

# Urgencias quirúrgicas no obstétricas durante el embarazo

R. Ramanah, J.-L. Sautière, R. Maillet, D. Riethmuller

*Durante el embarazo pueden presentarse situaciones de urgencia quirúrgica de causa digestiva (apendicitis, obstrucción, colecistitis), hemorrágica (ruptura hepática, esplénica o de aneurisma esplénico, disección aórtica), ginecológica (necrobiosis aséptica de un mioma, torsión anexial), urológica (cólico renal) y traumática. A veces, las características anatómicas y los cambios fisiológicos del embarazo hacen que estas urgencias quirúrgicas tomen un giro muy engañoso. La utilización de pruebas de imagen se ha vuelto cada vez más indispensable gracias a los adelantos de la ecografía, la resonancia magnética y la tomografía computarizada de baja irradiación. Si bien es cierto que la laparotomía tiene sus indicaciones en la urgencia, la laparoscopia es a menudo la vía de acceso quirúrgica predilecta, idealmente hasta el final del segundo trimestre, pues muchos equipos han adquirido una gran experiencia con este procedimiento y ya hay datos disponibles respecto a la seguridad materno-fetal.*

© 2011 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Embarazo; Urgencias quirúrgicas; Apendicitis; Colecistitis; Obstrucción intestinal aguda; Cólico renal; Torsión anexial; Necrobiosis de un mioma

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Urgencias digestivas</b>	1
Reseña fisiológica	1
Apendicitis y embarazo	2
Obstrucción intestinal y embarazo	7
Colecistitis aguda	9
Pancreatitis aguda	10
■ <b>Hemorragias internas</b>	11
Hematoma subcapsular hepático o ruptura espontánea del hígado	11
Ruptura espontánea del bazo	11
Ruptura espontánea de un aneurisma de la arteria esplénica	12
Disección aórtica	12
■ <b>Urgencias urológicas</b>	13
Cólicos renales	13
■ <b>Urgencias ginecológicas</b>	14
Torsión anexial	14
Complicaciones de los miomas durante el embarazo	14
■ <b>Traumatismo y embarazo</b>	15
Exploración física	16
Pruebas complementarias	16
Tratamiento	16
■ <b>Conclusión</b>	16

## ■ Introducción

Aunque en general los grandes principios diagnósticos y terapéuticos de las urgencias quirúrgicas no se han modificado, durante el embarazo adquieren algunos rasgos específicos. En este artículo se verán las urgencias quirúrgicas no obstétricas más frecuentes del embarazo, excluido el embarazo extrauterino.

En la mayoría de los casos, la mujer embarazada presenta los signos y síntomas clásicos de la patología quirúrgica. Cuando el diagnóstico quirúrgico es evidente, da origen a una pronta intervención que minimiza los riesgos para la madre y el feto. Sin embargo, hay casos en los que el diagnóstico se retrasa a causa de manifestaciones clínicas insidiosas que pueden confundirse con otras vinculadas al embarazo.

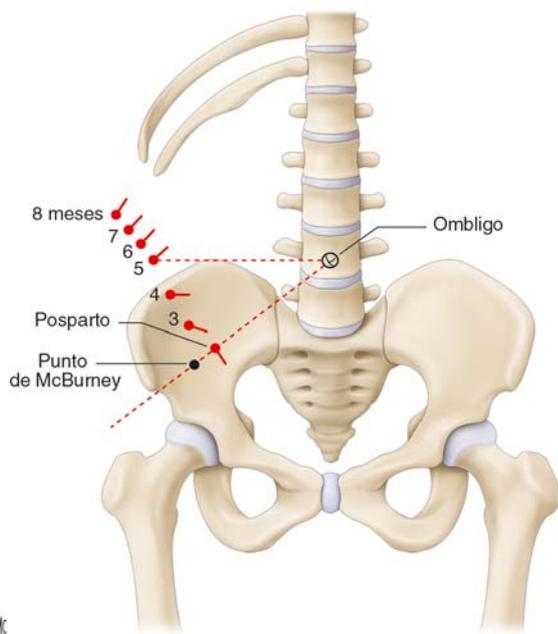
La estrategia diagnóstica, terapéutica y de control postoperatorio requiere una estrecha colaboración entre anestesistas, radiólogos, cirujanos y especialistas en medicina materno-fetal.

## ■ Urgencias digestivas

Su frecuencia es de 2/1.000 embarazos. El pronóstico materno y fetal dependerá de la gravedad de la afección abdominal, mientras que el embarazo no hace más que modificar las manifestaciones clínicas y fisiopatológicas que se presentan <sup>[1]</sup>.

## Reseña fisiológica

La concentración elevada de progesterona en el embarazo da origen a una hipotonía del músculo liso



**Figura 1.** Desplazamiento del apéndice y el ciego durante el embarazo [3].

intestinal. En consecuencia, se prolonga el tiempo de evacuación gástrica y disminuye la continencia del cardias. Luego aumenta el riesgo de reflujo gastroesofágico y, por consiguiente, de esofagitis péptica y broncoaspiración. Se produce estasis vesicular y atonía digestiva con estreñimiento.

Las secreciones biliares y pancreáticas se transforman, con aumento de las concentraciones de colesterol y fosfolípidos.

Las relaciones entre las vísceras abdominales se modifican, sobre todo en el compartimento inframesocólico. El apéndice se desplaza desde la fosa ilíaca derecha al hipocondrio derecho, donde al octavo mes alcanza el reborde costal [2, 3] (Fig. 1). La pared abdominal se distiende, sobre todo al final del embarazo, lo que causa una disminución de los reflejos de defensa o de contractura parietal en las peritonitis [4].

Se observa, sobre todo en el tercer trimestre, un aumento de la tolerancia a las extracciones sanguíneas. La mujer embarazada puede mantener la presión arterial normal a pesar de una reducción del 20-35% de la volemia; este equilibrio se logra por la vasoconstricción de las arterias uterinas [5]; sin embargo, una reducción parcial del oxígeno en la sangre materna produce rápidamente una hipoxia fetal, no sólo por disminución de la presión parcial de oxígeno arterial en la sangre placentaria, sino también por constricción de los vasos uterinos.

#### Cuadro I.

Frecuencia de la apendicitis en el transcurso del embarazo [3, 10-19].

Autores	Número de casos	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Halter 196 [10]	90	59 (65,6%)	25 (27,7%)	6 (6,7%)
Cunningham y McCubbin 1975 [11]	34	10 (30%)	16 (47%)	8 (23%)
Babaknia et al 1977 [12]	375	112 (30,2%)	151 (40%)	112 (30%)
Gomez y Wood 1979 [13]	35	10 (27,5%)	17 (48%)	8 (24,5%)
Masters et al 1984 [17]	29	26 (8%)	17 (58,6%)	10 (31%)
Horowitz et al 1985 [3]	10	0	8 (80%)	1 (10%)
Chambon et al 1986 [14]	16	8 (50%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)
Tamir y Bongard 1990 [16]	84	27 (32%)	37 (44%)	13 (16%)
Al-Mulhim 1996 [15]	52	10 (19%)	31 (60%)	8 (15%)
Hée y Viktrup 1999 [18]	117	28 (24%)	67 (57%)	22 (19%)
Sadot et al 2009 [19]	65	14 (21%)	44 (68%)	7 (11%)

Esto explica la rapidez y la gravedad de la repercusión fetal de un shock materno, cualquiera que sea su origen [5].

## Apendicitis y embarazo

### Frecuencia

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo (25% de los casos) [6, 7]. La incidencia varía entre el 0,05-0,13% de los embarazos [6, 8]. Es tan frecuente durante el embarazo como fuera de éste, por lo que la gestación no es un factor predisponente a la apendicitis. En realidad, las mujeres embarazadas no están forzadamente expuestas a un riesgo más elevado de apendicitis que las no embarazadas. Puesto que se trata de una enfermedad de la población joven, desde luego la apendicitis es más común en las mujeres en edad de procrear. En un estudio de casos y controles se llegó a demostrar una disminución de la incidencia de la apendicitis aguda en la mujer embarazada, quizá debido a un efecto protector del tercer trimestre [9]. Con todo, es un poco más frecuente en el segundo trimestre [10-15] (Cuadro I) [3, 10-19].

### Gravedad

La apendicitis en la mujer embarazada sigue siendo una afección grave debido a la frecuencia de las formas perforadas y las peritonitis. La incidencia de la apendicitis perforada en el embarazo es del 43%, claramente superior a la del 4-19% del resto de la población [16, 20]. Se han señalado varios factores:

- el retraso diagnóstico debido a una sintomatología polimorfa y a que la mujer embarazada tiene múltiples razones para vomitar o presentar dolores en el abdomen. En la primera consulta, con frecuencia demorada, el diagnóstico es dudoso y el embarazo lleva al cirujano a temer una complicación obstétrica tras una laparotomía inútil;
- los cambios anatómicos: desplazamiento del apéndice y el ciego hacia arriba y hacia fuera (Fig. 1) [3];
- la falta de tabiques peritoneales en las infecciones abdominales del embarazo. Hay varias explicaciones posibles: el desplazamiento del epiplón por el útero, las contracciones uterinas que impiden la formación de adherencias peritoneales, el aumento de la vascularización abdominopélvica que favorece la diseminación linfática precoz o, por último, el hipercortisolismo gravídico que se opone a la reacción inflamatoria fisiológica. Los apéndices gangrenosos son 5,5 veces más frecuentes y los apéndices perforados, 3,5 veces más frecuentes durante el embarazo que fuera de éste, sobre todo con motivo de un retraso en el diagnóstico. Así, los fallecimientos siempre se han producido a causa de apendicitis agudas perforadas con peritonitis [7].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3918953>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3918953>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)