

## APENDICITIS Y EMBARAZO

CECILIO ARANDA MELÉNDEZ\*

ENRIQUE GAMBOA CASTRO\*\*

ERNESTO RUIZ CHAVARRÍA\*\*

La apendicitis es una de las complicaciones más serias durante el embarazo, pues pone en peligro la vida de la madre y la del feto. Esta complicación no es muy frecuente, pero debe pensarse en ella, debido a las funestas consecuencias que puede tener el hecho de no intervenir quirúrgicamente a una paciente afectada con una apendicitis aguda. El diagnóstico es a veces difícil, enmascarado por la presencia de un útero gestante, la distensión abdominal y por los procesos infecciosos urinarios tan frecuentes durante el embarazo. Por estas consideraciones, presentamos esta revisión de la literatura médica, además de tres casos manejados por nosotros en el Servicio de Obstetricia del Hospital Central del Seguro Social.

### INCIDENCIA

La incidencia de la apendicitis durante el embarazo, varía según los diferentes autores consultados. Mussey y Crane, de la Clínica Mayo (citados por Richard L. Meiling) reportan una incidencia del 2%. Schmid hizo una revisión de la literatura médica alemana y encontró un caso de apendicitis por cada 100 embarazos. Cosgrove reportó, en 1937, una incidencia de 1 caso para cada 1380 partos en el Margaret Hague Hospital. Baer reportó una incidencia de 0.17% en 16543 embarazos. Meiling reportó 21 casos de apendicitis en 49.681 partos (0.42%). Todos estos autores están de acuerdo en que alrededor del 80% de los casos de apendicitis y embarazo se presentan durante los 6 primeros meses de gestación. Por lo tanto es casi una rareza la presencia de apendicitis en el tercer trimestre del embarazo, durante el parto o en el puerperio inmediato. Norton y Connell (citados por Meiling) reportan un caso de apendicitis durante el trabajo de parto, en 20.000 partos en el Margaret Hague Hospital. Estos mismos autores recogen 1100 casos de apendicitis y embarazo, con sólo 9 casos en el parto y en el puerperio. De Lee, ha dicho que en 30 años de práctica obstétrica ha visto 4 casos de apendicitis complicando un embarazo avanzado.

---

\* Jefe del Servicio de Obstetricia. Hospital México. Profesor Cátedra de Obstetricia.

\*\* Médicos Residentes Gineco-Obstetricia. Hospital México.

---

### DIAGNOSTICO

Como se dijo anteriormente, el embarazo enmascara y a veces cambia los síntomas y signos de la apendicitis, así como los hallazgos de laboratorio. Los síntomas de apendicitis son los mismos en la mujer embarazada que en la no embarazada. Náuseas, vómitos y constipación, son síntomas frecuentes. El problema es que es difícil diferenciarlos de los que frecuentemente acompañan la gestación. Durante el embarazo el dolor es más alto y más lateralizado cuanto más avanzado sea el embarazo.

Ya desde 1905 Freth, llamó la atención sobre el desplazamiento anatómico del ciego y del apéndice durante el embarazo. Estudios radiológicos posteriores lo han confirmado. A los tres meses de embarazo empieza dicho desplazamiento hacia arriba y afuera, de tal suerte que a los 6 meses, tanto el apéndice como el ciego, no son órganos pélvicos, sino abdominales. La vuelta a la posición normal ocurre entre el 10º y 12º día del post parto. Este desplazamiento es el responsable de la dificultad para analizar los signos de rigidez muscular, dolor de rebote, espasmo del psoas, dolor exquisito en el punto de Mc. Burney y dolor en la F.I.D., al acercar el dedo en el examen rectal. En cuanto a los exámenes de laboratorio, es bueno tomar en cuenta lo siguiente para no caer en error. Durante el embarazo, las cifras normales de glóbulos blancos oscilan entre 8.700 y 12.500. Sin embargo, autores como Baer (citado por Meiling) citan cifras hasta de 18.000 durante el parto. La eritrosedimentación se encuentra entre 23 a 32 mm/hora.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Durante el primer trimestre de embarazo, tenemos que diferenciar la apendicitis del embarazo tubario derecho, salpingitis, aborto temprano, tumores del ovario derecho, degeneración roja de un mioma uterino, torsión de los anexos. Durante el segundo trimestre todas las afecciones del aparato urinario: nefritis, hidronefrosis, hidrouréter, pielocistitis, nefro y ureterolitiasis, linfadenitis mesentérica, trombosis mesentérica, obstrucción intestinal, íleo, úlcera duodenal y gástrica, divertículo de Meckel, colecistitis y colelitiasis. Durante el tercer trimestre: trabajo de parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, así como los cuadros anotados en el segundo trimestre. En el puerperio es difícil diferenciarlo de los entuertos, parametritis, subinvolución uterina, hematometra, piometra, pielonefritis, oclusión intestinal.

### PRONOSTICO

La mortalidad fetal ha sido reportada por Meiling como del 34.6%. Según Hoffman y Suzuki, la mortalidad fetal durante la fase aguda fue del 13.3%. Haciendo un promedio de las estadísticas, encontramos que cuando la enfermedad estaba localizada en la apéndice, la mortalidad fetal fue de 3.5%. Cuando la infección se extendía, la mortalidad aumentaba al 29.4%. Mc. Donald (citado por Meiling) reporta una incidencia de abortos en aquellos casos complicados de apendicitis como sigue: si la enfermedad está limitada al apéndice, la incidencia es del 11.4%; si se ha formado un absceso, la incidencia es de 66% y si se ha generalizado una peritonitis la incidencia es de un 72%. La mortalidad materna depende de la duración de la infección y del período de la gestación. Mussey reportó 2 muertes en una serie de 122 casos, una a los 6 meses y otra a los 7. Baer no reportó muertes en 28 casos y Meiling 2 muertes en 26 casos, ambas en el 9º mes. Mc. Donald da cifras de 0.71% si la enfermedad está limitada al apéndice, 23.5% cuando hay absceso y 30% cuando hay

peritonitis. La mortalidad materna es mayor en las pacientes que abortan. Greenhill estimó que la mortalidad materna es alrededor del 25% durante el último trimestre del embarazo, trabajo de parto y puerperio y que si se rompe el apéndice la mortalidad sube hasta casi un 50%

## TRATAMIENTO

Según la mayoría de los autores, no operar una paciente con apendicitis es de pésimo pronóstico, tanto para la paciente como para el embarazo. Una vez que el diagnóstico se establece, hay que efectuar la apendicectomía como si la paciente no estuviera embarazada. Si el diagnóstico no fuera preciso, o el cuadro fuera leve, se puede dar un compás de espera, vigilando muy de cerca a la paciente, con controles de laboratorio y exámenes clínicos repetidos. Si el cuadro se empeora, se deberá intervenir aún sin un diagnóstico muy definido, pues es preferible extraer un apéndice sano que dejar un apéndice enfermo, con el consiguiente riesgo de ruptura y diseminación peritoneal.

### *Resumen de los expedientes de los 3 casos atendidos en el Servicio de Maternidad:*

Nº 1: —

M. V. H., femenina, 29 años, casada, residente en Tarrazú y de oficios domésticos.

#### *Antecedentes hereditarios y familiares:*

Una hermana falleció de leucemia.

#### *Antecedentes personales no patológicos:*

Tabaquismo y alcoholismo negativos. Alimentación regular en calidad y en cantidad; habitación en regulares condiciones de higiene.

#### *Antecedentes personales patológicos:*

Sarampión y tosferina en su infancia; anemia desde niña; parasitosis intestinal; traumáticos y quirúrgicos negativos.

#### *Antecedentes gineco-obstétricos:*

Menarca a los 14 años por 7 días, regular en cantidad, sin shock psíquico; segunda menstruación dos meses después; ritmo menstrual de 30 x 2 a 4 días; dismenorrea leve de soltera. No flujo ni dispareunía. Gesta III, para II, abortos 0. Vida sexual activa a los 26 años. F.U.R. 5-VII-68.

Primer parto: Obito fetal de 42 semanas, ignora causa.

Segundo parto: De término, cefálico, eutócico. Peso de 7.8 libras. Se sabe portadora de incompatibilidad A.B.O.

#### *Padecimiento actual:*

Relata la paciente que el día 17-3-69 inicia a las 12 horas dolor intenso en F.I.D. y en flanco derecho, no refiriendo dolor como de parto, generalizándose posteriormente a todo el abdomen; refiere además retención urinaria, obteniendo por cateterismo vesical 200 cc. de orina. Movimientos fetales negativos desde la 1 pm. Niega expulsión de líquido y sangrado vaginal.

*Exploración física:*

T.A. 100/80. Temp. 37°C. Pulso 100/minuto. Cabeza: boca, ojos, nariz: normales. Cuello s.d.p. Tórax simétrico, pulmones limpios. Corazón: frecuencia rítmica, 100/minuto, no soplos. Abdomen globoso, aumentado en su consistencia, irritable y doloroso a la palpación. Corazón fetal positivo 168/minuto. Tacto vaginal: cuello borrado 50%, 3-4 cm. de dilatación, presentación cefálica e insinuada, membranas íntegras.

*Evolución intrahospitalaria:*

17-3-69, 9 p.m.: se le efectuó aniorrexis, obteniéndose líquido amniótico claro. 17-3-69, a las 10.35 p.m.: Parto espontáneo, producto masculino vivo, que lloró al nacer. 18-3-69: primer día post parto. Útero bien contraído, fondo uterino a 3 cms. abajo de cicatriz umbilical. Loquios normales. 19-3-69: paciente ha estado vomitando en forma profusa. 19-3-69, a las 16.30 p.m.: paciente continúa vomitando; el abdomen es doloroso y distendido, afebril; no hay ruidos abdominales auscultables, se le inició succión gástrica. 19-3-69, a las 21 hrs.: succión funcionando bien. Paciente tranquila, no vomita. 20-3-69: Afebril, pulso 120/minuto; abdomen distendido y doloroso. 21-3-69: abdomen moderadamente distendido; se escuchan ruidos metálicos tipo obstructivo. 21-3-69: se consideró la posibilidad de que se trataba de un vólvulo, aunque faltan algunos datos; la radiografía muestra niveles líquidos; el abdomen, aunque distendido, es blando y poco doloroso; se le colocó sonda de Miller Abbott y se controlará radiográficamente. 21-3-69, a las 8 p.m.: paciente continúa distendida; no hay resistencia muscular, hay ruidos metálicos en abdomen, como de oclusión. 21-3-69 a las 20 horas: se traslada del Servicio de Maternidad a Cirugía, para ser intervenida.

*Exámenes de laboratorio:*

- 17-3-69: Hb. 13.9 - Hto. 43 - T.S.2'20". T.C. 4' 30". T.P. 16.5. Grupo O,Rh.+ Fórmula blanca: 12.700 leucos, 1 eos., 8 Bl., 79 seg., 9 linf., 3 mon. Orina: Albúmina trazas, leucos 1, G.R. 7, células epit. escasas.
- 19-3-69: Na. 128. Cloruros 360. K . 4.5 - Co.<sub>2</sub> 50.
- 20-3-69: Hb. 12.6 - Hto. 40 - F. Blanca 12.100 leucos, 12 - eos., 7 Bl., 70 seg., 20 linf., 1 mon.
- 21-3-69: Hb. 13.5 - Hto. 40. VES. 100. Amilasa 180. Na. 130 - K.3.5. Cloruros 380. F. blanca 10.400 leucos, 1 eos., 3 Bl., 71 seg., 20 linf., 4 mon.
- 21-3-69: *Nota operatoria:* Diagnóstico pre-operatorio: abdomen agudo, probable vólvulo. Diagnóstico post-operatorio: apendicitis aguda. Operación: apendicectomía. Liberación de asas intestinales.

*Lesiones encontradas:* al abrir cavidad abdominal se encontró un útero aumentado de tamaño; a nivel de F.I.D., existía un plastrón en que se encontraba adherida apéndice y numerosas asas intestinales, así como la trompa derecha.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y a los 10 días fue dada de alta.

Nº 2: —

A.E.S., 20 años, casada. Domicilio: Escazú, San José. Oficios domésticos. Fecha de ingreso: 2-1-69. Fecha de salida: 10-1-69.

*Antecedentes hereditarios:*

Madre falleció de asma bronquial, resto negativos.

*Antecedentes personales:*

Vive en casa que no reúne condiciones higiénicas. Tabaquismo y alcoholismo negativos, alimentación regular en calidad y cantidad.

*Antecedentes patológicos:*

Propias de la infancia.

*Antecedentes gineco-obstétricos:*

Menarca a los 15 años, ritmo irregular, cada 15-20-22 días, duración 3 días, con dismenorrea. Primeras relaciones sexuales a los 17 años, libido y orgasmo normales. F.U.R. 21-8-68. Leucorrea blanca desde hace 2 meses.

*Padecimiento actual:*

Inicia su sintomatología en las primeras horas de la mañana con dolor lumbar derecho, intenso, pungitivo, constante, con irradiación a fosa ilíaca derecha, no se modifica con los cambios de posición, aumenta con los esfuerzos. Desde hace un mes presenta disuria, polaquiuria. El dolor se acompaña de vómitos, muco-biliosos, que no lo modifican; desde ayer no defeca.

*Exploración física:*

T.A. 100/40, pulso 80/minuto, afebril. Lúcida, bien orientada en tiempo y espacio, pálida, facies dolorosa, regular estado general, quejumbrosa. Cabeza: en boca presenta prótesis dentaria superior. Cuello normal. Tórax normal. Abdomen doloroso a la palpación superficial, especialmente en fosa ilíaca derecha, rebote positivo (++) , Giordano positivo (+). Exploración genital: B.U.S. normales, cérvix cerrado, formado, suave, fondos de saco dolorosos a la palpación, útero aumentado de tamaño, de acuerdo al tiempo de amenorrea. Tacto rectal: esfínter con buen tono, dolor a la palpación en lado derecho. Dx: Embarazo de 19 semanas. Pielonefritis aguda vs. apendicitis.

*Notas de evolución:*

2-1-69: Examen de orina cateterizada muestra ++ de proteínas, muchos leucocitos por campo y muchos eritrocitos. Leucograma 16.400, con desviación a la izquierda, 6 bandas, 89 segmentados. El cuadro es muy sugestivo, tanto clínicamente como de laboratorio, de apendicitis, a pesar de orina francamente contaminada. 2-1-69: Es vista por el residente de cirugía; se pide sala de operaciones. 3-1-69: Primer día post operatorio, afebril, abdomen moderadamente distendido, micción espontánea. 3-1-69: Tercer día post operatorio, afebril, abdomen distendido, no hay ruidos peristálticos, se ordena colocar sonda naso gástrica. 6-1-69: Cuarto día post operatorio. Abdomen distendido, expulsión gases. 7-1-69: Afebril, buena evolución. 10-1-69: Afebril, abdomen blando, depresible. Salida.

*Exámenes:*

2-1-69: Hb. 12.60. Hto. 39. T.S.1'30". T.C. 6'. Grupo 0, Rh. positivo. F. blanca 16.400, Bd. 6, Seg. 89. Orina=proteínas ++, leucocitos muchos, eritrocitos muchos.

5-1-69: Hb. 11.4. Hto. 35. F. blanca 8.400, Bd. 3, Seg. 73.

8-1-69: Orina: Muchos leucocitos.

9-1-69: Orina: 8 leucocitos por campo.

*Tratamiento:*

A base de sueros glucosados, gantrisin, baralgina, cloruro de potasio.

*Informe de patología:*

Origen de la pieza: apéndice. Examen histológico: hay pequeñas zonas de ulceración de la mucosa, con infiltrado inflamatorio de la submucosa. En la luz hay abundantes trofozoitos de ameba. Diagnóstico: apendicitis aguda.

Nº 3: —

G.O.D., 17 años, casada, oficios domésticos. Reside en San José. Ingresó el 13 de enero de 1969.

*Antecedentes familiares:*

Padre y 2 hermanos hipertensos.

*Antecedentes personales:*

Paciente en medianas condiciones socio-económicas. Dieta regular en cantidad más calidad. Tabaquismo positivo. Alcoholicismo negativo. Enfermedades propias de la infancia. Amigdalitis hace 1 año. Niega otras enfermedades de importancia. Quirúrgicos negativos.

*Antecedentes gineco-obstétricos:*

Menarca a los 13 años sin traumatismo psíquico. Segunda regla al mes. Ritmo menstrual de 25-30 x 4-5. Primeras relaciones sexuales hace 5 meses. Líbido y orgasmo presentes. G. 1, P.O.A. O. F.U.R. 9 agosto 1968. F.P.P. 16 mayo 1969. Embarazo de 24 semanas. No ha tenido control prenatal.

*Enfermedad actual:*

Tres días antes de su ingreso inicia, en forma súbita, dolor en F.I.D., tipo "estaca", al principio moderado, intermitente, acompañado de cefalea, náuseas y estreñimiento. Al día siguiente, el dolor se hizo más intenso y presenta sensación febril. Fue vista en Hospital San Juan de Dios. Tenía entonces 38°C. Recibió tratamiento que al parecer no mejoró síntomas. El cuadro continuó igual y un día antes de ingresar el dolor se intensificó acompañado de "adormecimiento" del mismo inferior derecho, náuseas sin vómitos, cefalea, dolor de garganta. Micción normal. Siente movimientos fetales.

*Examen físico:*

Temp. 38°C. Pulso 120/minuto. T.A. 110/70. Paciente con dolor, pálida, febril, lúcida, coopera con el interrogatorio. Cabeza: conjuntivas pálidas. Orofaringe normal. Cuello: tiroides no palpable. No hay adenopatías. Tórax: mamas de aspecto normal. Campos pulmonares limpios. R.C.R. 120/minuto, sin soplos. Abdomen globuloso, ocupado por útero grávido a la altura de cicatriz umbilical. C.F. 140'. A la palpación se aprecia resistencia muscular. Muy doloroso en F.I.D., especialmente en punto de Mc. Burney. No hay signo de rebote. Puño-percusión en fosas renales, izquierda +, derecha ++. Genital: vulva + B.U.S. negativo, vagina de aspecto normal, caliente, cuello suave, formado, cerrado. Fondo de saco lateral derecho muy doloroso al hacerle el tacto. Tacto rectal: esfínter de tono normal, ampolla vacía, doloroso al hacer presión hacia la derecha.

*Laboratorio:*

Ingresa con una Fla. blanca ordenada de emergencia: leucocitos 22.100, bas. 0, eos. 3, miel. 0, met. 0, Bd. 36, seg. 51, linf. 7, mon. 3. Segm. con granulaciones tóxicas. Aproximadamente 3 horas después, orina: proteínas indicios glucosa negativa, leucos 10, eritrocitos 1, cilindros no hay. Hb. 9.6 · Hto. 31. T.P. 77%. T.S. 2' . T.C.5'. Grupo 0, Rh. +. Leucocitos 19.750, bas. 0, eos. 2, miel. 0, met. 0, Bd. 51, seg. 37, linf. 6., mon. 4., segmentados con granulaciones tóxicas.

Se consulta al asistente de obstetricia, el cual indica hacer interconsulta con el cirujano de guardia y autoriza intervención quirúrgica, si el caso lo amerita. El 14 de enero de 1969 a las 0.20 horas se practica laparotomía exploradora. Apendicectomía.

*Evolución:*

Primer día post operatorio: Afebril. Abdomen blando, herida sana. Se escuchan ruidos peristálticos. Buena hidratación. Pulso 90/minuto. No hay contracciones internas ni sangrado vaginal (ese día examen de control: leucos 12.500, bas. 0, eos. 2, miel. 0, met. 0, bandas 6, seg. 73, linf. 18, mon. 1). Segundo día post operatorio: afebril. Ayer presentó discreta elevación térmica. Abdomen blando, doloroso en F.I.B. (sitio de la herida). Se escuchan ruidos peristálticos. Diuresis normal. Leucograma control: Leucos 13.400, bas. 0, eos. 2, miel. 0, met. 0, Bd. 1, seg. 75, linf. 20, mon. 2. Continúa con buena evolución, afebril, micción +, catarsis normal. C.F. + Examen de orina de control normal.

*Reporte anatomopatológico:*

14 de enero de 1969.

Apéndice cecal de 12 cms. de longitud por 0.5 cm. de diámetro. La serosa es lisa, conserva la estructura y al corte es de aspecto normal. Examen histológico: presenta fecalitos abundantes en la luz, de consistencia pastosa y color café claro.

APÉNDICE SIN LESIONES. 20 de enero de 1969.

## RESUMEN

Se revisa la literatura sobre apendicitis aguda y embarazo concomitante, se hace énfasis en lo difícil del diagnóstico, la frecuencia según varios autores clásicos y el peligro entrañable para la vida del feto y la de madre si no se interviene quirúrgicamente a tiempo. Se presentan tres casos: uno con un plastrón en el puerperio inmediato, otro de 19 semanas de embarazo con apendicitis aguda y uno último de 24 semanas de gravidez con un cuadro muy sugestivo de apendicitis aguda (por clínica y laboratorio) pero que fue reportado por el patólogo como apéndice normal.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—BARNES, C. G.  
Patología Médica en Obstetricia, 1ª Edición. Barcelona, Salvat Editores, S. A. Pág. 127; 1964.
  - 2.—EASTMAN, M. J.  
Williams Obstetrics, 13 Edición. New York, Appleton Century-Crofts, Inc. P. 556; 1966.
  - 3.—HOFFMAN, E. S. Y SUZUKI, M.  
Acute appendicitis in pregnancy. A ten year survey. American Journal Obstetrics and Gynecology. 67:1338; 1954.
  - 4.—KRIEG, E. G.  
Appendicitis occurring during pregnancy. American Journal Obstetrics and Gynecology. 57:736. 1949.
  - 5.—LACOMME, M.  
Pratique Obstetricale, 1ª Edición. París. Masson et Cie. Editeurs. Pág. 1191; 1960.
  - 6.—LEÓN, J.  
Tratado de Obstetricia. II Edición, Buenos Aires. Ediciones M. Segura. Pág. 125; 1963.
  - 7.—MEILING, R. L.  
Appendicitis complicating pregnancy, labor and puerperium. Surgery, Gynecology and Obstetrics. 85:512; 1947.
  - 8.—PRIDDLE, H. D. AND HESSELTIVE, H. C.  
Acute appendicitis in the obstetric patient. American Journal. Obstetrics and Gynecology. 62:150; 1951.
  - 9.—SARASON, E. Y COL.  
Acute appendicitis in pregnancy. Difficulties in diagnosis. Obstetrics and Gynecology. 22:.....; 1963.
  - 10.—LEE, R. A.  
Appendicitis during pregnancy. J.A.M.A. 193:966; 1965.
-