C I R U G I A

APENDICITIS AGUDA Y EMBARAZO (Revisión Bibliográfica)

Gloriana Soto Bigot*
Marco A. Soto Bigot**

S UMMARY

Acute Appendicitis is the most common surgical complication. The diagnosis is difficult, relate to physiologic changes own pregnancy, abdominal pain is the principal symptom. Requires an urgent surgical treatment. An early diagnosis and treatment allows a reduction in the maternal–fetal mortality and morbility. The basic objective of this article was to determine the clinic profile of this association.

D EFINICIÓN

Apendicitis aguda es la secuencia de inflamación, perforación, formación de absceso y peritonitis, causada con mayor frecuencia por obstrucción del lumen apendicular. (6)

I NCIDENCIA

El la población occidental afecta aproximadamente el 10%, con una proporción hombre: mujer, 2:1 (4), edad promedio 10 a 20 años (4, 5) Constituye la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico durante el embarazo (1, 2, 3, 4, 7, 10, 14). Se reporta a nivel mundial con una frecuencia de 0.1 a 1.4 por 1000 embarazos (3, 8) Estudios latinoamericanos basados en revisión de casos en el diagnóstico de Apendicitis Aguda en el embarazo reportan resultados similares, como es el caso de un estudio chileno publicado en el 2006 por Butte et al que reporte una incidencia de 1 en 1183 (2), mientras que Balestena en Cuba, reporta 1 en 1546 (1), y Gutiérrez en Colombia refiere 1 en 1165 (7). No obstante la condición de embarazo no aumenta el riesgo de Apendicitis aguda, por lo tanto se espera una incidencia igual a la de mujeres no gestantes (2, 4)

Se presenta con mayor frecuencia en el segundo trimestre (1, 2, 3, 4, 8, 9, 10). La edad materna promedio en el momento del diagnóstico aproximadamente 25 años +/- 4 (1, 8, 10). En relación a la paridad se observa con más frecuencia en nulíparas (1)

D IAGNÓSTICO

El diagnóstico de apendicitis aguda es inminentemente clínico

* Medico General. Área de Salud Santo Domingo de Heredia
** Medico General. Área de Salud Coto Brus

en la población general, los exámenes de laboratorio y gabinete tienen una importancia secundaria. En la mujer no gestante el dolor abdominal tiene una lista amplia de diagnósticos diferenciales, la que es aún mayor durante el embarazo. En el momento de la evaluación clínica se deben considerar los cambios fisiológicos propios de embarazo, tales como nauseas, vómito, hiporexia, leucocitosis, así como el aumento del tamaño uterino proporcional al desplazamiento de vísceras intrabdominales.

1. Manifestaciones clínicas:

La literatura consultada coincide que el dolor abdominal constituye el síntoma principal en la apendicitis, descrito inicialmente en epigastrio o región periumbilical, irradiado a fosa iliaca derecha o flanco derecho (1, 2, 3, 7, 9, 10). Sin embargo el componente somático del dolor durante la gestación esta disminuido por la separación del peritoneo visceral y parietal, producto del aumento paulatino del útero que limita la localización del dolor (4). Con respecto al punto doloroso durante la exploración física la localización del apéndice cecal, varía según la edad gestacional, así después del primer trimestre este tendrá desplazamiento craneal sobre el punto de Mc Burney (un punto a un tercio de la distancia entre espina iliaca antero superior y el ombligo) (12), la migración continuará hasta el octavo mes donde el apéndice en el 80% de los casos se desplaza hasta el área subcostal derecha y en el 90% se localizará sobre la cresta iliaca (3) Figura 1

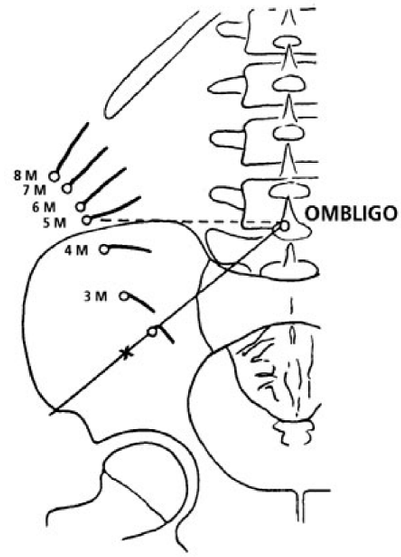


Figura 1. Ubicación del apéndice vermiforme según la edad gestacional (2)

Según Moncaya et al (9) en su publicación refiere que los signos clínicos que con mayor frecuencia se presentaron fueron el dolor a la presión abdominal en el 100% de los casos, signo de Mc Burney en 75%, Psoas en 33.3%, Obturador en 25% y Rovsing en 8.3 %. No debe obviarse la exploración pélvica para determinar el grado de dolor con el movimiento del cervix, la presencia de dolor anexial o masas, (4, 12) exudado cervical o hemorragia vaginal. La sensibilidad a la palpación se encuentra en el 80% de las embarazadas, especialmente el embarazos tempranos (3) Las nauseas, vomito y dolor abdominal difuso están presentes durante el embarazo, principalmente en las primeras semanas, por lo tanto no pueden ser datos orientadores hacia el diagnóstico de apendicitis (3, 7, 8, 9). La fiebre no es un dato característico de este padecimiento.

2. Estudios de Laboratorio y Gabinete:

- HCG Sub β (Gonadotropina Coriónica Humana Subunidad Beta) se recomienda en toda mujer en edad fértil con dolor abdominal agudo, como parte del diagnóstico diferencial. (4, 6) Butte et al (2) reporta 12.5 % de los embarazos se diagnosticó en la evolución del cuadro clínico que motivó la consulta.
- Hemograma: Especial atención en el embarazo, donde es característico la leucocitosis que varia de 6000 a 16000 μL (3) lo que puede ser de valor diagnóstico es el incremento de polimorfonucleares (6, 9, 10). Además Vargas et al, en su publicación refiere que el recuento leucocitario tiene baja sensibilidad del 78% y especificidad del 51%, con un valor predictivo muy bajo 25%. (13)
- Examen General de Orina: Se reporta piuría en el 20% de las gestantes con apendicitis aguda, por la cercanía del apéndice al uretéro retroperitoneal en la segunda mitad

del embarazo (3). Además puede encontrarse hematuria microscópica y proteinuria.

- Ultrasonido: Puede utilizarse para diagnóstico de apendicitis así como confirmar el estado de embarazo y valorar el bienestar fetal. Tiene una sensibilidad del 75 al 90 % y especificidad del 86 al 100 %, ya que es un estudio operador dependiente. (5,7)
- Tomografía Computarizada: En casos seleccionados la sensibilidad es del 100 % (9,11), por su costo es indicado en casos complicados o atípicos. (4,7)

3. Diagnósticos Diferenciales:

En la mujer gestante el espectro de diagnósticos diferenciales, se amplia por las complicaciones propias de la gestación y la modificación del cuadro clínico por cambios anatómicos y fisiológicos que el embarazo conlleva. El diagnóstico diferencial más frecuente es la pielonefritis, con menor frecuencia puede presentarse ruptura del cuerpo luteo, torsión anexial, embarazo ectópico, desprendimiento de placenta, labor de parto pretérmino, salpingitis, adenitis mesentérica, neoplasias, diverticulitis o parasitosis intestinal.

TRATAMIENTO

Ante un cuadro de dolor abdominal agudo en el embarazo, el cirujano y el obstetra se enfrentan a la difícil decisión de realizar una cirugía que potencialmente pueda aumentar la morbilidad materna o iniciar un manejo conservador con el riesgo de retrasar el diagnóstico definitivo y aumentar la mortalidad materno fetal. El tratamiento de la apendicitis aguda debe ser quirúrgico e inmediato sin importar la edad gestacional (14). La cirugía convencional tiene como principal variante el sitio de la incisión, que debe ser el punto de mayor dolor en la exploración física (3, 7, 14). El procedimiento laparoscópico aun es un tema de discusión, quienes lo apoyan refieren como ventajas menor dolor postoperatorio, menor incidencia de íleo paralítico, no tiene campo visual limitado por una incisión, permite una exploración más extensa del abdomen para identificar el sitio del apéndice y del liquido peritoneal, que no ha sido contiendo adecuadamente por el epiplón (14), así como menor posibilidad de hernia insicional, menor manipulación transoperatoria del útero, inicio temprano de la vía y menor estancia intrahospitalaria (7). La Sociedad Americana de Cirujanos Endoscopicos Gastrointestinales (SAGES) publico lineamientos básicos de seguridad, con el objetivo de disminuir la morbi y mortalidad materno fetal, de este procedimiento, recomienda el uso de dispositivos de descompresión neumática, ya que el neumoperitoneo favorece la estasis venosa en miembros inferiores y el embarazo como tal induce un estado de hipercoagulabilidad, monitoreo transoperatorio del estado fetal, uterino, dióxido de carbono al final de la espiración, la presión de neumoperitoneo debe ser minimizada y no exceder los 15 mmHg, y la consulta preoperatorio obstétrica. En contraparte quienes no apoyan el uso rutinario de esta técnica, refieren riesgo de lesión uterina, hipercapnia fetal y repercusiones negativas del aumento de presión intrabdonal sobre el flujo sanguíneo intraplacentario. Medicamentos tocolíticos no se recomiendan en forma profiláctica, y se utilicen en caso de demostrar actividad uterina (7), hay reportes de su asociación con el incremento en el riesgo de edema pulmonar en mujeres con sepsis (3). Antibióticos de forma profiláctica es controversial, sin embargo son apropiados en caso de perforación, peritonitis, y formación de abscesos (3,7). Recomienda el uso de ampicilina, cefalosporinas, clindamicina, metronidazol asociado a gentamicina. La FDA (Food and Drogs Administration) en relación al riesgo beneficio de los medicamentos utilizados durante el embarazo, los anteriores pertenecen a la categoría B, excepto la gentamicina que es categoría C .(7)

PRONÓSTICO

La mortalidad materna es inusual, se han descrito síndrome de difi-

cultad respiratoria del adulto (SDRA), y desprendimiento de placenta (7). La mortalidad fetal oscila entre 3 al 5%, en apendicitis no perforada hasta el 36 % en apendicitis perforada (3, 7, 14), esto por ruptura apendicular mas frecuente en el tercer trimestre de gestación y retaso en el abordaje quirúrgico.

RESUMEN

La Apendicitis Aguda es la complicación quirúrgica más frecuente durante la gestación. Platea dificultades para el diagnóstico debido a los cambios fisiológicos propio del embarazo, siendo el dolor abdominal el principal síntoma. Requiere un tratamiento quirúrgico de urgencia. El retraso en el diagnóstico esta relacionado directamente con mayor morbi-mortalidad materno-fetal. El objetivo de esta revisión fue determinar el perfil clínico de esta asociación, para establecer bases para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balestena, Jorge. Apendicitis Aguda durante la gestación. Revista cubana de obstetricia y ginecología. Volumen 28. Número 1. Cuba. 2002
2. Butte et al. Apendicetomía en la embarazada. Experiencia en hospital público chileno. Artículo de investigación. Revista Médica de Chile. Volumen 134. Número 2. Chile. 2006
3. De Cherney et al. Current Obstetric and Gynecologic diagnosis and treatment. Novena Edición. Editorial Lange Medical Books Mc Graw Hill. USA. 2003
4. Doherty et al. Washington Manual de Cirugía. Segunda Edición. Editorial Marban. España. 2001
5. Fajardo et al. Apendicitis Aguda en Adultos. Guía para manejo de urgencias. Capítulo IV. Fundación Santa Fe de Bogota. Colombia. 2000
6. Greenfield et al. Essentials of Surgery Scientific Principles & Practice. Lippincott Willians & Wilkins. USA. 1997
7. Gutiérrez, Jaime. Apendicitis en el Embarazo. Hospital San Juan de Dios. Estudio retrospectivo. Colombia. 2002
8. Martínez et al. Apendicetomía en el Embarazo, manejo anestésico y experiencia en Centro Médico ABC. Anales Médicos. Volumen 50. Número 1. México. 2005.
9. Moncayo et al. Apendicitis aguda y embarazo: Experiencia en Hospital Español de México. Revista Ginecología y obstetricia. México. 1998
10. Morales et al. Apendicitis aguda durante el embarazo. Estudio descriptivo y retrospectivo. Revista Cuba de Obstetricia y ginecología. Volumen 28. Numero 1. Cuba. 2002
11. Neumayer et al. Imagen in Appendicitis: A review with special emphasis on the treatment of women. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Vol 102. Número 6. USA. 2003
12. Sabiston et al. Tratado de Patología Quirúrgica. Edición XV. Editorial Mc Grow Hill Interamericana. España. 1998.
13. Vargas et al. Sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la cuenta leucocitaria en apendicitis. Cirugía General. México. 1994
14. Weber et al. Análisis del papel creciente de la laparoscopía en el manejo de abdomen agudo durante el embarazo. Revista Ginecología y obstetricia de México. Volumen 69. Numero 11. México. 2001