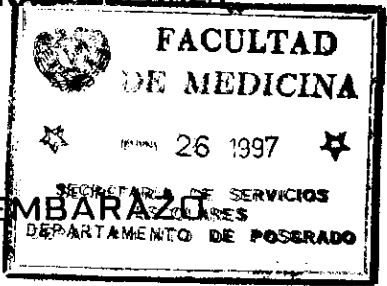


35
11217 2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA



ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A

DR. RAFAEL CHONA ALARCON

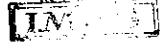
ASESORES: DR. RICARDO OLVERA GUEVARA
DR. ROBERTO COVARRUBIAS VILLEGAS



IMSS



MEXICO, D. F.



1998

26-110

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigación



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.

ABDOMEN AGUDO Y EMBARAZO

**AUTOR
DR. RAFAEL CHONA A.**

A mi esposa Chely y a mi hijo Rafael
Por el gran amor que nos une y que en
los momentos más difíciles, siempre
estuvieron conmigo.

A mis padres Donaciano y Herlinda
Por el apoyo moral y económico que
siempre me brindaron.

A mis hermanos, Marbella, Dalia Luz, Lucero y Rodrigo
que siempre apoyaron mis decisiones por lo cual
pude culminar uno de mis anhelos.

Con profunda admiración y respeto
A mis maestros Dr. Ricardo Olvera y Dr. Roberto Covarrubias
por la amistad y el apoyo incondicional que me brindaron
para culminar una de mis anheladas metas.

A mis compañeros, con los que compartí
tristezas, desvelos, alegrías y sobre todo éxitos.

GRACIAS

INDICE

	PAGINAS
I. - Antecedentes	1-4
II. -Planteamiento del Problema	5
III. -Objetivos	6
IV. -Hipótesis	7
V. -Material y Métodos	8
VI. -Resultados	9-10
VII. -Conclusiones	11-12
VIII. -Gráficas	13-17
IX. -Bibliografía	18-20

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El concepto de Abdomen Agudo, incluye la aparición de una crisis dolorosa, intensa de localización abdominal, de aparición reciente y de evolución progresiva, o rápida, que plantea la necesidad de un tratamiento urgente, bien médico o quirúrgico. (7, 8, 16, 24).

El Abdomen agudo asociado al embarazo y con los cambios en la fisiología y la anatomía materna tienden a hacer más difícil el diagnóstico de esta complicación. (16, 24).

En los tiempos antiguos, las operaciones abdominales, cesáreas, que consistían en una laparotomía mas una histerotomía, era practicada en una mujer muerta, y la primera referencia que tenemos de la operación en una mujer viva, data del año 1250 y fue hecha por Paulo, obispo de Mérida, para extraer un producto muerto. Desde el año 1500, en que el carnicero Jacob Neuffer, practicó la primera operación cesárea, con un producto vivo, hasta la famosa operación de Porro en 1876, hasta nuestros días, existen numerosas leyendas y relatos respecto a la operación cesárea. Y corresponde a Hancock en 1848 el mérito de describir un caso de apendicitis en una mujer durante el embarazo. (3, 16, 20, 21, 24).

El uso de auxiliares de diagnóstico en pacientes embarazadas con cuadros abdominales agudos, ha sido muy importante en el transcurso y la evolución de ésta patología. La utilización del Ultrasonido fué usado por vez primera en Medicina por el Neurólogo Vienés Dussik, en 1942, para el estudio del cerebro humano, abarcando paulatinamente las diversas especialidades médicas, pero ya desde el comienzo de su utilización en la clínica, la exploración de los órganos pélvicos fué de las primeras en encontrar un lugar destacado entre los exámenes morfológicos complementarios, por Donald en 1962. (6, 7, 11, 16, 23)

Es habitual distinguir cuatro tipos etiopatogénicos de Abdomen Agudo, aunque los cuadros clínicos participan frecuentemente en varios de los mismos: Tipo peritoneal puro, oclusivo puro, mixto y vascular. Solo en raras situaciones la evolución del cuadro es tan rápida que no permite la obtención de una adecuada historia clínica y una somera exploración. El orden habitual del interrogatorio (antecedentes e historia actual), se invierte, centrándonos el primer momento en el problema que nos ocupa. (3, 7, 8, 9, 16, 22, 24).

Es importante emplear unos cuantos minutos en la obtención de unos antecedentes que pueden ser de gran interés a la hora de diagnosticar el proceso actual. Baer y cols. en 1932 hallaron que el 50% de las pacientes con apendicitis aguda durante el embarazo, habían presentado episodios previos de apendicitis. (2, 3, 4, 7, 8, 13, 16, 20, 24) El antecedente de cólicos hepáticos o litiásis vesicular tiene interés, pues se encuentran en un 90% de las colecistitis y en gran número de pancreatitis. (5, 7, 8, 16, 19, 22, 24)

Realizada la orientación diagnóstica de la paciente obtenida mediante la anamnesis y la exploración física básicas, son de gran ayuda los datos obtenidos mediante unos exámenes complementarios de fácil realización, unos más frecuentes y otros más selectivos y restringidos a determinadas sospechas diagnósticas. En cuanto a los exámenes básicos, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos, complementan la clínica, aunque no hay que olvidar las modificaciones propias del embarazo. Por este hecho estos exámenes han de repetirse a intervalos de varias horas. Se encuentran recuentos patológicos (iguales o superiores a 12000 leucocitos por ml) en el 72% de las apendicitis, colecistitis, pielonefritis, etc. El valor Hematócrito confirma la existencia de una anemia o de una deshidratación secundaria.

La Química sanguínea, se altera rápidamente en casos de Pancreatitis (amilasa superior a 1200 U/l), la urea en sangre es un fiel exponente del funcionalismo renal y se considera obligatorio el estudio de electrolitos séricos cuando existe vómito o diarrea. En el caso de DPPNI el estudio de la hemostasia puede demostrar hipofibrinogenemia, trombocitopenia, etc, en el exámen general de orina indagaremos fundamentalmente la presencia de proteínas, piocitos o gérmenes. La determinación de HGC tiene un valor limitado como ayuda diagnóstica en el embarazo ectópico, específicamente la fracción beta. (3, 4, 8, 15, 16, 18, 19, 24, 25)

La ecografía es totalmente inofensiva, tiene interés en la patología obstétrica hasta en un 95% de los casos, La Culdocentésis como medio diagnóstico radica en su positividad, su precisión diagnóstica es del 72 al 90%, con 10% de falsos negativos y 10% de falsos positivos. Debido a los riesgos de cierta patología abdominal aguda para la vida materna y/o fetal, esta es una de las pocas ocasiones en la que es correcto solicitar una radiografía simple de abdomen durante el embarazo, en casos de que se sospeche un embarazo ectópico proponen la realización de una histerosalpingografía. La visualización directa de los órganos pélvicos a través de la pared anterior del abdomen (Laparoscopia) o a través del fondo de saco vaginal posterior, logra aclarar el proceso cuando no existe evidencia de hemorragia intrabdominal difusa y se duda de su naturaleza. (6, 7, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 25)

Dentro de las patologías con que hay que realizar el diagnóstico diferencial se dividen en tres grupos:

1.- Urgencias debidas al embarazo:

Fase inicial: Aborto, embarazo ectópico, hemorragia del cuerpo luteo

Embarazo avanzado: Abruptio placentae, rotura uterina, toxemia
DPPNI, etc(1, 7, 9, 10, 14, 16, 25)

2.-Urgencias que tienen especial interés con el embarazo:

Pielonefritis, degeneración roja de un mioma, torción de un quiste
de ovario, rotura de aneurismas. (2, 3, 5, 7, 8, 13, 18, 19, 20)

3.-Urgencias sin relación directa con el embarazo:

Dentro del tratamiento, se divide en médico y/o quirúrgico, la conducta
quirúrgica se basa en la intervención precóz, en casos dudosos, en
la elección de la incisión apropiada y el evitar la manipulación
uterina. En general la interrupción del embarazo no se deberá efectuar
salvo en casos excepcionales. El recordar estas afecciones agudas
abdominales no obstétricas, permite tenerlas presentes y tratar de
salir de la rutina diagnóstica en obstetricia que a veces nos lleva
a no plantear el diagnóstico en forma oportuna. (1, 5, 8, 9, 15, 17, 20, 22
24. 25)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuadro de abdomen agudo, representa una dificultad diagnóstica dadas la distorsión que sufren los cuadros clínicos durante el embarazo, debido a las alteraciones tanto fisiológicas como anatómicas que representa la mujer embarazada. La aparición de estos cuadros plantea un difícil e interesante diagnóstico, ya que en fase precóz del embarazo, el médico puede desconocer que la paciente esta embarazada, mientras que al final del mismo, si bien no hay duda de tal hecho, existe un mayor riesgo de que pase desapercibida una urgencia quirúrgica.

Las razones que dificultan un diagnóstico correcto son facilmente comprensibles: a) Los signos clínicos habituales quedan oscurecidos por un utero aumentado de tamaño que desplaza a los órganos intraabdominales y pueden dificultar la localización del proyecto. b) El utero agrandado impide la correcta palpación de las masas abdominales. c) La respuesta a la inflamación, tal como la defensa y el dolor a la descompresión, está alterada (debido a la distensión de la cavidad abdominal) después del parto los músculos abdominales adelgazados no responden activamente a la agresión. d) La leucocitosis puede no ser llamativa debido a la disminuida reactividad inmunológica de la gestante o puede interpretarse como propia de la gestación. e) Los distintos síntomas, pueden considerarse molestias propias del embarazo. f) La patología propia de la gestación: Embarazo ectópico, DPPNI, etc debe incluirse en el diagnóstico diferencial y g) Desgraciadamente los estudios radiológicos de tanto valor diagnóstico, deben ser utilizados lo menos posible.

OBJETIVOS

- 1.-Tratar de diferenciar la patología que más frecuentemente provoca abdomen agudo en los tres trimestres del embarazo.
2. Determinar los estudios de laboratorio y gabinete adecuados para el diagnóstico de esta patología.
- 3.-Determinar el tipo de tratamiento establecido en las diferentes patologías encontradas.

HIPOTESIS:

El diagnóstico oportuno del cuadro etiológico de un Abdomen Agudo en Embarazadas, disminuye la morbimortalidad del binomio.

HIPOTESIS NULA:

El NO diagnosticar oportunamente el cuadro etiológico de un Abdomen Agudo en Embarazadas, aumenta la morbimortalidad del -- binomio.

PROGRAMA DE TRABAJO

MATERIAL

Se analizaran todos los expedientes que se encuentren en los archivos clínico del Hospital de GinecoObstetricia No. 3 del CMN La Raza, con el diagnóstico de Abdomen agudo y embarazo, que se hallan internado, durante enero a diciembre de 1994.

MÉTODOS

Se analizaran las siguientes variables en cada expediente: Edad, antecedentes obstetricos, semanas de gestacion por trimestres, cuadro clínico, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, tipo de tratamiento, diagnóstico de ingreso, mortalidad materna/fetal y días de estancia hospitalaria.

(9)

RESULTADOS

RESULTADOS

De todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital de GinecoObstetricia numero 3, CMN La Raza, en el periodo comprendido del mes de enero a diciembre de 1994, 45 fueron hospitalizadas con el Dx de Síndrome doloroso abdominal y de éstas a 18 se confirmó el diagnóstico de Abdomen Agudo y Embarazo, las cuales fueron incluidas en esta revisión.

La edad del grupo de estudio tenía un rango de 17 a 36 años, con una media de 27.2 años, encontrando que el mayor porcentaje se observó en el rango de 27 a 31 años(50%). grafica 1.

En cuanto al trimestre de gestación, se observó un alto porcentaje en pacientes que cursan con embarazo del primer trimestre, 77.7% (14), y en menor proporción el segundo y tercer trimestre, ambos con un porcentaje de 11.11%(2), respectivamente. grafica 2.

El tratamiento para este grupo de estudio, fué netamente quirúrgico (94.95%), observando que solo en un caso se dió tratamiento médico debido a la etiología del cuadro. grafica 3.

De acuerdo a la patología encontrada asociada a embarazo y al procedimiento quirúrgico realizado, se observó un rango de 3 a 8 días de estancia hospitalaria, con una media de 4.4 días, observando el mayor porcentaje en 4 días(50%) de estancia hospitalaria. grafica 4.

En este estudio, se encontraron los siguientes padecimientos según el orden de frecuencia: Embarazo ectópico(83.33%), apendicitis(5.5%) Pancreatitis(5.5%) y Quiste de Ovario(5.5%). grafica 5.

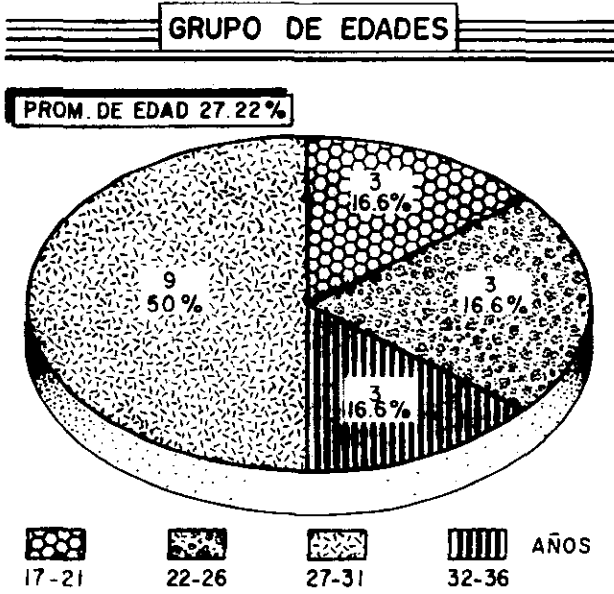
(11)

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

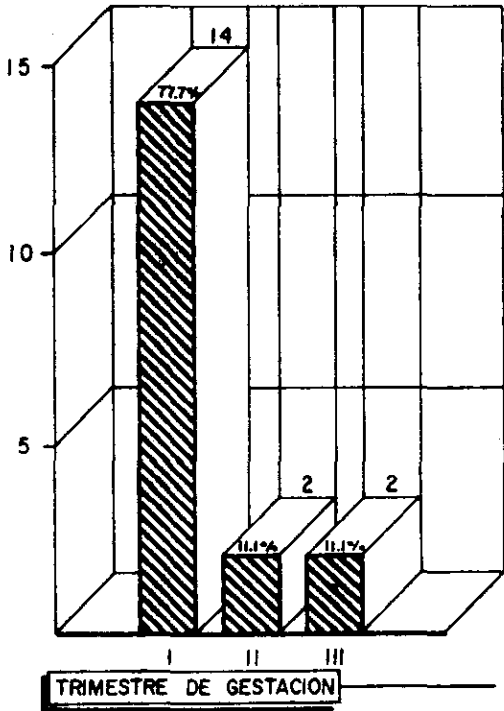
En el presente estudio se desglosan las siguientes conclusiones:

- 1.-El trimestre gestacional más afectado con abdomen agudo en nuestro estudio, se observó en el primer trimestre, asociado a un alto índice de Embarazos Ectópicos, 83.33%.
- 2.-Las patologías en este estudio menos frecuentes encontradas fueron: Apendicitis, Pancreatitis y quiste de Ovario, cada una con un solo caso, 5.5%.
- 3.-El tratamiento observado en este estudio, fue quirúrgico, casi en el 100%, como se menciona en la literatura y solo un caso el tratamiento fue médico, aclarando que fue la paciente con Pancreatitis en la cual se llevó a cabo un tratamiento conservador.
- 4.-Todas las pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, cursaron con un cuadro patognomónico de Abdomen Agudo, lo cual les llevó a realizar un tratamiento inmediato, de tal modo se observó una nula mortalidad en nuestro estudio.
- 5.-En cuanto a Exámenes de laboratorio y gabinete, se observó que el Ultrasonido, fue de valor importante, para la confirmación de los diagnósticos en un 99%. Los exámenes de laboratorio, fueron encaminados a según la patología de sospecha, encontrando cambios descritos en la literatura.
- 6.-Y por último es importante realizar Diagnóstico diferencial, con ciertas patologías, como por ejemplo: Pielonefritis, Colecistitis, DPPNI, Enfermedad Acido Péptica y Gastroenteritis, las cuales en determinado momento nos pueden confundir con un cuadro de Abdomen agudo y por ende aumentar la morbimortalidad del binomio al no realizar un tratamiento oportuno.



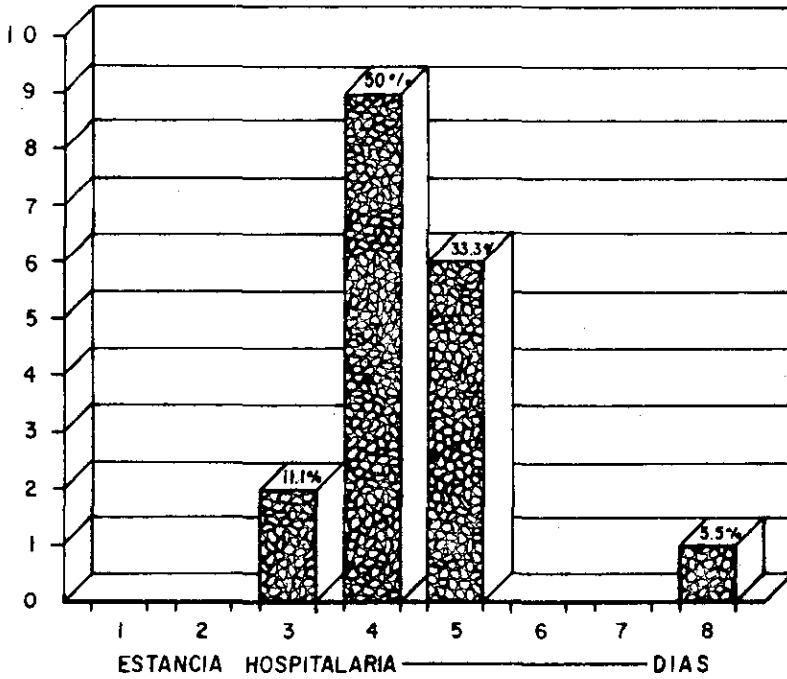
GRAFICA 1

POR TRIMESTRE DE GESTACION



GRAFICA 2

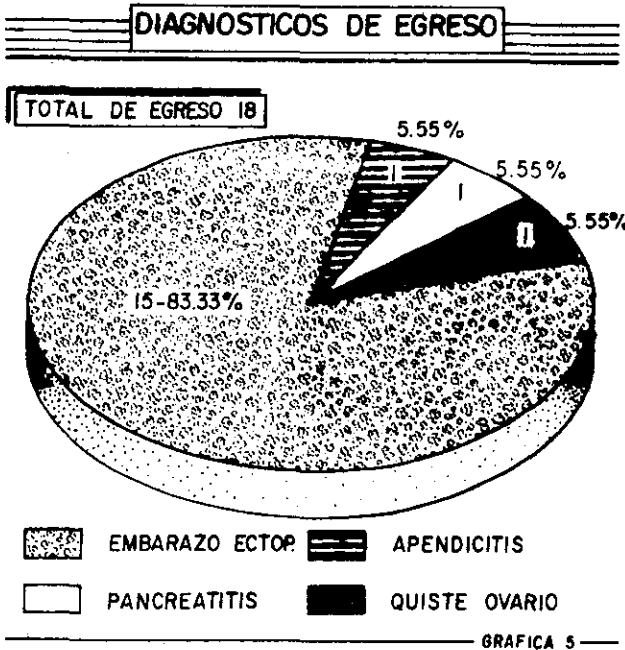
ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

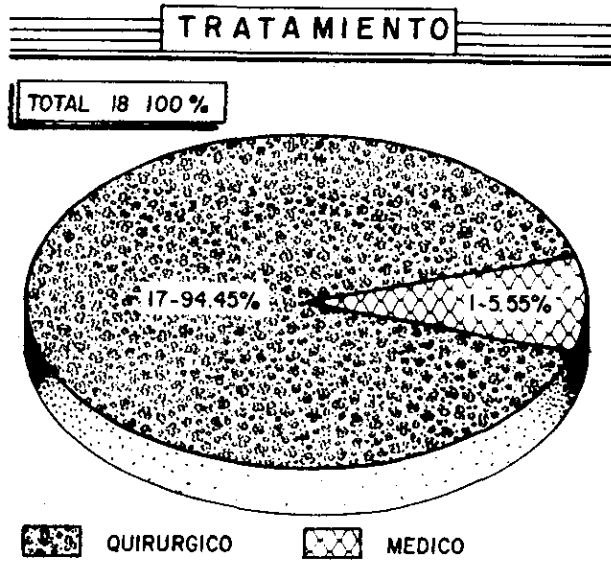


Promedio Dias/Estancia 4.4 Dias

Rango 3-8 Dias

GRAFICA 4





GRAFICA 3

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Aboulatia et al. Conservative surgical management of acute by placental percreta in the second trimester. *Am L Obstet Gynecol* 1994, May, 1388-1389.
- 2.-Abu-Zidan et al. Torsion of mucocele of the appendix in a pregnant woman. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992, Feb. 71(2) 140-142.
- 3.-Babcock J et al. Acute appendicitis. *Am Surg.* 105, 1959, pag 131.
- 4.-Bockus H. Apendicitis aguda en la gestación. *Gastroenterología Tomo II, Edit. Salvat 2a. edición, pag 1148.*
- 5.-Bret Kort, et al. The effect of nonobstetric operation during pregnancy. *Surgery*, Oct. 1993, vol. 177, pag 375.
- 6.-Carrera et al. *Ultrasonografía Clínica. Edit. Interamericana, pag. 1-16.*
- 7.-Cortejoso F. et al. Dolor abdominal agudo en el embarazo. *Medicina Integral, Vol. I-II, No. 8-9. Junio-Julio, pags. 342-398.*
- 8.-Epstein et al. Acute Abdominal Pain in pregnancy. *Emerg. Maed. Clin. North Am.* 1994, Feb. Vol. 12 Pag. 151-165.
- 9.-Eric C. et al. The Outcome of pregnancies complicated by bleeding during the second trimester. *Surg.* Nov. 1991 Vol. 173, pags. 371-374.
- 10.-Foad Azem et al. Uterine rupture with the use of a low-dose vaginal PGE2. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1993, Vol. 72 pags. 316-7.
- 11.-Heller M. et al. Ultrasonography in emergency medicine. *Emerg. Med. Clin North Am*, 1992, Feb. Vol. 10 Pags. 27-46.

- 12.-Herbert R. et al Ultrasond of the acute abdomen. Radiog. Today 1990, Sept. 56(640) Pags. 27-30 .
- 13.-Mickey F et al, Actinomycosis presenting as appendicitis in pregnancy, Br J. Obstet Gynecol, 1993, Jun. 100(6) pags 595-6.
- 14.-Jack A. et al. On reducing the frequency of severe abruptio placentae, Am J. Obstet Gynecol 1991, Nov. 165(5) parte I, pags. 1345-1351.
- 15.-Jamal Z. et al. Rupture of Pregnant rudimentary uterine hord with fetal salvage. Acta Obstet Gynecol Scand. 73, 1994, pag 359.
- 16.-Kasser O. et al. Complicaciones quirurgicas agudas del embarazo. Ginecología y Obstetricia, Tomo II Edit. Salvat, 1970, pags. 381
- 17.- Lurie S et al. Acute Abdomen as an unusual manifestatios pf severe preeclampsia. J. Reprod. med. 1993, Jun. 38(6), pags 489-90 .90.
- 18.-Margaret C. et al The limited usefulness of urine and blood culture in treating pyelonephitis in pregnancy. Obstet and Gynecol 78(5) I Nov. 1991, pags 745-748.
- 19.-Neil S. et al. Hepatitis C virus in pregnancy; seroprevalence and risk factors for infection. Am J. Obstet Gynecol, 1993, Sept. 169(3), pags. 583+587.
- 20.-Ogbonna B. et al. Another look acute appendicitis in tropical Africa and the value of laparoscopy in diagnosis. Trop. Doc. 1993 23(2) pags. 82-84.
- 21.-Ruiz V. La Operación cesarea. Edit. La Prensa Médica Mexicana 1971, pags 1- 31.
- 22.-Strumen M. et al Medical Imaging in acute abdominal pain. Comp. 1991. April. 17(4) pags. 15- 21.

- 23.-Scott C. et al Acute right iliac fosa pain in pregnancy: The role of fine-cateter peritoneal cytology Br.J. Surg, 1992, Oct. 79(10); pags 1105.
- 24.-Williams et al Obstetricia 3ra. Edición, 1990. Edit. Salvat, pags. 354-360.
- 25.-Yuval Y. et al. Abruptio Placentae associated with perforated appendicitis and generalized peritonitis. Am. J. Obstet Gynecol April, 166(1) I, pags 14-15.