluyen semillas vegetales y bario condensado. Otra causa de obstrucción son metastásis al apéndice.

Los fenómenos que siguen a la obstrucción del apéndice dependen de interacciones entre 4 factores: contenido de la luz, grado de obstrucción, secreción continua por mucosa y carácter no elástico de la mucosa apendicular. Al acumularse moco en la luz del órgano empieza a distenderse y la presión aumenta en su interior. Las bacterias convierten el moco que se acumula en pus. La secreción continua combinada con la serosa relativamente no elástica, produce aumento de la presión dentro de la luz. Aparece obstrucción del drenaje linfático que produce edema apendicular y se inicia la diapedesis de las bacterias y la

aparición de úlceras en la mucosa, esta es la etapa de APENDICITIS FOCAL AGUDA. La inflamación y el aumento de la presión en la luz es esta etapa son percibidas por la paciente como dolor visceral mal localizado, que tiende a ser periumbilical o epigástrico y que se acompaña de anorexia, náusea y a veces vómito. La secreción continua produce aumento subsecuente de presión intraluminal, con obstrucción y trombosis venosa que a su vez, aumenta el edema y la isquemia en el apéndice. La lesión bacteriana se disemina a través de la pared apendicular. Esta etapa se llama APENDICITIS SUPURATIVA AGUDA. La serosa inflamada del apéndice entra en contacto con peritoneo parietal.

El dolor somático que se origina en peritoneo como resultado del contacto con apéndice inflamado como cambio a la localización clásica del dolor en cuadrante inferior derecho.

La continuación del proceso patológico produce por último trastorno del riego arterial. En el área apendicular con peor riego sanguíneo, la porción media del borde antimesentérico sufre gangrena con aparición de infartos elipsoidales.

La aparición de APENDICITIS GANGRENOSA es la primera etapa de la apendicitis complicada, la mortalidad aumenta por que estos infartos actúan funcionalmente como perforaciones, permitiendo escape de bacterias desde la luz apendicular, así como la contaminación de la cavidad peritoneal. La continuidad de la secreción desde porciones viables de la mucosa apendicular y la presión intraluminal alta continuada producen por último, perforación a través de los infartos gangrenosos diseminando el pus constituyendo la APENDICITIS PERFORADA, que además aumenta la morbimortalidad. Por fortuna en

la mayoría de los casos la obstrucción que dio origen inicialmente a la apendicitis bloquea la salida continua del excremento desde el ciego a través del apéndice perforado. La perforación produce peritonitis localizada, por último, se forma un absceso apendicular si no se aplica tratamiento (11, 31).

## DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico de apendicitis aguda es un ejemplo clásico de la aplicación de habilidad clínica. Las pruebas clásicas de laboratorio y radiología no son esenciales para hacer el diagnóstico.

En los primeros seis meses de embarazo frecuentemente los síntomas no son diferentes de los que refieren mujeres no embarazadas. Durante el tercer trimestre el cuadro clínico se altera por el desplazamiento del ciego y apéndice por el útero aumentado de tamaño que produce localización de el dolor en una parte más alta del abdomen o en flanco derecho. Puede haber confusión con otros diagnósticos como pielonefritis, colecistitis y salpingitis.

En pacientes que cursan el segundo y sobre todo tercer trimestre de embarazo no se presenta un cuadro franco de irritación peritoneal, debido a que el territorio se encuentra un tanto distante del cuadro irritativo, de ahí la dificultad diagnóstica en esta etapa del embarazo donde se debe tener mayor precaución al realizar el diagnóstico de la posible causa de un síndrome abdominal agudo.

Los signos clínicos tradicionales de la apendicitis son sensibilidad local, sensibilidad de rebote, defensa muscular, hiperestesia cutánea, sensibilidad pélvica sobre el lado derecho durante la exploración rectal, existencia de signos del psoas y del obturador. En ocasiones aumento de la temperatura corporal y sobre todo taquicardia

La palpación suave sistemática descubrirá una zona de sensibilidad máxima que corresponde a la porción del apéndice y suele estar localizado en el cuadrante inferior derecho. Se puede sospechar la existencia de inflamación peritoneal si la tos o la percusión de la pared abdominal despierta dolor, el método clásico de demostrar inflamación peritoneal es la sensibilidad de rebote, después de liberar la presión que ejercemos en la palpación abdominal. El signo de Rovsing, dolor en el cuadrante inferior derecho cuando la presión de la palpación se ejerce en el cuadrante inferior izquierdo es muy raro y puede ser manifestación de salpingitis u otra patología intra pélvica.

Conforme progresa la irritación peritoneal, aumenta la defensa muscular voluntaria. Si los síntomas permanecen durante dos días o más, posiblemente se palpe un plastrón en el cuadrante inferior derecho. Esta se debe a la adhesión de asas del intestino delgado y epiplón alrededor del apéndice inflamado. Una vez avanzada la apendicitis lo suficiente para que la inflamación afecte la pared abdominal anterior, la postura de la paciente se convierte en un signo útil de corroboración. Se evitan los movimientos, a menudo está ligeramente flexionada la cadera derecha. Un signo del psoas rara vez existe al principio de la apendicitis. El signo del obturador es positivo menos frecuente que el del psoas, indica un apéndice inflamado que se encuentra contra el músculo obturador interno.

Es esencial el tacto rectal, su objetivo primario es excluir lesiones pélvicas como quiste de ovario o absceso tubario y descubrir sensibilidad en los casos de apendicitis pélvica, se puede descubrir la existencia de una masa o de sensibilidad exclusivamente del lado derecho. Después de la ruptura, los signos físicos suelen hacerse mucho más definidos si la ruptura esta en el cuadrante inferior derecho, suele poderse palpar una masa sensible. Son más notables la sensibilidad de rebote y rigidez muscular. La fiebre puede subir a 39°C.

## LABORATORIO

El recuento total de leucocitos suele ser anormal en la apendicitis, pero el grado de anormalidad no se relaciona con el grado de anomalía del apéndice, hasta un tercio de pacientes que sufren apendicitis aguda, tiene recuento total de leucocitos normal. Incluso en caso de absceso apendicular roto, es poco frecuente la bacteriemia, se desconoce la causa.

## EXAMENES RADIOLOGICOS

Los exámenes radiológicos de abdomen no descubren signos patognomónicos en la apendicitis aguda temprana, salvo la demostración poco frecuente de fecalito apendicular la radiografía simple puede distinguir un ciego distendido (ileo cecal) al principio de la apendicitis, pero si las radiografías descubren signos de apendicitis, como gas en el interior del apéndice o una masa por fuera del ciego, el apéndice estará casi siempre gangrenada y,

frecuentemente perforado. Se puede observar también escoliosis a la derecha, falta de sombra del psoas derecho, ausencia de gas en intestino delgado en cuadrante inferior derecho edema de pared abdominal, o interrupción de la línea grasa preperitoneal en el flanco.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Si durante el embarazo ocurren pielonefritis aguda o torsión de un quiste de ovario, posiblemente sea muy difícil diferenciar estos trastornos de la apendicitis. No obstante lo difícil que sea el diagnóstico diferencial, debe tenerse presente que la mortalidad a consecuencia de apendicitis durante el embarazo se debe a retraso en el diagnóstico e intervención quirúrgica. Las enfermedades de ovario y trompas que se asemejen a la apendicitis son Embarazo ectópico roto, salpingitis, torsión de un quiste de ovario.

#### TRATAMIENTO

En todas las fases del embarazo, la apendicectomía temprana es el tratamiento de elección en la apendicitis. Si se sospecha que la paciente sufre apendicitis, deberá hacerse apendicectomía de la misma forma que en mujeres no embarazadas. Si se hace la operación antes de que el apéndice se rompa la apendicectomía por lo regular no afecta al embarazo. Más aún, los efectos de una laparotomía que confirma la apendicitis, son de poca importancia (26, 32).

## PREPARACION PREOPERATORIA

Si el diagnóstico es de apendicitis aguda, se aplican antibióticos de amplio espectro para microorganismos aerobios y anaerobios. Si el diagnóstico es de peritonitis generalizada se inicia tratamiento con líquidos intravenosos, aspiración nasogástrica y antibióticos de amplio espectro.

## COLECISTECTOMIA DURANTE EL EMBARAZO

Mientras que la asociación entre embarazo y enfermedad de la vesícula biliar es generalmente bien aceptada, la colecistitis aguda *ocurre con poca frecuencia durante la gestación*. Algunos autores han mencionado que la colecistitis aguda deberá ser tratada de primera elección en forma conservadora, ya que se han reconocido que la cirugía puede causar complicaciones como aborto o amenaza de parto prematuro (21).

No se ha observado complicaciones serias en pacientes sometidas a cirugía en el segundo trimestre de la gestación (29).

## FRECUENCIA

Landers (40) reporta una frecuencia de colecistitis aguda de 0.8 por 1000 nacimientos, Hill (28) reporta una colecistectomía en el embarazo por cada 1259 nacimientos con incidencia de 0.079%

Sparkman en 1957, reportó un promedio de una colecistectomía por cada 1601 embarazos, con incidencia de 0.62%.

## FISIOPATOLOGIA

Actualmente la patogénesis de la colelitiasis se ha relacionado con la proporción entre los ácidos biliares y las concentraciones de colesterol biliar. Una disminución en los primeros o un aumento en los segundos, es suficiente para exceder el límite de solubilidad del colesterol, y el resultado final será la formación de calculos en algunos estudios de bilis aspirada de la vesícula biliar durante la operación cesárea en mujeres normales, se encontro que el contenido de colesterol estuvo aumentado y la concentración de sales biliares disminuida. Sin embargo, esto no ha sido corroborado en estudios posteriores. La anatomía de la vesícula biliar, así como la estasis biliar, ocurren en el embarazo. Sin embargo la relación de esto con enfermedad de vesícula biliar no ha sido probada (40).

## CUADRO CLINICO

Los síntomas de la colecistitis aguda y crónica son los mismos en mujeres sin embarazo y en la paciente embarazada. Se caracteriza principalmente por dolor en epigastrio o en cuadrante superior derecho, náuseas, vómito ocasionalmente intolerancia a los alimentos grasosos. Estas pacientes no suelen ser obesas. El signo que se observa con mayor frecuencia en la exploración física es hipersensibilidad a nivel del cuadrante superior derecho.

El estudio de Hill (26) 10 de 20 pacientes tuvieron antecedentes de enfermedad de la vesícula biliar diagnosticada antes del embarazo. En sus conclusiones confirma que el embarazo predispone a la enfermedad de la vesícula biliar.

## DIAGNOSTICO.

Es básica la historia clínica, hallazgos en exploración física. El ultrasonido es importante en el diagnóstico diferencial de colecistitis aguda con otras patologías que se relacionan con dolor en el cuadrante superior derecho en el embarazo. Esta técnica no invasora ha sido extensamente usada en los tres trimestres del embarazo, sin daño al feto, el diagnóstico se acerca al 100% (25).

## TRATAMIENTO

La mayoría de las publicaciones ha favorecido el manejo primario conservador en la colelitiasis sintomática durante el embarazo (9), debiéndose limitar la cirugía a pacientes en quienes falta el tratamiento médico.

Hiat (26) sin embargo, reporta que su experiencia con el manejo conservador ha sido poco favorable 58% de pacientes tuvieron episodios recurrentes de cólico biliar y 27% requirió 2 ó 3 hospitalizaciones. La pérdida fetal fue significativa. Hace las siguientes recomendaciones.

1. Realizar colecistectomía antes del embarazo en pacientes con antecedentes de colelitiasis.
2. El cólico biliar del embarazo, debería ser tratado médicamente, si es posible, con operación en el segundo trimestre del embarazo en forma electiva.
3. Los síntomas biliares que ocurren en el segundo trimestre deben recibir tratamiento quirúrgico.
4. Los síntomas durante el tercer trimestre, generalmente deben ser tratados médicamente.

La colecistectomía puede ser llevada a cabo en el segundo trimestre del embarazo sin riesgo incrementado para la madre y con un mínimo riesgo para el embarazo (40).

En el tercer trimestre, si la cirugía es necesaria, se deben hacer esfuerzos para prolongar el embarazo hasta la viabilidad fetal. El uso de agentes tocolíticos postoperatorios puede ayudar a mejorar el resultado en estas pacientes (26, 40).

El tratamiento debe decidirse en cada caso en forma independiente.

En algunas ocasiones, se optará por conducta intervencionista independientemente de la edad gestacional, ya que generalmente se debe a ictericias de tipo obstructivo ( a nivel de vías biliares extrahepáticas) pues de lo contrario, se pone en juego la integridad física del binomio.

## OBSTRUCCION INTESTINAL DURANTE EL EMBARAZO

Ocurre en una de 2500 partos. La incidencia ha aumentado desde 1940, sobretodo por un incremento en el número de operaciones que producen adherencias. Al igual que con la apendicitis la morbilidad y mortalidad de la obstrucción intestinal se relaciona con un retraso en el diagnóstico.

Las adherencias son causa de obstrucción intestinal en casi 60 a 70% de los casos. Este tipo de obstrucción tal vez complique un primer embarazo, sobre todo en el tercer trimestre. Los vólvulos causan 25% de las obstrucciones intestinales es más frecuente durante el cuarto y quinto mes de la gestación, cuando el útero se hace un órgano

abdominal y a los ocho o nueve meses cuando ocurre aligeramiento. El parto y el puerperio también se vinculan con un desplazamiento del intestino por descompresión uterina.

## MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Puede haber morbilidad y mortalidad significativas por obstrucción intestinal. Pérdue y colaboradores revisaron las publicaciones entre 1966 y 1991 y señalaron que hubo cuatro muertes maternas en 66 casos de obstrucción intestinal gestacional comunicados. La mortalidad fetal total fue de 26% en estos 66 casos. Había estrangulación intestinal que requirió resección en 23% el tiempo promedio desde el ingreso hospitalario hasta la intervención quirúrgica en estos casos fue de 48 horas.

## SIGNOS Y SINTOMAS.

Los síntomas típicos de obstrucción intestinal durante el embarazo son hipersensibilidad intestinal, estreñimiento y vómito. Las pacientes que sufren obstrucción *intestinal por lo general tienen antecedentes de operaciones abdominales.* En el caso de una obstrucción alta, el periodo entre ataque es corto (cuatro o cinco minutos), y a menudo caracterizado por dolor abdominal alto, difuso mal localizado. La obstrucción de colon puede manifestarse como dolor abdominal bajo o perineal con mayor intervalo entre los ataques (15 a 20 minutos). La obstrucción intestinal suele ocurrir en el tercer trimestre, tal vez por un mayor desplazamiento de las adherencias y el intestino debido al útero crecido.

Téngase cuidado del diagnóstico de hiperemesis gravídica en el segundo y tercer trimestre, ya que suele ser erróneo.

## DIAGNOSTICO

Si se sospecha obstrucción intestinal, deben tomarse radiografías de abdomen de pie y en decúbito. Se pueden requerir radiografías seriadas a intervalos de cuatro a seis horas para detectar niveles hidroaéreos, dilatación abdominal progresiva o ambas cosas. En un grupo, las radiografías de pie y en decúbito mostraron patrones típicos de obstrucción en 65% de los casos. Los estudios radiográficos después de administrar medio de contraste oral o por enema deberían realizarse si todavía se sospecha obstrucción en ausencia de hallazgos típicos en imágenes radiográficas. Se sopesará la preocupación en cuanto a la exposición fetal a radiación ionizante con la mortalidad que podría resultar por un diagnóstico no hecho. El médico debe hacer interconsulta con un cirujano general para ayuda en el diagnóstico y tratamiento. Las pruebas de laboratorio en la embarazada tienen utilidad máxima para valorar la función renal y el equilibrio electrolítico.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la obstrucción intestinal en embarazadas esencialmente no difiere de las que no están. Los elementos básicos son reposición de líquidos y electrolitos, descompresión intestinal y operación oportuna cuando fracasa el tratamiento médico. La pérdida de líquidos a menudo se subestima y pudieron causar insuficiencia renal, hipovolemia, choque y la muerte. Se pierde líquido a través del vómito o la aspiración nasogástrica, por pérdidas intraluminales, edema de pared intestinal y líquido libre peritoneal. Debe prestarse atención a la corrección de anomalías de electrolitos y estabilización de signos vitales de la paciente. También está indicada la colocación de una sonda nasogástrica y una de foley para monitorear gasto urinario. Cuando se requiere intervención quirúrgica para la embarazada, se recomienda una incisión vertical. La exposición suele ser difícil, y dependiendo de edad gestacional, puede requerirse cesárea en el tercer trimestre. Se revisará todo intestino, que puede haber más de una zona de obstrucción. Se valorará cuidadosamente la viabilidad intestinal por un cirujano experimentado en el tratamiento del intestino necrótico, puede requerirse resección segmentaria con o sin anastomosis.

## SINTESIS DEL PROYECTO

El estudio realizado es retrospectivo, determinará tipo y frecuencia del síndrome doloroso abdominal en mujeres embarazadas (población del Hospital Juárez de México). Consistirá en revisión de expedientes de los casos registrados en el periodo de 1991 – 1996, con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, los datos se tomarán de expedientes clínicos.

Con los datos recabados determinaremos el porcentaje de cada una de las patologías presentadas durante este periodo de tiempo, se comprobará si el proceso apendicular continúa ocupando el primer sitio en frecuencia.

Además se analizará si existe semejanza de nuestra población y las publicadas en la literatura mundial.

También se analizará si existe el riesgo y complicaciones que ocasiona una intervención quirúrgica a la evolución de el embarazo.

### OBJETIVO

1 conocer el resultado perinatal en la paciente embarazada que presentó abdomen agudo.

1.1 Caracterizar la población sujeta a estudio.

1.2 Determinar tipo y frecuencia de las causas de abdomen agudo.

1.3 Determinar tipo y frecuencia de las complicaciones obstétricas.

## SINTESIS DEL PROYECTO

El estudio realizado es retrospectivo, determinará tipo y frecuencia del síndrome doloroso abdominal en mujeres embarazadas (población del Hospital Juárez de México). Consistirá en revisión de expedientes de los casos registrados en el periodo de 1991 – 1996, con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, los datos se tomaran de expedientes clínicos.

Con los datos recabados *determinaremos el porcentaje de cada una de las patologías* presentadas durante este periodo de tiempo, se comprobará si el proceso apendicular continua ocupando el primer sitio en frecuencia.

Además se analizará si existe semejanza de nuestra población y las publicadas en la *literatura mundial*.

También se analizará si existe el riesgo y complicaciones que ocasiona una intervención quirúrgica a la evolución de el embarazo.

## OBJETIVO

1 conocer el resultado perinatal en la paciente embarazada que presentó abdomen agudo.

1.1 Caracterizar la población sujeta a estudio.

1.2 Determinar tipo y frecuencia de las causas de abdomen agudo.

1.3 *Determinar tipo y frecuencia de las complicaciones obstetricas.*

1.4 Determinar tipo y frecuencia de complicaciones fetales y/o neonatales.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó en el Hospital Juárez de México, se revisaron expedientes clínicos de las pacientes proporcionados por el archivo.

La población propuesta para el estudio fueron todas las pacientes del Hospital Juárez de México, que se presentaron al servicio de urgencias con el diagnóstico de abdomen agudo y embarazo en el periodo de enero de 1991 a diciembre de 1996.

Se revisaron 14 expedientes clínicos los cuales contaron con todos los datos requeridos (diagnóstico, tratamiento, resolución de evento obstétrico).

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

1.4 Determinar tipo y frecuencia de complicaciones fetales y/o neonatales.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó en el Hospital Juárez de México, se revisaron expedientes clínicos de las pacientes proporcionados por el archivo.

La población propuesta para el estudio fueron todas las pacientes del Hospital Juárez de México, que se presentaron al servicio de urgencias con el diagnóstico de abdomen agudo y embarazo en el periodo de enero de 1991 a diciembre de 1996.

Se revisaron 14 expedientes clínicos los cuales contaron con todos los datos requeridos (diagnóstico, tratamiento, resolución de evento obstétrico).

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

## RESULTADOS

Total de nacimientos en el periodo de estudio: 15,600 de 1991 – 1996.

Total de casos: 14

Frecuencia general: .08974%

Frecuencia anual: .4487%

Tasa: 8974

Cuadro 1.

### 1. EDAD MATERNA

Menores de 18 años de edad: 1 paciente (7.1%)

De 19 a 35 años: 12 pacientes (85.7%)

Mayores de 35 años: 1 paciente (7.1%)

### 2. PARIDAD

Menos de dos partos: 4 (28%)

Más de dos partos: 10 (71.4%)

### 3. CONTROL PRENATAL

Sin control menor de 5 consultas: 10 pacientes (71.4%)

Con control 5 o más consultas: 4 pacientes (22%)

## Cuadro 2

### TRATAMIENTO MEDICO POSTERIOR A LA CIRUGIA

|              |             |         |
|--------------|-------------|---------|
| Antibiótico  | 7 pacientes | (50%)   |
| Indometacina | 6 pacientes | (42%)   |
| Fenoterol    | 8 pacientes | (57.1%) |

## Cuadro 3

### COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

No se presentaron

### COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Dehiscencia de Herida quirúrgica en 2 pacientes (14.2%)

## Cuadro 4

| PADECIMIENTOS<br>HISTOPATOLOGIA              | COMPROBADOS | EN          | TRANSOPERATORIO | Y O |
|--|-------------|-------------|-----------------|-----|
| Apendicectomia                               |             | 6 pacientes | (42%)           |     |
| Exeresis de quiste de ovario                 |             | 7 pacientes | (50%)           |     |
| Resección intestinal por oclusión por bridas |             | 1 paciente  | (7.1%)          |     |

**Cuadro 5**

**TIPO DE ANESTESIA**

|   |                     |               |
|---|---------------------|---------------|
| <b>BLOQUEO PERIDURAL</b>                | <b>14 pacientes</b> | <b>(100%)</b> |
| <b>Anestésicos Lidocaina/Epinefrina</b> | <b>14 pacientes</b> | <b>(100%)</b> |

**Cuadro 6**

**PESO DEL PRODUCTO**

|                                 |           |                |
|---------------------------------|-----------|----------------|
| <b>Menor de 500 g. (aborto)</b> | <b>1</b>  | <b>(7.1%)</b>  |
| <b>500 - 2500 g</b>             | <b>3</b>  | <b>(21.4%)</b> |
| <b>2500 - 3500 g.</b>           | <b>10</b> | <b>(71.4%)</b> |

**APGAR.**

**Al primer minuto de vida**

|                           |          |                |
|---------------------------|----------|----------------|
| <b>Arriba de 7 puntos</b> | <b>9</b> | <b>(64%)</b>   |
| <b>Menos de 7 puntos</b>  | <b>5</b> | <b>(35.7%)</b> |

**A los 5 minutos**

|                           |           |                |
|---------------------------|-----------|----------------|
| <b>Arriba de 7 puntos</b> | <b>11</b> | <b>(78.5%)</b> |
| <b>Menos de 7 puntos</b>  | <b>3</b>  | <b>(21.4%)</b> |

## ESTANCIA DE UCIN

1 producto (7.1%)

con peso de 2100 g. con 28 semanas de gestación, permaneció 4 días en UCIN. Finalmente falleció por membrana hialina la madre fue sometida a resección intestinal por oclusión.

### Cuadro 7

#### TIEMPO QUE TRANSCURRIÓ DESDE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO HASTA EL NACIMIENTO O RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.

Dentro de los primeros 15 días 2 pacientes (14.2%)

15 – 30 días post a intervención quirúrgica 1 (7.1%)

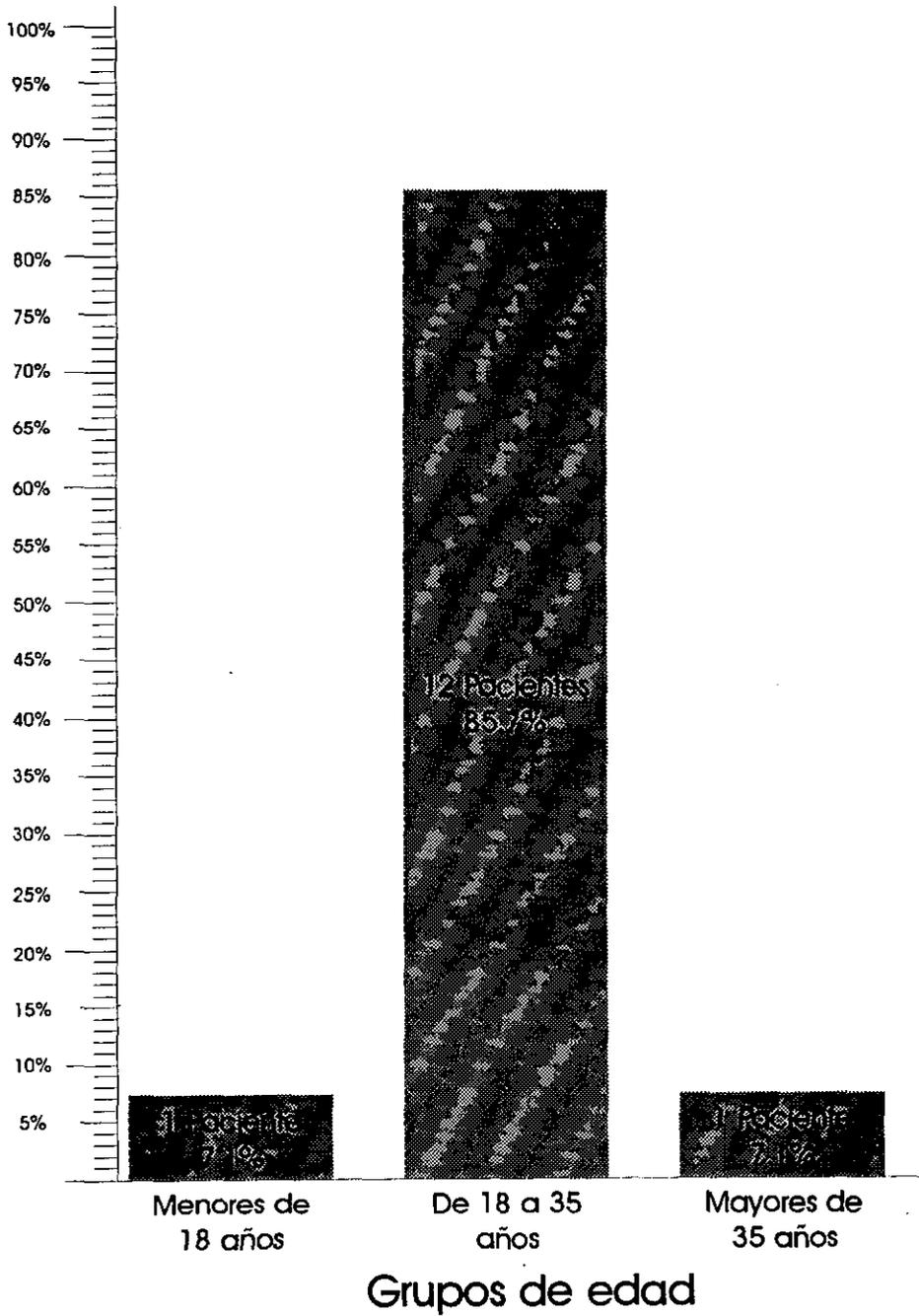
30 – 60 días post a intervención quirúrgica 1 (7.1%)

60 días o más 10 pacientes (71.4%)

| DATOS ESTADÍSTICOS     |             |          |        |                   |        |                 |                       |         |
|------------------------|-------------|----------|--------|-------------------|--------|-----------------|-----------------------|---------|
|                        | Edad        | Gravides | Pandad | Consulta Prenatal | Peso   | Apgar al minuto | Apgar a los 5 minutos | TRE     |
| Media                  | 26.05655    | 33       | 1.071  | 1.85              | 2.13   | 5.42            | 6.634                 | 5.87    |
| Mediana                | 27          | 2.066    | 1      | 0.5               | 2.7    | 6.5             | 8                     | 9       |
| Desviación Estándar    | 8.199323709 | 1.8157   | 1.071  | 2.3487            | 1.03   | 2.1122          | 2.16                  | 10.67   |
| Promedio               | 26.57143    | 2.351    | 1.071  | 1.85              | 2.4732 | 6               | 7.2857                | 11.2857 |
| Moda                   | 28          | 2        | 0      | 0                 | 2.6    | 8               | 9                     | 1       |
| Intervalo de Confianza | 2.72334867  | 0.636    | 0.5977 | 1.2302            | 0.5395 | 1.1064          | 1.3114                | 5.69    |

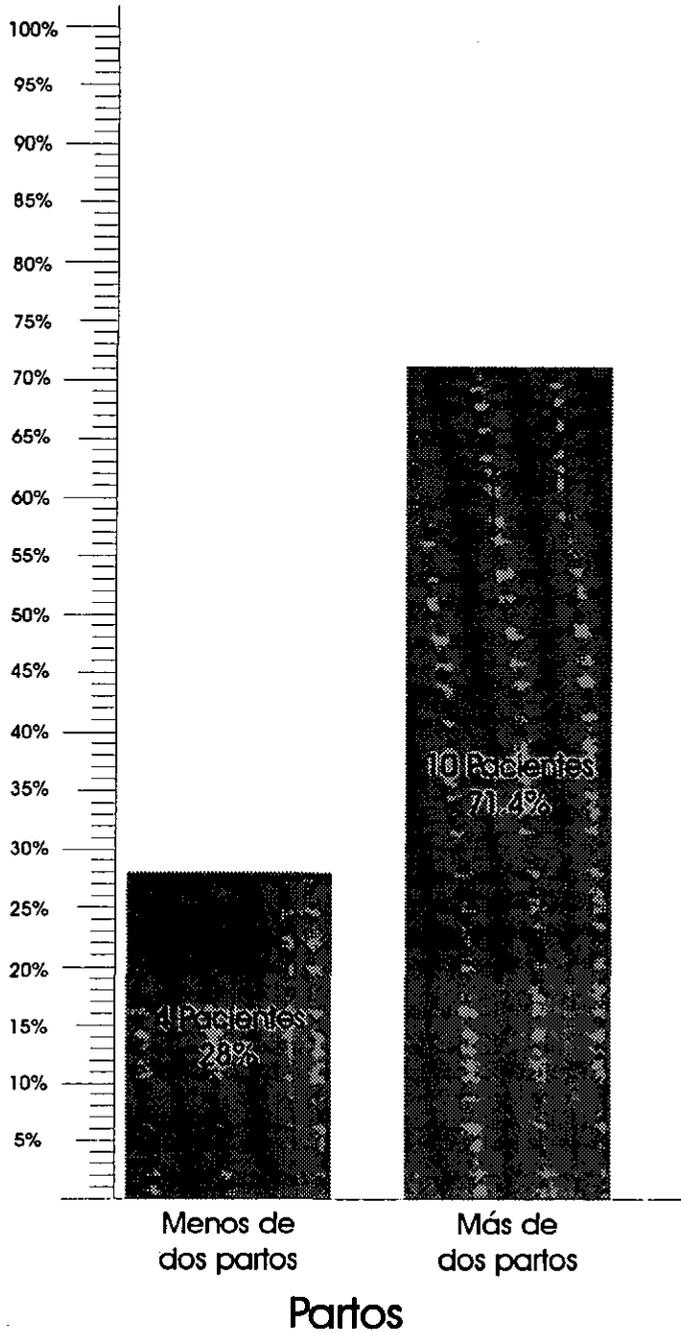
# EDAD MATERNA

N=14



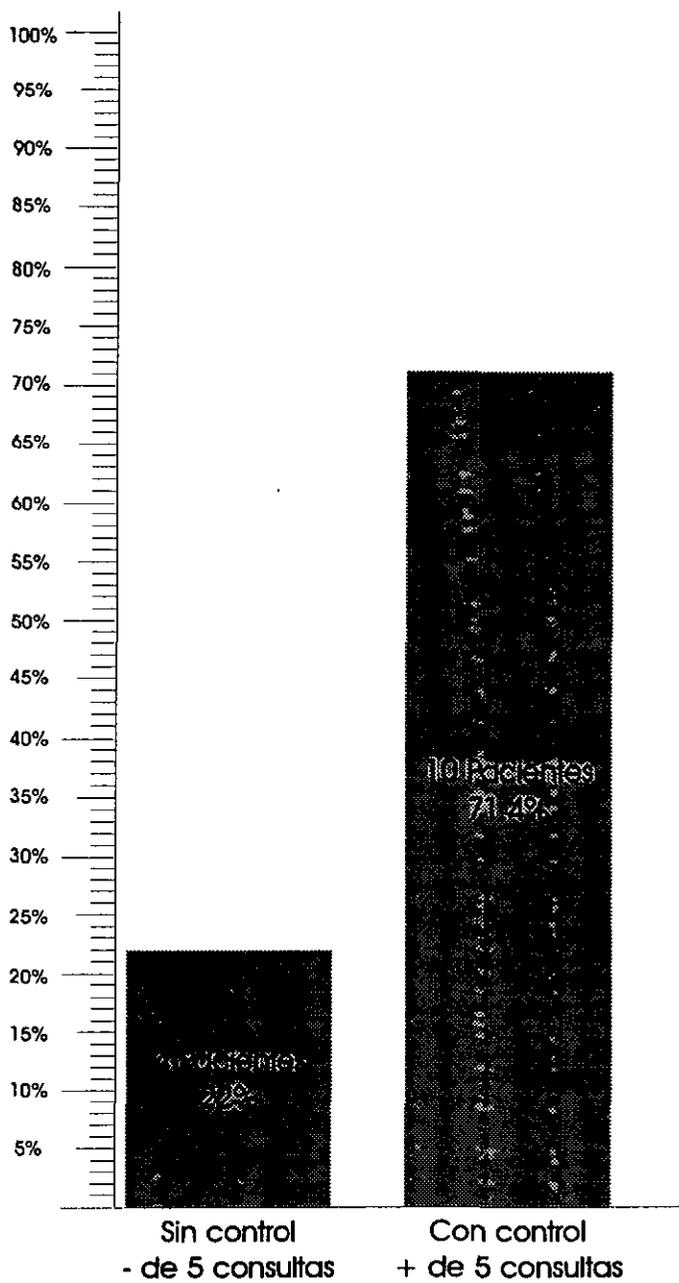
# PARIDAD

N=14



# CONTROL PRENATAL

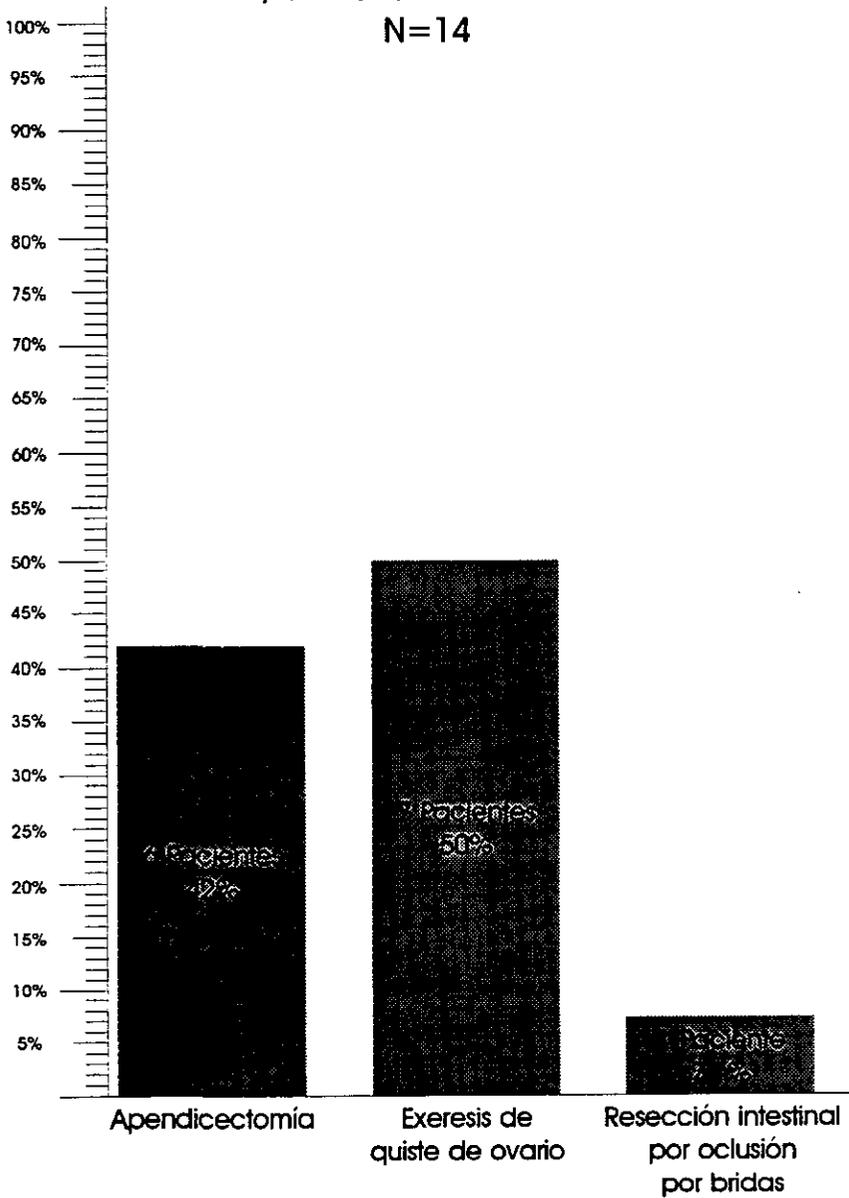
N=14



Control Prenatal

# PADECIMIENTOS COMPROBADOS EN TRANSOPERATORIO Y/O HISTOPATOLOGIA

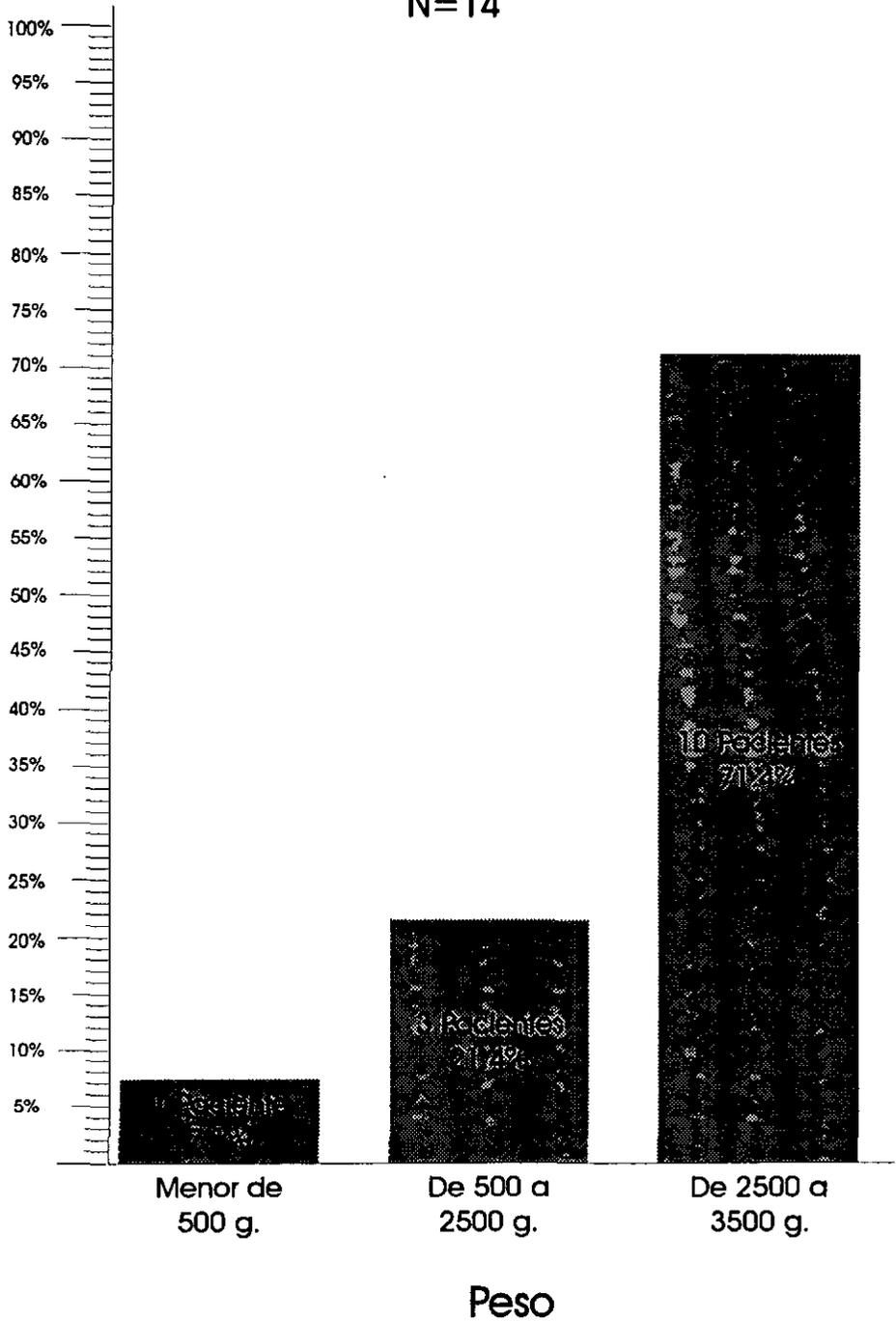
N=14



Tipos de padecimientos

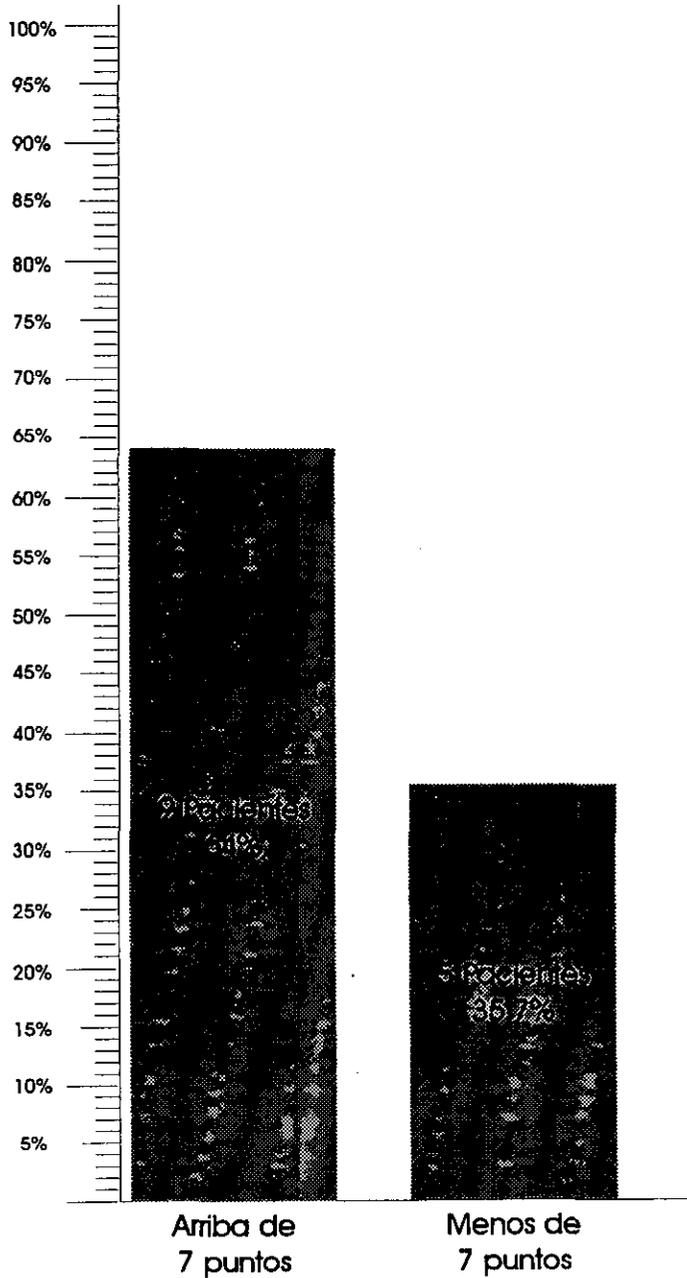
# PESO DEL PRODUCTO

N=14



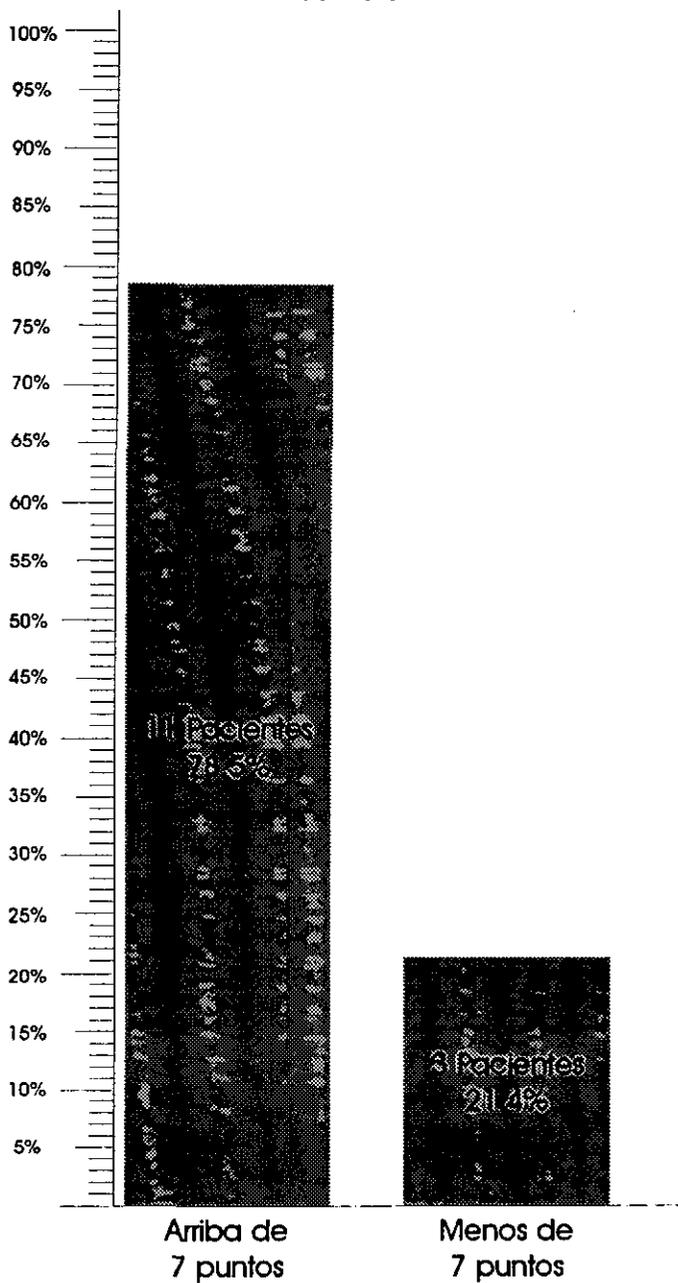
# APGAR. Al primer minuto de vida

N=14



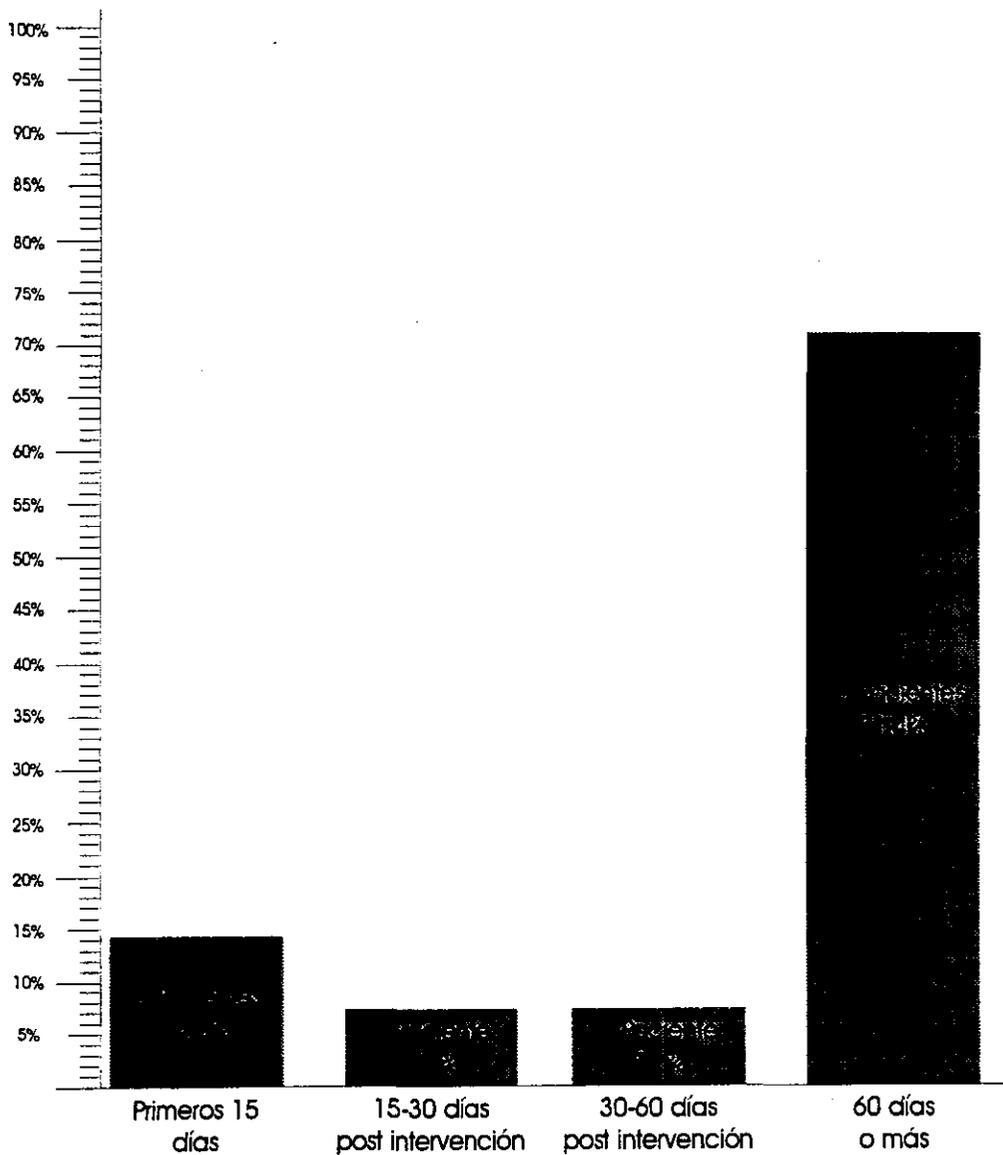
# APGAR. A los 5 minutos de vida

N=14



# TIEMPO QUE TRANSCURRIÓ DESDE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO HASTA EL NACIMIENTO O RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

N=14



## ANALISIS DE RESULTADOS

Inicialmente destacamos que la frecuencia del Abdomen agudo de origen no obstétrico durante el embarazo es muy baja en nuestra serie, con una tasa de .8974 en 1000 nacimientos, lográndose recopilar una serie de 14 casos, lo cual nos permitió un análisis minucioso de caso por caso, ésta observación es similar a otras series reportadas (1, 12, 16).

Por lo que respecta a la edad de las pacientes, la media fue de 26 años con una mediana de 27, desviación estándar de 5.1 años lo cual indica que ésta afección se presenta principalmente en pacientes jóvenes, con sus implicaciones sociales que ello representa en la etapa gestacional, son también, mujeres con el antecedente de pocos embarazos con una media de 2, desviación estándar de 1.21 embarazos que va en relación a la edad de las pacientes. Queremos destacar que de acuerdo al criterio de la Organización Mundial de la Salud en lo referente al control prenatal de 5 o más consultas en el periodo gestacional, las pacientes de la serie no tuvieron control prenatal, por el número de consultas que fue de media de 1.85, desviación estándar de 2.34 y moda de 0.

En la serie de estudio, la primer causa de cirugía fue quiste de ovario y después la apendicitis, que contrasta con todas las series revisadas en donde la primer causa de cirugía realizada es la apendicitis (12,30), determinando la realización de exeresis y apendicectomía, respectivamente. A las paciente que se les practico laparatomía por apendicitis se les efectuó únicamente apendicectomía.

Existió una correlación del 100% con el diagnóstico preoperatorio y el postoperatorio; y en los que se realizó estudio histopatológico coincidió de igual forma. El diagnóstico preoperatorio y el procedimiento quirúrgico se realizó en todos los casos antes del término de la gestación, con media de 17.02, mediana de 13.5, desviación estándar de 8.39 semanas, el tiempo promedio entre la cirugía y la resolución del embarazo fue de 11.28 semanas, media de 9 semanas y desviación estándar de 10.87 semanas.

El número de pacientes en que se resolvió la gestación, al término fueron 10 (71.4%) pretermino 3 (21%) y abortos 1 (8.3%). La vía de resolución del embarazo después de las 20 semanas fue por parto en 10 (71.4%) por cesárea 4 (28%). Antes de las 20 semanas se les practico legrado uterino. En todos los casos se utilizó tratamiento tocolítico con éxito en las primeras 72 horas.

Evaluamos la repercusión del padecimiento en el evento perinatal por las complicaciones obstétricas y postquirúrgicas como es el aborto con 1 caso (7.1%) partos prematuros 3 casos (21%) en total 28% de esta serie tuvieron complicaciones obstétricas y postquirúrgicas con dehiscencia de herida quirúrgica en 2 casos (14.2%).

También encontramos repercusión perinatal, porque al revisar el peso de todos los productos incluyendo el aborto que fue de 450 gr., se determinó con respecto a este parámetro bajo peso al nacimiento con la media de 2.13 kg., desviación estándar de 1.03 kg. y el intervalo de confianza de .53 kg.

Se demostró repercusión en la evaluación de Apgar, al minuto con promedio de 6, media de 5.42, mediana de 6.5 y Apgar a los 5 minutos con media de 6.6, mediana de 8 y promedio de 7.28 puntos.

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia del padecimiento es baja, lo cual nos impide realizar un análisis estadístico más profundo y por ende obtener conclusiones más precisas y reales. Lo que hace indispensable tener una serie mayor, esto se puede lograr efectuando un estudio multicéntrico.
2. A pesar de esta serie corta, se logró mostrar que el padecimiento tiene, repercusión en la evolución obstétrica de las pacientes afectadas y repercusión perinatal como prematuridad, bajo peso y Apgar bajo al minuto.
3. Esto nos lleva a proponer que el diagnóstico correcto preoperatorio, la ausencia de complicaciones transoperatorias, post-operatorias un seguimiento y prevención oportuna del parto inmaduro y pretérmino en este tipo de pacientes, repercutirá positivamente en el resultado perinatal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Norbert Gleicher; *Medicina clínica en obstetricia* 1 a Ed. Editorial Panamericana 1992; 1275 – 1292.
2. Jack A. Pritchard, Paul C. Macdonald; *Obstetricia* 3ª. Ed. Editorial Salvat 1992; 545-602.
3. Saclarieds T. Hopkins Donalds A.; Urgencias abdominales. *Clin Med. Nort Am.* 1987; 5; 1145-1147.
4. De Vore Gr; Dolor abdominal agudo en la paciente embarazada. *Clin. Perinatol* 1980; 2; 359-379.
5. Taylor HW Slate WG; Traumatismos y enfermedades que cirugía durante el embarazo. In: Iffy-Kaminetzky. *Obstetricia y perinatología, principios y prácticas* 2ª. Ed. New York. Ed. Panamericana, 1986; 1391-1406.
6. Romero TR; Tratado de cirugía Ed. Interamericana ; 1986; 11831.
7. Baer JL, Reis RA, Arens RA: Apendicitis in pregnancy With changes in position and axis of the normal appendix in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1975;45: 655-662.
8. Kunhart RJ: La cirugía abdominal. *Rev Perinatol* 1986; 5; 6-9.
9. MARGOLIS AJ, Greenwood S: Complicaciones quirúrgicas durante el embarazo In: Krupp-Schroeder-Tierney. *Diagnóstico clínico y tratamiento.* 23ª. Ed. MEDICO Ed. El manual moderno, 1988; 490.
10. Romero GG. Mascarenos DA, Ruiz LJ; Apendicectomía electiva asociada a cesárea, *Ginec Obstet Méx.* 1989; 47; 255-259
11. Lee Av. Bell EM. Griffen MO: Recurrent apendiceal colic. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 161:21-24.
12. Saunder P. Milton Pj; Laparotomy during pregnancy; an assesment of diagnostic accurancy and fetal wastage. *EMJ* 1973, 3 165
13. Halvorsen AC. Brandt B. Bock JE: Pregnancy Complicated by acute appendicitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 183-184.
14. Pizano ME, Kably AA, Estrada AA, Deldao UJ: Apendicitis y embarazo perinatol *Reprod Num.* 1988; 2: 138-140.

15. Sabastian, Tratado de Patología Quirúrgica. 13ª. Ed. Editorial Interamericana 1988; 916-985.
16. Sarazon EL, Gauman S: Acute appendicitis in pregnancy difficultes in diagnosis. *Obstet: Gynecol* 1983; 22: 328.
17. Babaknia A, Parsa M, Woodruff JD: Appendicitis during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1977; 50:40.
18. Bailey LE, Finley RX, Miller SF, Jones LM, Acute appendicitis during pregnancy. *Argh* 1985; 120: 1362-1367.
19. Goefrey CH: Abdominal pain in pregnancy. *BMJ* 1991; 302 1390-1394.
20. Weigold AB Appendicitis en el embarazo. *Clin Obstet Gynecol* 1977; 50:40.
21. Graha EA, Cole WH: Is it cholecystitis *Ann R. Coll Surg* 68-14.
22. Hill LM, Johnson CE, Lee RA: Colecystectomy in pregnancy *Obstet Gynecol* 1975: 46: 291.
23. Bezjian AA; pelvic masses in pregnancy in Sabbagh RE, *Diagnostic ultrasoun*, 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: JB Lippincot 1987; 521-36.
24. Ibarguengoitia OF, Gómez-Pedrozo JR, Mancera RM, Codoy MH; Torsión de tumor anexial durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum* 1990; 4: 91-82.
25. Wengert PA, Metzger PP, Ecker HA: The use of ultrasonography in the diagnosis celculus gallblander disease. *AM Surg* 1979; 45: 439.
26. Hiat JR, et al: Biliary disease in pregnancy: Strategy for Surgical management. *Am J. Surg* 1986; 150; 263-265.
27. Kartz VL, Dotter DJ, Droegemueller W: complication of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 593-569.
28. Holdsworth RJ, Gunn A.: Ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy, a review. *BR J Obstet Gynecol* 1992; 99:595-597.
29. Printen K: Cholecystectomy during pregnancy: *Am surg* 1987; 154: 292-294.
30. Mazze RA Kallen B: Appendiceptomy during pregnancy: a Swedish registry study of 778 cases. *Obstet Gynecol* 1991: 77: 835-840.
31. Pérez P. Lagarriaga AJ, Sánchez GJ: Pancreatitis y embarazo. *Ginecobtet Mex.* 1980; 47: 137-141.

32. Chang TS, Lepanto L: Ultrasonography in the emergency setting. *EmerMed Clin North Am* 1992; 10 (1): 1-25.
33. Ibarguengoita OF, Gómez-Pedroza RJ, Mancera RM, Codoy MH: Torsión de tumor anexial durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum* 1990; 4; 81-82.
34. Berk JE, Smith BH; Akrani MN: Pregnancy pancreatitis *AM J Gastroenterol* 1971; 113; 281.
35. Corlett RC, Brackell DR: Pancreatitis in pregnancy. *AM J. Obstet Gynecol* 1972; 113; 281.
36. De vore GR, Bracken M: the amilasa/Creatinine clearance ratio in normal pregnancy and pregnancies complicated by pancreatitis, hiperemesis gravidarum and toxemia. *Am J. Obstet Gynecol* 1980; 136:747.
37. Hirsh EH, Galambos JT, Armstrong h; peptic ulcer during pregnancy. *Gastroenterology* 1980; 78: 571.
38. Arias GE, Castañon GJ, Robledo OF, Díaz DF: Intususcepción yeyuno-yeyunal en el embarazo. *Gineco Obtet Méx.* 1990; 58: 209-211.
39. Watson R, Quayle A. Intussuscepción during pregnancy, case report and review of literature. *Brit J. Obstet Gynecol* 1985; 93: 1093-1096.
40. MC Kellar DD Anderson Cht: cholecystectomy during Pregnancy without fetal loss. *Surg Gynecol. Obstet* 1991; 174: 165-468.