

2.3

ABDOMEN AGUDO EN EL EMBARAZO

María Clara Mendoza Arango

Cirujana General - Universidad de Antioquia

Magister en Investigación Clínica

Universidad de Pittsburgh

Docente de la Universidad de Antioquia

Jefe del departamento de Cirugía y Urgencias del HUSVF

La incidencia de abdomen agudo en el embarazo es similar a la de la población general. Tiene especial interés para el médico en urgencias así como para el equipo de cirujano general y ginecólogo obstetra hacer un enfoque adecuado de la embarazada con dolor abdominal, debido a que las complicaciones de diagnóstico o el tratamiento inoportuno llevan a poner en riesgo no solo a la gestante, sino también al producto del embarazo.

Se define abdomen agudo como la presentación de cuadro de evolución corta, puede ser súbito, de dolor de predominio abdominal, asociado a compromiso del estado general. Este cuadro no necesariamente requiere tratamiento quirúrgico; hay diversas patologías que pueden tener presentación similar y no requieren intervención quirúrgica, además, en las embarazadas hay también una cantidad importante de condiciones asociadas a la gestación que pueden confundirse con abdomen agudo quirúrgico, algunas requieren cirugía y otras no.

Las herramientas básicas para el diagnóstico oportuno y acertado en el dolor abdominal son la historia clínica y el examen físico; es el objetivo de este capítulo hacer una revisión práctica de las consideraciones específicas a tener en cuenta en las pacientes embarazadas con dolor abdominal, que permitiría aumentar

la capacidad diagnóstica facilitando un tratamiento adecuado.

Aproximación Diagnóstica

Historia Clínica

Con relación a la presentación del dolor abdominal es muy importante aclarar en el interrogatorio cuándo inició del dolor, cuál es su duración, si es continuo o intermitente, cuál es su intensidad (EVA), si se irradia, si ha cambiado desde su inicio. Con relación a la paciente y su embarazo, es importante definir claramente la edad gestacional, los cuidados que ha tenido en el embarazo pueden ayudar a identificar la posibilidad de que el dolor sea originado en complicaciones del mismo o no tenga ninguna relación.

Hay algunos síntomas asociados como náusea y vómito, constipación, aumento de la frecuencia en el hábito urinario o molestia abdominal o pélvica inespecífica,

que pueden ser muy frecuentes en el embarazo normal; por lo mismo, hay que interrogar a la paciente acerca de la presentación de dichos síntomas en el transcurso del embarazo o si hay aumento de ellos en la actualidad.

Examen Físico

Los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentan en el embarazo normal, pueden con frecuencia hacer que los hallazgos clínicos que son claros en pacientes no embarazadas con dolor abdominal, sean muy difíciles de interpretar y en ocasiones no se presenten. La fiebre no es un signo con alta sensibilidad, muchas gestantes cursan con febrícula. La taquicardia es frecuente en el embarazo debido a la hemodilución que es fisiológica, hay ajustes al manejo de la volemia que hacen que no sea evidente la hiperdinamia, incluso hasta en un cuadro séptico severo.

Los signos de irritación peritoneal están ausentes en embarazos mayores de 24 semanas, debido a que la pared abdominal anterior se levanta y adelgaza, la inflamación intraabdominal deja de estar en contacto con el peritoneo parietal, la contracción muscular que puede responder a inflamación subyacente no se presenta.

El útero grávido puede obstruir el movimiento del omento hacia el área inflamada, evitando un mecanismo que limita la perforación libre y la peritonitis, otro de los cambios fisiológicos que hacen más importante el diagnóstico temprano. Se debe incluir en la evaluación la medición de la altura uterina, determinar si hay fetocardia dentro de rangos normales y la presencia de contracciones. La apendicitis aguda es la primera causa de cirugía no obstétrica en la paciente embarazada;

es importante recordar que con el crecimiento del útero (que pasa de ser una cavidad virtual localizada en la pelvis hasta contener más de 4 litros en su interior y ubicarse intraabdominal), desplaza el apéndice hacia arriba y lateral, con lo que el dolor exquisito en el punto de McBurney no está presente, sino que se desplaza craneal y lateralmente.

Exámenes de Laboratorio

Algunos laboratorios básicos pueden tener utilidad para hacer diagnóstico o descartar complicaciones. Si el embarazo es temprano o no está confirmado, es mandatoria la prueba de embarazo y es preferible el estudio cuantitativo debido a que es más específico. Además, dentro de las causas de abdomen agudo en el primer trimestre están el aborto espontáneo y el embarazo ectópico.

Aunque el embarazo normal presenta elevación de la proteína C reactiva y leucocitosis, encontrar reactantes de fase aguda muy elevados hará sospechar la presencia de otra enfermedad inflamatoria o infecciosa.

También puede tener utilidad para descartar infección urinaria realizar una cistilla de orina o uroanálisis; cabe anotar que la incidencia de infección urinaria es

mayor en embarazadas, por el efecto del útero grávido sobre la vejiga aumentando el residuo urinario; otra patología de importancia en el embarazo es la pielonefritis.

Estudio de Imagen

El estudio de imagen recomendado en las embarazadas con dolor abdominal es el ultrasonido; se prefiere porque además de evaluar la viabilidad del embarazo, descartando complicaciones del mismo, no tiene exposición a radiación ionizante y es altamente disponible. El ultrasonido abdominal también tiene una sensibilidad y especificidad relativamente altas, aunque sea operador dependiente y es útil para hacer diagnóstico de condiciones no asociadas al embarazo; es de primera línea en patología biliar.

Acerca de los riesgos de la radiación ionizante sobre el producto del embarazo, no hay estudios que puedan confirmar causalidad en pérdida del embarazo o malformaciones, pero hay recomendaciones claras: el mayor riesgo de alteración en la organogénesis se presenta entre la semana 5 y la 10. Entre la semana 9 y 15, se puede presentar daños en el coeficiente intelectual y microcefalia. Se reconoce como riesgo de malignidad hematológica cuando se expone al feto en el segundo y tercer trimestre. Se sugiere que, si se requiere exposición a rayos X o tomografía, haya beneficio superior de aclarar el diagnóstico que de la exposición a radiación.

Se acepta una dosis acumulada de radiación ionizante en el embarazo hasta 5 -10 rads. La radiación a la que se expone el feto al realizar tomografía de abdomen o pelvis es aproximadamente 3.5 rads y la exposición de una placa simple de abdomen que puede requerirse en obstrucción intestinal es de 100 mrad; podría considerarse que los estudios más frecuentemente requeridos están dentro de límites seguros de radiación, cuando el embarazo está sobre la semana 18.

La resonancia magnética nuclear se está volviendo el estándar en estudios materno fetales por su seguridad; puede identificar anomalías en la implantación de la

placenta, así como anomalías fetales, pero todavía quedan reservas en el uso de medios de contraste.

Aunque las imágenes son un apoyo muy importante para el diagnóstico del abdomen agudo en el embarazo, tiene que ser claro que prima la clínica y la evolución de la paciente para tomar decisiones oportunas cuando las imágenes no son concluyentes.

Diagnóstico Diferencial

Al enfocar una embarazada con abdomen agudo deben descartarse la etiología del dolor con un orden lógico:

1. Causas asociadas al embarazo
2. De origen ginecológico
 - a. Masa anexial
 - b. Torsión anexial
3. No ginecológico
 - a. Gastrointestinal
 - b. Genitourinario
 - c. Vascular

Apendicitis Aguda

Es la más frecuente emergencia quirúrgica no obstétrica en el embarazo y se presenta en 1:500 - 1:2000 embarazos. El embarazo no aumenta la incidencia de apendicitis en la población general, pero sí se presenta mayor severidad en la apendicitis de embarazadas, probablemente por reticencia al manejo quirúrgico durante el embarazo y el diagnóstico retrasado. El 25% de las embarazadas con apendicitis se operan con perforación apendicular; se sabe que retrasar la cirugía más de 24 horas aumenta la tasa de 0% a 66%. El 40% de los casos de apendicitis se presenta en el segundo trimestre.

El síntoma más consistente es el dolor en el cuadrante inferior derecho, la náusea es muy frecuente, el vómito está presente en dos tercios y la anorexia solo está presente en un tercio de las pacientes.

Los signos clásicos de apendicitis tienen una frecuencia inferior en el embarazo y menor con el embarazo avanzado. Rebote solo en 55 - 75%, contractura de recto

abdominal mayor en el primer trimestre 50 – 65%, signo de Rovsing con igual presentación que en no embarazados. La utilidad del ultrasonido para diagnosticar apendicitis en el primer trimestre es mayor y hasta un 40% de las pacientes en el tercer trimestre tiene apéndice dentro de límites normales en la ecografía.

Se ha demostrado leucocitosis, pero no en todos los casos y puede haber neutrofilia sobre el 80%. Los hallazgos del uroanálisis no pueden descartar apendicitis, en el 10 – 20% se documenta piuria.

El tratamiento recomendado es apendicectomía que puede ser laparoscópica o por laparotomía. Si el apéndice cecal se ve sano y no hay otra explicación para el dolor, este debe ser resecado.

La mortalidad fetal se asociada a la presencia de perforación, 20 – 35% contra 1,5% en apéndice no perforado; la mortalidad materna debe ser menor de 1%.

Colecistitis Aguda

Se presenta en 1:600 – 1:10000 embarazos. Es la segunda causa de abdomen agudo en el embarazo. El 90% de los casos se asocian a colelitiasis. Del 3,5 al 10% de las embarazadas tienen diagnóstico incidental de colelitiasis en ecografía obstétrica.

Por lo general tienen antecedente de dispepsia o intolerancia a las comidas grasas. El dolor se presenta en el cuadrante superior derecho o en el

epigastrio y se puede irradiar a la espalda. El 50% cursa con náusea y vómito, puede haber fiebre, el signo más frecuente es la sensibilidad en cuadrante superior derecho y el dolor de rebote es raro. Puede confundirse con apendicitis en el tercer trimestre.

La embarazada puede cursar con ligera elevación de las fosfatasas alcalinas, así como leucocitosis; las amilasas pueden elevarse 1 vez sobre lo normal, si es más elevada debería descartarse pancreatitis. Deben solicitarse electrolitos si el vómito es persistente. El ultrasonido es diagnóstico en el 95% de los casos con colecistitis aguda, si se evidencia dilatación de la vía biliar debe descartarse coledocolitiasis.

El tratamiento debe incluir medidas de soporte, hidratación y sonda nasogástrica si el vómito es persistente. La recurrencia de la entidad en el embarazo es mayor en el embarazo en el primer trimestre, 92%, hasta el 44% en el tercer trimestre, por lo que se recomienda el manejo quirúrgico. La pérdida fetal en pancreatitis biliar es de 10 – 60%. Todavía existe controversia en la decisión de manejo quirúrgico, cada vez es más frecuente la colecistectomía por laparoscopia de acuerdo a la habilidad del cirujano y luego de demostrar seguridad para el feto.

Con relación a la coledocolitiasis es importante considerar que, de acuerdo al equipo y habilidad del operador, la exposición a radiación ionizante es de 2 – 12 rads. Podría preferirse la exploración de la vía biliar por laparoscopia, pero no es un procedimiento que se realice frecuentemente en nuestro medio.

Pancreatitis Aguda

Se presenta en 1:1000 – 1:3000 embarazos, generalmente en el tercer trimestre.

Se asocia a colelitiasis en 67 – 100% de los casos, rara vez a otras condiciones como infección o trauma abdominal. Se presenta generalmente con dolor súbito en epigastrio irradiado a la espalda, asociado a náusea y vómito. Puede presentar fiebre.

Al examen físico llama la atención que la paciente asume posición fetal debido al dolor, generalmente cursa con íleo paralítico. Puede presentar ictericia, pero no es necesario. El signo más confiable es la sensibilidad a la palpación del epigastrio. No se encuentran signos peritoneales en la mayoría de los casos.

El tratamiento es reposo intestinal, se deben tener en cuenta las mismas consideraciones para definir colecistectomía temprana o diferida de acuerdo con el riesgo de recidiva si la pancreatitis es de origen biliar.

Obstrucción Intestinal

Se presenta en 1:1150 – 1:16000 embarazos. La obstrucción intestinal es secundaria, por adherencias, en 60 – 70%, por vólvulos 25%; se incrementa el riesgo de vólvulo cecal por el cambio rápido del tamaño uterino entre las semanas 16 – 20 y 32 – 36. El vólvulo del intestino delgado es más frecuente en el tercer trimestre cuando se encaja el feto y periparto por los cambios rápidos de distribución de los órganos intraabdominales en la cavidad peritoneal.

Otras causas menos frecuentes 5% son intususcepción, hernia encarcerada, cáncer y enfermedad diverticular.

El dolor en la obstrucción intestinal es intermitente tipo cólico, puede confundirse con trabajo de parto y como es más frecuente entre las semanas 32 y 36 debe descartarse actividad uterina, por lo que está indicado el monitoreo fetal. Los otros síntomas cardinales son el vómito y el paro de fecales o de flatos.

En el embarazo los hallazgos clínicos de obstrucción intestinal son difíciles de evaluar; en la mayoría de los casos no hay gran distensión, no hay sensibilidad abdominal y el peristaltismo aumentado puede ser difícil de interpretar cuando está presente. Taquicardia, fiebre y dolor de rebote se presentan cuando la enfermedad está avanzada.

En los laboratorios puede haber leucocitosis, alteración hidroelectrolítica

y aumento de la amilasa. El mejor estudio para diagnóstico es el de la placa de rayos X simple de abdomen, tiene baja dosis de radiación y puede hacerse en forma secuencial para confirmar diagnóstico o hacer seguimiento si el manejo es conservador.

La mortalidad materna puede ser del 6%, la mortalidad fetal hasta del 16% y la probabilidad de requerir resección intestinal es del 23%.

Bibliografía

1. Augustin, G. (2014). Acute abdomen during pregnancy. *Acute Abdomen During Pregnancy*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-05422-3>
2. Kilpatrick, C. C., & Monga, M. (2007). Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2007.06.002>
3. Kilpatrick, C. C., & Orejuela, F. J. (2008). Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 20(6), 534–9. <https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328317c735>
4. Masselli, G., Derme, M., Laghi, F., Framarino-dei-Malatesta, M., & Gualdi, G. (2015). Evaluating the Acute Abdomen in the Pregnant Patient. *Radiologic Clinics of North America*, 53(6), 1309–1325. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2015.06.013>