

11217



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"

Jefatura de Enseñanza e Investigación

108

"Correlación Clínico-Quirúrgica de 50 casos de Abdomen Agudo Diagnosticados en el Hospital "Luis Castelazo Ayala"

290554

Tesis Profesional

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

Dr. Rafael Rivera Hernández



MSS
SEGURIDAD PARA TODOS

México, D. F.

2001



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.

Correlación Clínico-Quirúrgica de 50 casos de Abdomen Agudo Diagnosticados en el Hospital "Luis Castelazo Ayala"

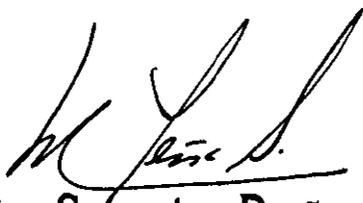


Dr. Fernando Alfonso Ríos Montiel

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA

"LUIS CASTELAZO AYALA"

PROFR. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION



Dr. Martín Sergio Peña Sandoval

JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION

DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA

"LUIS CASTELAZO AYALA"



Dr. José Antonio Aguilar Guerrero

MEDICO GINECO-OBSTETRA Y ASESOR

DE TESIS POST GRADO

Dedico esta Tesis a

Mi Esposa:

Concepción Sánchez de Rivera
Por el apoyo y amor que me dió
durante mi residencia.

A mis hijos:

Rafael A. y Erick Rivera Sánchez
motivo de mi existencia.

A mis Padres:

Antonio Rivera Glez.

Y

Herlinda Hdez.de Rivera Q.E.P.D.
Por haberme dado la vida y
Estímulo de mi carrera.

A mis Hermanos

Abel, Jorge, Jesús y Arcelia

A mis Familiares

A mis maestros del Hospital L.C.A.
Por ser la gufa y dirección -
de mi formación.

A mi Director de Tesis

DR. JOSE ANTONIO AGUILAR GUERRERO

Mi admiración y respeto.

I N T R O D U C C I O N .

El análisis de la frecuencia del Síndrome Abdominal Agudo en Ginecología y Obstetricia ofrece particularidades muy especiales, debido a que varias patologías ginecológicas pueden --- originarlo y a los cambios fisiológicos del Estado grávido puer_uperal que dificultan su diagnóstico diferencial con patología - Extragenital.

La práctica diaria de la medicina en un hospital de Ginecología y Obstetricia nos hace pensar en una extraordinaria impor_ttancia que tiene este tema, no sólo por su frecuencia sino también por que en no pocas ocasiones algunos padecimientos tenga que abordarse para su diagnóstico y tratamiento y sobre bases - muy especiales que fundamentalmente derivan de la asociación -- Vida-Materno fetal.

Tenemos necesidad de conocer no sólo la Patología y Fisiología propias de la Gineco-Obstetricia. El enfrentarse a un Sí_ndrome Abdominal Agudo, exige de nosotros la valoración cuidadosa de aparatos y sistemas que aparentemente nada tiene que ver con nuestra especialidad. Lo cierto es que en este momento se - está poniendo en juego la capacidad y experiencia médica en general y de esos factores asociados a la intervención oportuna - y a la serenidad con que debe actuarse, dependerá el éxito o el fracaso. (I)

Definición.- Abdomen Agudo en Ginecología y Obstetricia se define como aquella emergencia médica o quirúrgica que se produce debido a causas inflamatorias, hemorrágicas, perforativas o torción de órganos pevianos en relación con el aparato genital--femenino, o durante el período grávido puerperal.

Tomando en cuenta que el Abdomen Agudo es una patología -- que puede presentarse en cualquier momento. En este trabajo ha--cemos una correlación Clínico-quirúrgica de 50 casos de Abdomen Agudo.

Material y Métodos:

Se revisaron 50 expedientes de casos intervenidos quirúr--gicamente con diagnósticos de Abdomen Agudo que incluía además - de un diagnóstico presuncional de la causa del mismo, se analiza--ron antecedentes generales de la paciente, cuadro clínico, auxi--liares de diagnósticos utilizados, hallazgos quirúrgicos, tipo - de intervención efectuada, datos de estudios anatomopatológicos Clínico-quirúrgica.

Estudio de revisión de 10 meses del archivo clínico del -- Hospital "Luis Castelazo Ayala" que comprende del 1o.de Enero de 1985, hasta Octubre de 1985, de casos con el diagnóstico de Abdo--men Agudo, haciendo una correlación Clínico-quirúrgica en 50 ca--sos de un total de 10,538 cirugías efectuadas en el Hospital ---

"Luis Castelazo Ayala del IMSS, correspondiente al 0.7% como se podrá ver la frecuencia de este cuadro es relativamente baja.

PRINCIPALES PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN LA REVISION DE CORRELACION
CLINICO QUIRURGICO DE 50 CASOS DE ABDOMEN AGUDO EN HOSPITAL L.C.
A.

| | No.de Casos | % |
|-----------------------------------|-------------|-------|
| Embarazo etópico no roto y otros | 12 | 24 |
| Quiste torcido de ovario y otros. | 9 | 18 |
| Apendicitis | 9 | 18 |
| Embarazo ectópico roto | 8 | 16 |
| Perforación uterina y otros | 5 | 10 |
| Endometritis post. cesarea | 4 | 8 |
| Endometritis post. parto | 2 | 4 |
| Mioma Degenerado | 1 | 2 |
| | <hr/> | <hr/> |
| Total | 50 | 100 |

Cuadro No. 1

Resultados: En la revisión de 50 casos que presentaron Abdomen Agudo quirúrgico; se encontraron 20 casos de Abdomen Agudo Obstetrico que correspondió al 40%, el Diagnóstico fué Embarazo Ectópico no roto y otros, en 12 casos que corresponde al 24% y Embarazo Ectópico Roto en 8 casos que le corresponde el 16%

Abdomen Agudo de causa ginecológica fueron 21 casos correspondiendo el 42% de la revisión, los principales diagnósticos -- son Quiste torcido de Ovario 9 casos igual al 18%, Perforación Uterina y otros fueron 5 igual al 10%, Endometritis Post-cesarea en 4 casos, igual al 8%, Endometritis Post-Parto 2 casos igual al 4%, Mioma Degenerado 1 caso igual al 2%.

De causa extragenital se encontraron en 8 casos apendicitis correspondiendo al 18%.

Es importante mencionar que todas estas pacientes se le --- efectuó Laparotomía Exploradora con Diagnóstico presuncional inicial que se describe en cada cuadro y que posteriormente al acto quirúrgico se confirmaba el diagnóstico, o se encontraba otro -- diagnóstico agregado.

En el desarrollo de este trabajo se describe por causa el - diagnóstico presuncional y los diagnósticos Post-operatorios.

| No. de Casos | Dx. Post. Operatorios. |
|--------------|------------------------------------|
| 3 | Embarazos Ectópicos rotos |
| 1 | Torci6n de quiste para ovario izq. |
| 1 | Cuerpo ruteo hemorragico. |
| 1 | Quiste tubario izquierdo. |
| 1 | Quiste hemorragico ovario izq. |
| 1 | Pelvipenitonitis Ooforitis izq. |

C u a d r o No. 2.

En este cuadro No.2, en el cual el diagn6stico presuncional fue Embarazo Ect6pico no roto. En 12 casos se corrobor6 el diagn6stico en 4 casos, teniendo un 33% de certeza y en 8 casos el diagn6stico fu6 diferente teniendo un 66% de error diagn6stico;- tal como se describe en el cuadro No. 2.

| No. de Casos | Dx. Post Operatorios. |
|--------------|---|
| 1 | Miomatosis Uterina. |
| 1 | Absceso Peritubario Izq. |
| 2 | Quiste Dermoide Benigno. |
| 1 | Hidrosalpinx izq torcido con necrosis inicial. |

C u a d r o No.3

En el Cuadro No.3 el diagnóstico presuncional fué Quiste -- Torcido de Ovario en 9 casos, en 4 casos el diagnóstico fué confirmado correspondiéndole el 44% de acierto. En 5 casos el diagnóstico fué diferente, con error diagnóstico Clínico-Quirúrgico-- del 55%.

| No. de Casos | Dx. Post Operatorios |
|--------------|------------------------|
| 1 | Perforación Intestinal |
| 2 | Aborto Sépticos |

C u a d r o No. 4.

En este Cuadro se describe el diagnóstico presuncional pre-operatorio en 5 casos fué Perforación Uterina confirmándose en todos obteniendo en esta patología el 100% de acierto diagnóstico, Pre y Post-operatorio , pero se encontró además de la Perforación Uterina en 1 caso Perforación Intestinal, y en 2 casos -- Aborto séptico.

En 9 casos cuyo diagnóstico inicial fué de Abdomen Agudo - por Apendicitis se comprobó el diagnóstico.

En 8 casos el Diagnóstico inicial de Embarazo Ectópico -- Roto se corroboró el diagnóstico Post operatorio en 7, siendo únicamente en 1 el diagnóstico diferente que correspondió a -- un hematoma de trompa derecha organizado.

En los 4 casos de Endometritis Post-Cesarea también hubo correlación Clínico-Quirúrgica.

En 2 casos de Endometritis Post-Parto el diagnóstico fué corroborado Clínica y Quirúrgicamente.

También se encontró en esta revisión una caso extremadamente raro, un Mioma Degenerado.

Antecedentes Ginecoobstetricos.

| Antecedente/Número | 0 | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | TOTAL |
|--------------------|----|----|----|-----|----|---|----|-----|------|----|---|-------|
| Gestaciones | 4 | 6 | 19 | 5 | 6 | 4 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | = 50 |
| Partos | 21 | 9 | 7 | 3 | 5 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | = 50 |
| Abortos | 39 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | = 50 |
| Cesareas | 35 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | = 50 |

En los Antecedentes Ginecoobstetricos cuyo margen fué de 0 a 10 -- se observó que en la Gesta II se presentó en 19 casos la mayor frecuencia de Abdomen Agudo correspondiéndole el 38%.

El Abdomen Agudo en relación con los antecedentes de partos se --- presentó con mayor frecuencia con antecedentes de 0. en 21 casos. Teniendo un rango de 1 a 8; correspondiente el 42%.

En relación al Aborto se presentaron 39 casos con antecedentes de 0. y en 11 casos con antecedente de I.

En relación a las Cesareas se presentaron 35 casos con antecedentes de 0. y 15 con antecedente de I.

Edades promedio de las pacientes que presentaron Abdomen --
Agudo de la revisión de 50 casos hecha en el hospital "Luis Cas-
telazo Ayala".

| Grupos | No.de Casos | Porcentaje. |
|--------------------|-------------|-------------|
| 20 años y menos | 5 | 10 |
| entre 21 y 30 años | 30 | 60 |
| entre 31 y 40 años | 13 | 26 |
| entre 41 y 50 años | 1 | 2 |
| entre 50 y más | 1 | 2 |
| | <hr/> | <hr/> |
| Total | 50 | 100 |

C u a d r o No. 2

Como es lógico suponer, los casos de Abdomen Agudo se presen-
taron con mayor frecuencia en las pacientes cuya edad fluctúa en-
tre 21 y 30, casos correspondiendo a un 60%, el otro grupo fué el
comprendido entre 31 y 40 años presentándose en 13 casos y corres-
pondiendo a un 26%, es importante mencionar que se presentó un ca-
so de una niña de 13 años de edad con un cuadro clásico de Abdomen
Agudo, cuyo diagnóstico final fué un Quiste de Ovario Dermoides Be-
nigno del lado izquierdo.

Días de Estancia Hospitalaria.

| | | |
|--------------------------------|---|----------|
| Estancia Hospitalaria Máxima | = | 30 días. |
| Estancia Hospitalaria Promedio | = | 16 " |
| Estancia Hospitalaria Mínima | = | 2 " |

Cuadro No. 4

La mayor estancia hospitalaria fué de 30 días se obtuvo - en un caso en el cual se practicó Cesarea Segmentaria Tipo --- Kerr, por producto en Presentación Pélvica, complicándose con Endometritis y Peritonitis aguda con formación de abscesos.

La menor estancia hospitalaria fué de 2 días en un caso - cuyo diagnóstico fué Quiste Torcido de ovario con evolución fa- vorable.

| Signos vitales | Media | Variación. | | |
|----------------|--------|------------|---|---------|
| T. A. | 115/85 | 80/50 | a | 150/120 |
| Pulso | 85 | 70 | a | 103 |
| F.C. | 22 | 70 | a | 100 |
| R. | 37.2 | 35 | a | 39.8 |

Cuadro No. 5.

En los signos vitales encontramos que el promedio de T.A. fué de 115/85 P. 85 F.C. 85 R. 22 T. 37.2.

La variación de T.A. fué de 80/50 a 150/120. P.70 a 103 - F.C. 70 a 100 Respiración de 18 a 24. Temp. 35 a 39.8 Ver. -- Cuadro No.5.

Diagnósticos de Abdomen Agudo.

| Método. | | No.de Casos | Porcentaje. |
|------------------|-------|-------------|-------------|
| Clínica | | 40 | 80 |
| Métodos | Rx. | 2 | 4 |
| Auxiliares UESG. | | 8 | 16 |
| | Total | 50 | 100 |

Cuadro No. 6.

En el presente cuadro nos habla de que el diagnóstico de -- Abdomen Agudo es evidente, teniendo los antecedentes de la pa--- ciente, aunado a los datos de shock y de irritación peritoneal - que en la presente revisión se encontraron en un 100% y en forma sorprendente se observa que dentro de los métodos auxiliares los Rx. aquí representó el 2%; el método de UESG. cada día recobra - mayor importancia y en esta revisión representó el 16% como méto do de apoyo, en el diagnóstico de Abdomen Agudo.

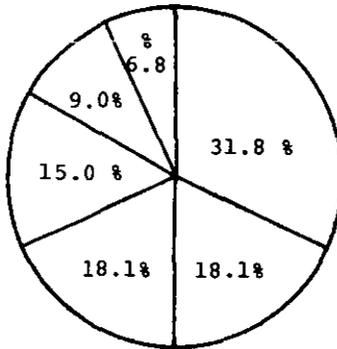
Tratamiento de Abdomen Agudo en 50 casos, revisión hecha -
en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" de Enero a Octubre/1985.-

| | No de casos | Porcentaje |
|-------------|-------------|------------|
| Médicos | 6 | 12% |
| Quirúrgicos | 44 | 88% |
| | <hr/> | <hr/> |
| | 50 | 100% |

Cuadro No. 8

Es conveniente mencionar que los 6 casos que se reportan en el presente cuadro recibieron tratamiento únicamente médico a base de antibióticos y observación, obtenido una remisión importante del padecimiento. Y de los 44 casos la resolución del problema fué quirúrgico que representó el 88% se efectuó tratamiento médico y quirúrgico en 36 casos y los otros 8 casos la resolución del problema fué quirúrgica exclusivamente, estos últimos - casos fueron Quistes de Ovario en 5 casos y Embarazo Ectópico 3 casos, que recibieron únicamente analgésicos.

Tipos de intervención quirúrgica efectuada en 44 casos de -
Abdomen Agudo en el Hospital de G.O. "Luis Castelazo Ayala".



Cuadro No.9

| | | |
|-------------------------------|---------|-------|
| 1.- Salpingectomia | 14----- | 31.8% |
| 2.- Apendicectomia | 8----- | 18.1% |
| 3.- Exceresis de Q de Ovario. | 8----- | 18.1% |
| 4.- HTA.sin SOB. | 7----- | 15.0% |
| 5.- Salpingooforectomia. | 4----- | 9.0% |
| 6.- HTA. con SOB. | 3----- | 6.8% |
| Total. | 44----- | 98.8% |

En el Cuadro No. 9 se describe en forma global los tipos - de intervención quirúrgica efectuada en 44 casos de Abdomen --- Agudo en el Hospital de G.O. "Luis Castelazo Ayala."

En las 14 Salpingectomia que se efectuaron el ovario del - mismo lado se encontraba respetado, sin embargo en 4 casos hubo que efectuar Resección del Ovario del mismo lado.

En 8 casos se efectuó Apendicectomía, en 2 casos se obser- vó extravasación del material purulento a cavidad peritoneal.

En 8 casos se efectuó Exeresis de Quiste de Ovario, uno - presentó necrosis del pedículo diagnosticado por hallazgo Qui- rúrgico y Anatomopatológico.

En 7 casos se efectuó HTA sin SOB. en estos casos había -- compromiso del utero y los ovarios se encontraban respetados. En 3 casos se efectuó HTA con SOB. en el cual se efectuó Histerec- tomia + Salpingooforectomia Bilateral por haber cuado Séptico.

Los 6 casos reportados de Abdomen Agudo en donde el trata- miento fué eminentemente médico en 4 casos recibieron antibióti- co terapia a base de penicilina sódica cristalina 5 millones -- IV. cada 4 horas Gentamicina 80 mgs. IM. cada 8 Hrs. por siete días. Metronidazol 400 mgs. I.V. diluída en 100 ml de solución glucosada al 5% cada 8 hras. por los días, en 2 casos se utili- zó únicamente cloranfenicol IG. I.V. cada 8 hrs. por 5 días, es- tos antibióticos se usaron combinados con antiinflamatorios y -- analgésicos.

Pruebas de laboratorio efectuadas en los 50 casos de Abdomen Agudo.

| Examen. | No.de Pacientes. | % | |
|------------|-------------------|----|------|
| BH. | 10HB. | 39 | 78 % |
| | 10HB. | 11 | 22 % |
| Glucosa | 120/80 | 14 | 28 % |
| | 120/80 | 33 | 66 % |
| No se tomó | | 3 | 6 % |
| Leucocitos | 15,000 | 6 | 12 % |
| | 10,000 | 44 | 88 % |
| Cultivos | 100,000 colonias. | 8 | 16 % |

Cuadro No. 7

En las pruebas de laboratorio efectuadas a los 50 pacientes con Abdomen Agudo de la presente revisión.

En 39 pacientes las cifras de HB. se encontraron por arriba de los 10; lo que se representó el 78 %, en 11 pacientes las cifras de HB. se encontraron por abajo de 10 mgs. que representó el 22 % en 6 pacientes de estos últimos hubo que transfundir sangre que varió desde una unidad hasta 6 unidades de sangre; los -

##...grupos sanguíneos de estos pacientes fueron A (-) en 1 caso, A (+) en 2 casos, 0 (+) en 3 casos.

Las cifras de Glucosa rebasaron los límites normales en 14 - pacientes representando el 28%, todos con antecedentes de Diabetes Mellitus. En 33 pacientes se encontraba en límites normales - representando el 66% y en 3 casos nos se determino la Glucosa ignorando el motivo.

En relación a la fórmula blanca 6 pacientes reportaron leucocitos mayor de 15,000 representando el 12% y en 44 pacientes la cifra fué menor de 10,000 X campo, representando el 88 % las 6 -- pacientes que tuvieron leucocitosis mayor de 15,000 en 1 caso el diagnóstico fué Septicemia Secundaria a Peritonitis en 1 por Pelvi-peritonitis Sec. a Perforación Uterina, en 1 caso por Aborto -- Séptico infectado, 1 caso por Absceso Peritubario Izquierdo, en 2 casos por Apendicitis Aguda, del cual 1 fué perforado con extravasación de líquido a la cavidad peritoneal.

En 8 casos los cultivos desarrollaron más de 100,000 colonias se encontró E. Colli en 3 casos, candida albicans en 2, ex-treptococo Gamma Hemolitico en 1, estafilocoo empidermides 1, pep-toco Bacteroides Eragilis en 1.

HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS POST.-QUIRURGICOS DE 50 CASOS DE ABDOMEN AGUDO.

| HALLAZGOS. | No.de Casos. |
|---|--------------|
| Embarazo Ectópico no Roto + Salpingitis Aguda | 4 |
| Embarazo Ectópico Roto + Salpingitis Aguda | 1 |
| Embarazo Ectópico Roto + Salpingitis Crónica | 4 |
| Embarazo Ectópico Roto Derecho | 7 |
| Embarazo Ectópico Roto Izquierdo | 4 |
| Perforación Uterina | 5 |
| Endometritis | 2 |
| Endometritis Aguda Necrosante | 2 |
| Endometritis Aguda Hemorragica | 2 |
| Quiste Hemorragico Paraovarico | 3 |
| Tenatoma Quistico Benigno Bilateral | 2 |
| Cistadenoma Seroso Multilobular de Ovario | 4 |
| Apendice Congestiva | 6 |
| Apendicitis Aguda Supurada | 1 |
| Apendicitis | 2 |
| Mioma Degenerada + Endometritis Post.LUI | 1 |
| Total | 50 |

Complicaciones de los 50 pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo, sólo en 5 casos 10 % se complicó tal y como se describe en el Cuadro No.11

| No. de Casos | Complicaciones |
|--------------|--|
| 1 | Shock Hipovolemico |
| 3 | Septicemia Secundaria a Endometritis. |
| 1 | Amioitís Post-Cesarea Choque S é p t ico |
| 1 | Shock S é p t ico Secundario a Endometritis por Aborto S é p t ico Muerte. |

Todas las pacientes fueron tratadas en la unidad de cuidados; intensivos adultos del mismo Hospital.

C O M E N T A R I O S . -

En relación con los hallazgos quirúrgicos se puede constatar que la fisiopatología de cada una de las patologías encontradas, es perfectamente compatible con la patogenia que tradicionalmente se ha descrito para el Abdomen Agudo en general, como sus procesos infecciosos, Hemorragia, Isquemia por torción, perforación de vísceras y que provean finalmente inflamación, irritación peritoneal, y son causa de las manifestaciones clínicas.

En relación al Embarazo Ectópico Brobrow y Bell (1962) dan una incidencia de 1 en 357 niños nacidos en el Harlem Hospital, Brenn 1970, da una frecuencia de un Embarazo Ectópico por cada 87 niños nacidos en el Saint Barnabas Medical Center, Franklin y Zeiderman 1973, dan una incidencia de 1 en cada 118 nacidos vivos en el Grody Memorial Hospital Harralson y Colbs, 1973, dan una incidencia de 1 en cada 230 niños nacidos en el University of Kentucky Medical Center, en nuestro Hospital se presentó un caso en 184 nacimientos datos tomados de la UTQ de nuestro hospital, en relación a la revisión Clínico-Quirúrgica de los 50 casos de Abdomen Agudo, el Embarazo Ectópico tuvo el 40% de frecuencia, concordando con la frecuencia reportada por la literatura a nivel mundial e internacional (2).

La Torción del Pédiculo de los tumores de ovario es la complicación más frecuente; los síntomas agudos a que da lugar a ve

##...ces constituyen el primer indicio de la existencia de un tumor de ovario. Esta complicación es más frecuente en el caso de tumores pequeños o medianos que en los muy voluminosos. La frecuencia de torsión varía de una serie a otra. Pero en la grande de peterson fue del 16 % (3), otros reportan el 25 % (4). La torsión del pedículo se efectúa por lo general en el sentido de las manecillas del reloj; puede ser ligera, o tan extrema que se produzcan varias vueltas completas. En nuestra revisión se encontró una frecuencia del 20%. El Trastornos Circulatorio provocado por la torsión suele afectar principalmente a las venas, dando origen a una estasis venosa intensa, motivo por el cual los quistes toman color azul oscuro o negro. En los casos extremos las arterias también quedan ocluidas, y se produce gangrena. Es posible que si no nos percatamos o pasamos por alto este accidente el quiste se desprenda completamente. La torsión del pedículo se acompaña de dolor, que puede ser agudo y persistente, pero en otros casos resulta moderadamente intenso y transitorio. Esto último ocurre cuando la torsión se corrige de manera espontánea, cosa no rara por cierto. En los casos de quistes de ováricos de tamaño mediano, la enferma refiere muy a menudo que de cuando en cuando ha experimentado ataques agudos de dolor, los cuales desaparecen espontáneamente al poco tiempo.

No obstante en gran número de casos los síntomas que produce la torsión del pedículo son de mayor gravedad, con dolor ---

##...brusco intensísimo. Cuando el quiste asienta en el lado -- derecho, puede simular un cuadro de apendicitis aguda, tanto -- más cuanto se acompaña de náuseas y vómitos, a más de presentar rigidez extrema en la parte derecha de bajo vientre.

El pulso está acelerado y la temperatura se eleva, aunque rara vez sobrepasa los 38.3°C. Este dato concuerda con nuestra revisión que fué de 38.5 °C. El hemograma revela leucocitos moderada. No resulta sorprendente, por tanto que muchas enfermas sean intervenidas en estas condiciones partiendo del diagnóstico erróneo de apendicitis aguda, o de Embarazo Ectópico, la -- operación con frecuencia la realiza un cirujano general que -- con todo respeto sea dicho puede no tener idea de la maligni--dad potencial de ciertas lesiones ováricas de manera que comúnmente lleva a cabo una intervención inadecuada.(3)

La apendicitis aguda es la complicación extrauterina más frecuente en el embarazo de las que necesitan se realice una--laparotomía, las alteraciones en la fisiología y anatomía ma--terna durante el embarazo hacen más complejo e incierto el ---diagnóstico. No obstante los óptimos resultados maternos y pe--rinatales dependen de que sigamos los siguientes consejos: "Si no puedes descartarla, extirpala" y la "mortalidad de la apen--dicitis en el embarazo es la mortalidad por el retraso.

La incidencia de la apendicitis confirmada por anatomía pa

##...tológica en el embarazo varía entre 1:350 a 1:10,000 tal -- como se ha publicado por Babaknia y col. el cual vió una media - 1:1,500 partos en distintas series publicadas que totalizaban -- 503000 gestaciones. En una revisión reciente la incidencia es de uno den 833. Estas cifras son similares a las publicadas en muje res no embarazadas en las que más del 70% de las apendicitis apa recen en mujeres menores de 35 años. Hay pocos datos que sugie-- ran que la apendicitis aparezca con más frecuencia durante el em barazo debido a la hipomotilidad del intestino producida por la progesterona. La enfermedad no parece estar relacionada con la - edad materna y con la paridad en la época reproductora.

Los síntomas y signos de la apendicitis del embarazo cam--- bian debido a las modificaciones en la fisiología y en la anato- mia materna que, además, dependen del momento del embarazo. Es-- tas variables hacen el diagnóstico más difícil y contribuyen a - que el tratamiento se retrase.

En la mujer no embarazada, el apéndice se localiza en el --- cuadrante inferior derecho (en el 65 %), en la pelvis (en el 30% o retrocecal (en el 5 %) El embarazo sin embargo se relaciona -- desplazamiento de la pelvis debido al aumento del tamaño uteri-- no.. en 1932 Baer y Col. estudiaron conenema de bario a 78 muje- res normales embarazadas en diferentes momentos de la gestación. Su grupo vio que después del tercer mes de embarazo, el apéndice empezó a desplazarse sobre el punto de Mac Burney haciendo una -

##...rotación horizontal de su base. Estos cambios continuaban - hasta el octavo mes del embarazo, momento en el que el apéndice en el 93 % de las pacientes estaba más arriba de la cresta ilíaca y en el 80 % de los casos mostraba una rotación hacia arriba de la base desde la horizontal señalando hacia la zona subcostal derecha. (5) (6) (7) (8) (9) (10).

La mortalidad materna de apendicitis y embarazo en 1980 Babler reporta en 207 casos una mortalidad materna del 40% Black 1960 en 273 casos reporta una mortalidad materna del 17 % Babak nia 1976 en 333 casos de 0.9 % y en series reciente así como la nuestra la mortalidad es de 0.0%. (5) (6) (7) (8) (9) (10). A -- continuación se describe las principales enfermedades encontradas en nuestra revisión de 50 casos de Abdomen Agudo en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" de IMSS. así como el trabajo completo.

Es importante mencionar las diferentes causas que pueden - darnos Abdomen Agudo, sin embargo en nuestra revisión no se encontraron por lo que se mencionaran brevemente.

La ruptura de bazo es otra de las complicaciones también - que no debe pasar desapercibida en un estudio por el Dr. Ralph - Hoffman M.D. encontró una incidencia del 0.87 x 100,000 como in - cidencia anual siendo el 44% accidentes de camino en caso de --

##...ruptura traumática en pacientes jóvenes de 26 años o menos, así mismo se encontró una mortalidad el 100 % sin tratamiento, y de 5 a 30 % plenectomia; la primera esplenectomia en el embarazo fué reportada por savor en 1898, con recuperación de pa---cientes y niño.

Desde 1930 la mortalidad materna ha sido de 26% y las pérdi---das fetales del 56 %.- (10) (12)

La Ruptura Uterina constituye una catástrofe obstetricia e---vitable en cerca del 50% de los casos como todo accidente obste---trico grave arroja, cifras de morbi-mortalidad fetal y materna que no pueden pasar desapercibidas en la corriente de supera---ción y progreso de la especialidad. (13) (14) (15)

En relación a los casos de Ulcera peptica y embarazo se ha observado una influencia favorable del embarazo para producir---la ulcera peptica según lo han demostrado los trabajos de Expe---rimentación en animales de Kelly y Roberts en 1969 junto con - otros autores. (12).

La pancreatitis y embarazo la coincidencia de este padeci---miento durante el embarazo es rara, pero merece conocerse ya -- que su mortalidad es alta. Esto último es suficiente para que - el Obstetra la tenga presente y la sospeche, la asociación de - pancreatitis y embarazo fué descrita por primera vez en 1818 y-

##...posteriormente por Haidlen en 1884, en el posparto inmediato sin embargo la publicaciones posteriores no han sido numerosas. (16) (17)

C O N C L U S I O N E S . -

- 1.- Se analizaron 50 casos de Abdomen Agudo Observados durante el intervalo de 10 meses en el Hospital de G.O. "Luis Castelazo Ayala del IMSS."
- 2.- Se describen en el Cuadro No.1 en orden de frecuencia las principales enfermedades encontradas.
- 3.- Le corresponde al Embarazo Ectópico desde el punto de vista obstetrico ser la primera causa de Abdomen Agudo presensentándose en 12 casos con un porcentaje del 24%.
- 4.- El Quiste Torcido de Ovario se presentó en 9 basos teniendo un porcentaje de 18 %, habiendo una ligera diferencia - con los reportados por la literatura internacional que es de un 25%, en 6 casos se presentó asociado al embarazo y - en tres como única causa.
- 5.- La Apendicitis como causa de Abdomen Agudo desde el punto de vista como organo extragenital también ocupó un porcentaje bastante elevado ya que se presentó en 9 casos representando el 18 % de nuestra revisión, como dato importante

- ##...cabe mencionar que la morbi-mortalidad materna por apendicitis en otros tiempos era elevada actualmente en nuestra revisión y en otro trabajo publicado en las Clinicas Obstetricas y Ginecológicas de Norteamérica la mortalidad es de 0,- siempre y cuando el diagnóstico se haga en forma oportuna - así como la Intervención Quirúrgica.
- 6.- En Sexto y Séptimo lugar encontramos la Endometritis y la Pelvi peritonites siempre consecutivas a un acontecimiento o evento obstretico complicado con infección.
- 7.- Aunque la serie es muy corta es de notar la ausencia de factores etiológicos como pancreatitis, ruptura del hígado, -- desprendimiento traumático de placenta, torción de la trompa de falopio, ruptura espontánea del hígado, etc. mencionados por múltiples autores.
- 8.- El tipo de tratamiento que predominó en nuestro trabajo fué el Quirúrgico combinado con el tratamiento médico.
- 9.- En los Embarazos tubarios predominaron en nuestra revisión los de lado derecho lo cual obliga a un diagnóstico diferencial más preciso con otro tipo de patología propia de fosa Ilfaca derecha.

ESTE TRABAJO NO PUEDE
SER DE LA BIBLIOTECA

- 10.- La sola sospecha de Apendicitis en el embarazo será suficiente para indicar una Laparotomía de urgencia, debido a que en mayor tiempo transcurra la mortalidad es -- muy alta.

- 11.- Puede decirse que de cada 5 casos de Abdomen Agudo, contando con todos los recursos necesarios de Laboratorio y gabinete, no será posible hacer en unos de ellos el -- diagnóstico etiológico.

B I B L I O G R A F I A.-

- 1.- Dr. Federico Mendoza Meixueiro y Colbs. Síndrome Abdominal Agudo en Gineco-Obstetricia. Ginecología y Obstetricia de México Vol. XXI Nov. Dic. 1966 pág. 1037-1045.
- 2.- Williams Obstetricia Louis M. Hellean Jack A. Prichard Embarazo Ectópico pág. 425 Editores Salvat.
- 3.- Tratado de Ginecología de Novack pág. 563 y 564. Editorial Salvat.
- 4.- Complicaciones Médicas y Quirúrgicas durante el embarazo - Cap. 27 pág. 307 - 311.
- 5.- Clínicas Ginecológicas y Obstetricia de Norteamérica Tomo I de 1984, pág. 978 - 1987.
- 6.- Dr. Roberto Nava y Sánchez Colbs. Apendicitis y Estado grávido puerperal Ginecología y Obstetricia de México, Vol.- 29 año XXVI No.176 Junio de 1971.
- 7.- Dr. Seth Colorado y Colbs. Ginecología y Obstetricia de México Vol. 46 año XXXIV Número 274 Agosto de 1979, pag. 115-125 apendicitis y embarazo.
- 8.- Dr. Senen Peralta y Colbs. Apendicitis en Gineco Obstetricia Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 44 año-XXXII, No.263 Setp. 1978. pág. 183 - 189.

- 9.- Dr. Roberto Nava Sánchez y Colbs. Apendicitis en Ginecología y Obstetricia Ginec. Obstet. Méx. Vol. 31 año XXVII. No. 187, Mayo de 1972 pág. 523-37.
- 10.- Dr. Ralph L. Hoffman M.D. San Diego California Junio 15 1972 Am. J. Obstet Ginecol. pág. 524-530.
- 11.- Paul I. Bookstaner M.D. F.A. O.O.G. Splenic Rupture In -- Pregnancy Obstetrica. And. Gynecology pág. 825-827.
- 12.- Herning Becker Anderson y Vibeke Husfeldt, Pept. Ulcer in - Pregnancy Acta Obst. Gynec Scand 50: 391-395 - 1971.
- 13.- Spontaneous Rupture Of The Uterus in the second Trimester Due To Placenta percreta Two case reports the Journal of - obstetric and Gynecology of the Bristish Commenweath Feb. 1972 Vol. 79 pág. 187-189.
- 14.- Spontaneous Rupture of the liver in pregnancy Vol. 26 No. 3 Sept. 1965 Obstetrics. and Gynecology.
- 15.- Dr. López Llera M. Ginecología y Obstetricia de México -- Ruptura Uterina pág. 209-237.
- 16.- Corl. M.C. Martín, Giménez Miranda y Colbs. Pancreatitis y Embarazo Ginec. Obstet. México Vol. 31 año XXVII, He--

##...No.183, Enero de 1972.

17.- Dr. Efraín Pérez Peña y Colbs. Pancreatitis y Embarazo -
Ginecología y Obstetricia de México Vol. 47 año XXXV. --
Número 280. Feb. 1980.