

CARRERA DE MEDICINA

Nombre del Ensayo

“Apendicitis aguda como complicación y riesgo en el embarazo”

Autor

Vera Mera Melany María

Curso & Paralelo

Cuarto “D”

Asignatura

Fisiopatología I

Fecha

13/09/2020

Manta- Manabí - Ecuador



RESUMEN

El dolor de abdomen agudo es uno de los mayores retos en la clínica al querer diagnosticar su causa. En el caso de las mujeres que están en gestación estas afectaciones no desaparecen, por el contrario siguen presentes y se las puede llegar a confundir con síntomas normales debido a los cambios anatómo-fisiológicos que ocurren en el periodo gestacional. Por esta razón es de suma importancia que el médico tratante tenga experiencia y una gran habilidad en su labor para poder detectar ciertas anomalías que de no ser tratadas a tiempo puede llegar a complicar el embarazo o incluso terminar con la vida de la madre y el feto como lo es en el caso de la apendicitis aguda.

Se considera como apendicitis aguda a la urgencia quirúrgica no obstétrica más frecuente durante la gestación (Laffita. W 2011). Razón por la cual el objetivo de esta investigación es establecer bases en el perfil clínico de esta enfermedad para el diagnóstico oportuno y el tratamiento de esta patología.

ABSTRACT

Acute abdominal pain is one of the biggest challenges in the clinic when trying to diagnose its cause. In the case of pregnant women, these affectations do not disappear, on the contrary they are still present and can be confused with normal symptoms due to the anatomical-physiological changes that occur in the gestational period. For this reason, it is extremely important that the treating physician has experience and great skill in his or her work to be able to detect certain abnormalities that, if not treated in time, can complicate the pregnancy or even end the life of the mother and the fetus. as it is in the case of acute appendicitis.

Acute appendicitis is considered to be the most common non-obstetric surgical emergency during pregnancy (Laffita. W 2011). Reason why the objective of this research is to establish bases in the clinical profile of this disease for the timely diagnosis and treatment of this pathology.

INTRODUCCIÓN

En el embarazo la mujer se encuentra sometida a varios cambios anatómo-fisiológicos debido a su condición, lo cual ocasiona que la mujer gestante ante un dolor abdominal se convierta en todo un reto para el médico tratante al momento de diagnosticar la patología intraabdominal debido a que puede enmascarse y confundirse con algunos malestares propios del embarazo.

La apendicitis aguda es de las complicaciones no obstétricas en embarazadas más comunes incluso ocupando el 75% de las urgencias quirúrgicas en este tipo de pacientes (Maslovitz S 2003). Por lo que se considera esta patología como un factor de alto riesgo obstétrico que puede poner en peligro a la madre y al feto en caso de no ser tratado o detectado a tiempo generándose complicaciones que van desde un aborto hasta la muerte de la madre y/o el feto.

Comenta, (Basurto. E 2006) Que “la frecuencia de apendicitis en embarazadas es mayor [...] que en lo reportado en la literatura, siendo más frecuente en el 2do trimestre de embarazo.” Y según (Bolaños. A 2012), “aproximadamente 1 de cada 500 embarazadas requiere de una cirugía por patología no obstétrica, de las cuales, la apendicitis aguda (ApAg) con una incidencia de 1 por cada 1500-2000 embarazos es la más frecuente. La ApAg provoca un abdomen agudo peritonítico debido a una inflamación del apéndice cecal.” Razón por la cual puede ser un factor de posible morbilidad y/o mortalidad en los pacientes.

El aumento de la vascularización en la embarazada permite el desarrollo acelerado de la inflamación apendicular y este, asociado al desplazamiento hacia arriba y posterior al útero, hacen retrasar el diagnóstico haciéndolo confundir con signos de afección vesicular. En las pacientes embarazadas el dolor en el cuadrante inferior derecho es el hallazgo más frecuente, independientemente de la edad gestacional. (Santana. O 2009)

Es por esta razón que es necesario que se tenga un perfil clínico más esclarecido y que el médico tenga presente los signos y síntomas de esta complicación para que no se pase por desapercibida, esta necesidad surge tras el incremento de su incidencia últimamente.

2. DESARROLLO

APENDICITIS AGUDA COMO COMPLICACIÓN Y RIESGO EN EL EMBARAZO

Una de las complicaciones no obstétricas más frecuente en el embarazo es la apendicitis por lo cual se tratará a lo largo de este ensayo varios aspectos de la enfermedad. La apendicitis aguda en el embarazo fue descrita por primera vez como una complicación en el embarazo. Se define como la inflamación del apéndice cecal que obedece a diferentes causas, independientemente del embarazo (BH 2000).

Etimológicamente se ha considerado como mecanismo principal de inicio de la apendicitis aguda la obstrucción de la luz apendicular por: hiperplasia de los folículos linfoides, coprolitos, cuerpos extraños, acodamientos por bridas, TBC, tumores y parásitos. (Santana, O 2009)

2.1 INCIDENCIA

En la población occidental afecta aproximadamente el 10%, con una proporción hombre: mujer, 2:1, edad promedio 10 a 20 años. Constituye la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico durante el embarazo. Se reporta a nivel mundial con una frecuencia de 0.1 a 1.4 por 1000 embarazos. 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, mientras que Balestena en Cuba, reporta 1 en 1546, y Gutiérrez en Colombia refiere 1 en 1165. 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. Se presenta con mayor frecuencia en el segundo trimestre. La edad materna promedio en el momento del diagnóstico aproximadamente 25 años +/- 4. En relación a la paridad se observa con más frecuencia en nulíparas. (Soto.G 2008)

2.2 CAMBIOS EN EL EMBARAZO

Cambio posicional del apéndice

Según vaya avanzando el embarazo se observarán algunos cambios anatómo-fisiológicos de la mujer grávida, en caso del apéndice en el primer trimestre no se

observa algún cambio, pues sigue normal. Sin embargo, mientras transcurre la gestación el apéndice se desplaza en sentido craneal y lateral para entonces a la semana 24 este se moviliza hacia arriba, por encima de la cresta ilíaca derecha, y la punta rota medialmente hacia el útero. Al final del embarazo, el apéndice puede estar más próximo a la vesícula biliar que al punto de McBurney y en ocasiones en el hipocondrio derecho. (Bolaños. A 2012).

Esto altera las relaciones intestinales adoptadas, por lo que Baer y cols. Demostraron que el apéndice después del séptimo mes de la gestación se encuentra algo por encima de la cresta ilíaca, cambiando su eje longitudinal de dirección normal, todo esto hace que el diagnóstico durante el embarazo sea muy difícil y que la entidad pueda pasar inadvertida en muchas ocasiones. (Sánchez 2002)

Estas modificaciones dificultan el diagnóstico porque el lugar del dolor también cambia y además existe la separación del peritoneo visceral y parietal por lo que se reduce la sensación de dolor.

Incremento de leucocitos

Un cuadro infeccioso es más difícil de evaluar durante el embarazo ya que el recuento de glóbulos blancos aumenta a un rango normal de 10.000 a 14.000 células/mm³. En el trabajo de parto, el recuento de glóbulos blancos puede ser tan alto como 20.000 a 30.000 células/mm³ y una semana después del parto, el recuento debe volver a la normalidad. (Kilpatrick CC 2011)

2.3 DIAGNÓSTICO

2.3.1 CUADRO CLÍNICO

Este cuadro no difiere mucho que el de una paciente con apendicitis no gestante. El síntoma principal y más frecuente es el dolor abdominal que se localiza en el cuadrante inferior derecho. Pero hay que tener en cuenta que el lugar del dolor puede variar según el mes de gestación por el cambio de posición en el que se va dirigiendo el apéndice.

Dolor abdominal: Al inicio, el dolor puede tener un carácter cólico y localizarse en epigastrio o periumbilical y terminar desplazándose a la fosa ilíaca derecha (FID)

(Signo de McBurney), aunque este punto específico doloroso se puede desplazar hacia mesogastrio o cuadrante superior derecho con el avance del embarazo y el desplazamiento respectivo del apéndice cecal. Alrededor de un 70% pueden manifestar rebote (Signo de Blumberg) y un 50-65% defensa muscular involuntaria. El Signo de Adler consiste en ubicar el punto de mayor sensibilidad con la paciente en decúbito supino y buscar de nuevo la localización de más dolor con la paciente en decúbito lateral izquierdo, en los procesos uterinos o anexiales el dolor se desplaza con el útero hacia la izquierda mientras que en la ApAg el dolor se mantiene en el mismo lugar. (Bolaños. A 2012) Este último es importante para diferenciar entre si la paciente tiene apendicitis aguda o es un dolor proveniente del útero grávido.

Según Moncaya 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 %. (Soto. G 2008)

Otros

- Vómitos (tiene más valor después del 1er. trimestre ya que en el primero puede confundir con una emesis gravídica).
- Fiebre aunque en ocasiones está ausente.
- Constipación aunque pueden aparecer diarreas. (Laffita. W 2011)

No debe obviarse la exploración pélvica para determinar el grado de dolor con el movimiento del cérvix, la presencia de dolor anexial o masas, exudado cervical o hemorragia vaginal. La sensibilidad a la palpación se encuentra en el 80% de las embarazadas, especialmente el embarazos tempranos.

2.3.2 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Leucograma: es importante considerar la leucocitosis fisiológica del embarazo, pero valores mayores de 15000 tienen mayor valor diagnóstico, aunque es más útil considerar anormal una desviación a la izquierda con alto porcentaje de polimorfonucleares (>80%) y bandemia. (Bolaños. A 2012)

Examen general de orina: Se reporta piuria en el 20% de las gestantes con apendicitis aguda, por la cercanía del apéndice al uréter retroperitoneal en la segunda

mitad. Además puede encontrarse hematuria microscópica y proteinuria. (Gloriana Soto Bigot 2008)

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. (Gloriana Soto Bigot 2008)

Resonancia magnética: puede utilizarse cuando el US y la clínica son inconclusos, tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 98% y valor predictivo positivo de 99.1%.⁽¹⁾ Permite disminuir la tasa de laparotomías negativas y no se han determinado efectos adversos en el feto. Un apéndice con más de 7mm diámetro con una pared engrosada de más de 2mm e inflamación periapendicular o colección de fluido es indicativo de ApAg. (Bolaños. A 2012)

Tomografía Axial Computarizada (TAC) se puede usar en casos con duda diagnóstica como última opción en embarazos de más de 20 semanas, con un valor predictivo negativo de 99% y con una exposición de radiación al feto de 17.15mG (Bolaños. A 2012)

2.3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico en una mujer embarazada por varias razones como son los cambios anatómicos fisiológicos el diagnóstico puede confundirse en ocasiones con otras patologías, es por esto que hay que tener en cuenta los siguientes diagnósticos para diferenciar los diferentes casos.

- Pielonefritis
- Cólico renal por litiasis
- Absceso tuboovárico
- Colecistitis aguda
- Inflamación pélvica
- Neumonía de base derecha
- Embarazo ectópico
- Abruption placentae
- Síndrome del ligamento ancho
- Síndrome de la vena ovárica derecha
- Torsión de un anejo
- Pancreatitis aguda
- Síndrome oclusivo
- Infarto de tumores anexiales

En ocasiones en las apendicitis supuradas o perforadas se producen contracciones uterinas que nos pueden confundir con el trabajo de parto, por lo que debe explorarse el cuello del útero. (Laffita. W 2011)

2.4 TRATAMIENTO

En caso de una mujer embarazada diagnosticada con apendicitis aguda se procede inmediatamente a una intervención quirúrgica siendo únicamente aplazada en casos donde el parto se está llevando a cabo. El médico tratante se enfrenta ante una situación complicada en donde debe ser lo más cuidadoso posible ya que esta práctica puede causar morbilidad y mortalidad materno fetal, por lo tanto la incisión debe ser estratégicamente en el sitio de mayor dolor para más precisión.

En dependencia de las características del apéndice y las condiciones locales se procederá de la siguiente forma:

- Apendicitis aguda no complicada: apendicetomía.
- Absceso apendicular: drenaje extraperitoneal en el sitio más declive.
- Apendicitis perforada en la punta con peritonitis localizada: apendicectomía y drenaje.
- Apendicitis perforada en su base con peritonitis generalizada: apendicectomía con cecostomía por sonda.
- En embarazos próximos al término, si el útero tiene características sépticas, teniendo en cuenta que es importante la presencia de un ginecoobstetra de experiencia, valorar la realización de cesárea e histerectomía.
- La histerectomía se decide sobre la base de indicaciones obstétricas y del grado de peritonitis.
- En todas las peritonitis se realizan lavados abundantes y se deja drenaje. (Laffita. W 2011)

- En casos de shock séptico y embarazo viable con labor de parto avanzada se realiza cesárea inmediata y laparotomía posterior valorando realizar histerectomía, e incluso dejar el abdomen abierto para lavados posteriores. (Bolaños. A 2012)

Actualmente se plantea la realización de apendicetomía laparoscópica como segura y eficaz cuando son realizados por personal con adiestramiento y experiencia en

cirugía tradicional y endoscópica, para tratar apendicitis en gestantes sobre todo en los primeros trimestres (Lores. I 2014). *Walsh* plantea que la apendicetomía por técnica convencional abierta resultaría ser la vía más segura en pacientes embarazadas, con una tasa de pérdida fetal inferior a la apendicetomía videolaparoscópica (Walsh CA 2008)

2.5 COMPLICACIONES

En caso de existir una complicación estas pueden poner en riesgo tanto a la madre como al feto, hay que tener en consideración que además de las complicaciones que pueden presentarse en el proceso de intervención quirúrgica y post quirúrgico también se tienen que tomar en cuenta complicaciones que se pueden dar en caso de que la apendicitis evolucione y no se detecte a tiempo, entre ellas encontramos.

Plastrón apendicular:

- Absceso localizado
- Peritonitis difusa
- Pileflebitis
- Aborto
- Parto pretérmino
- Muerte fetal
- Muerte materna (Laffita. W 2011)

2.6 PRONÓSTICO

Una revisión de 24 estudios retrospectivos sobre apendicectomías en embarazadas mostró un riesgo de parto inducido por la cirugía de 4.7%, prematuridad en 8.3%, y con un riesgo de pérdida fetal de 2.6% el cual aumenta a 10.9% en presencia de peritonitis y una mortalidad materna de hasta 5-10%. Pese a esto, un estudio retrospectivo con 3133 embarazadas a las que se les realizó apendicetomía demostró un riesgo de 23% de pérdida fetal incluyendo los casos en los que el apéndice se encontraba normal, por lo que es importante tener un diagnóstico más certero para evitar cirugías innecesarias. (Bolaños. A 2012) A partir de estos datos el pronóstico suele ser bueno en la mayoría de los casos con porcentajes bajos de desenlaces fatales, especialmente para la madre y en menos porcentaje para el feto, sin embargo estas cantidades son bajas por la intervención a tiempo.

3. CONCLUSIONES

Según lo explicado anteriormente conocemos que la apendicitis aguda es una patología que en la etapa del embarazo expone a la madre y al feto a un riesgo alto que puede incluso causar su mortalidad en caso de agravarse este. Por esta razón es necesario que el médico tratante tenga un perfil clínico esclarecido de la enfermedad debido a que al igual que las patologías que expresan como sintomatología principal dolor abdominal agudo, la apendicitis es todo un reto y aún más en la mujer embarazada por los cambios anatómo-fisiológicos que experimenta esta y en especial el cambio de posición del apéndice que en ocasiones puede entorpecer el diagnóstico clínico al referirse el dolor en baja intensidad o lejano a donde se lo encuentra normalmente.

A pesar de que la apendicitis aguda es de las complicaciones no obstétricas en embarazadas que más está presente, el porcentaje de desenlaces con muerte no es elevado, esto gracias a la rápida intervención del médico y su diagnóstico a tiempo.

A pesar de que se encuentren enfermedades parecidas a la apendicitis aguda el propósito de este texto es que se diagnostique de forma correcta mediante las técnicas de maniobra para confirmar o descartar la enfermedad. Además, es necesario el uso de los equipos de diagnóstico y laboratorio para confirmar la enfermedad y poder actuar a tiempo, o en caso contrario no realizar una intervención quirúrgica de forma innecesaria que podría poner en riesgo la vida de la madre y/o feto.

En caso de confirmada la enfermedad y ser necesaria una intervención quirúrgica lo más recomendable es que se utilice la técnica menos invasiva y perjudicial para ambos con el fin de evitar complicaciones.

En conclusión, el diagnóstico rápido y el conocimiento clínico del médico es de suma importancia para tratar de la mejor manera esta enfermedad en el embarazo, el hecho de que la mortalidad y la morbilidad sean relativamente de bajo porcentaje se debe a que existe un diagnóstico clínico oportuno, es por esta razón que se recalca la importancia de este tema y se motiva al estudio del mismo para el correcto manejo del caso con el propósito de que estas cifras de morbilidad y mortalidad disminuyan o no vayan en aumento.

4. Bibliografía

- Basurto. E, Martínez O, Olmos. G, García. R. «Apendicitis y embarazo. Experiencia en el Hospital.» *Cirujano General* 28, nº 4 (2006): 230-233.
- BH, Charles. *Enfermedades quirúrgicas durante el embarazo*. Vol. II, de *Tratado de patología quirúrgica*, 1595-99. Sabiston DC: Interamericana McGraw Hill, 2000.
- Bolaños. A, Quesada. A. «APENDICITIS AGUDA EN EL EMBARAZO.» *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (600) 77-82 2012*, 2012: 77-82.
- Gloriana Soto Bigot, Marco A. Soto Bigot. «APENDICITIS AGUDA.» *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 2008: 361-364.
- Gloriana Soto Bigot, Marco A. Soto Bigot. «APENDICITIS AGUDA Y EMBARAZO.» *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 2008: 361-364.
- Indira Noa Lores, Wilson Laffita Labañino, Osmany Jay Herrera. «Apendicitis aguda en la embarazada.» *Revista Cubana de Cirugía*, 2014.
- Kilpatrick CC, Monga M. «Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy.» *Obstet Gynecol Clin*, 2011: 223-234.
- Laffita. W, Jiménez. W. «Apendicitis aguda en el embarazo.» *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 37, nº 2 (mayo-agosto 2011).
- Maslovitz S, Gutman G, Lessing JB, Kupfermanc MJ, Gamzu. «The significance of clinical signs and blood indices for the.» *Gynecol Obstet*, 2003: 188-91.
- Oswaldo Santana Bacallao, Orestes Noel Mederos Curbelo, Oswaldo Santana Iglesias. «Comportamiento de la apendicitis aguda en el embarazo.» *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2009.
- Sánchez, Jorge M. Balestena. «Apendicitis aguda durante la gestación.» *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 28, nº 1 (2002).
- Walsh CA, Tang T, Walsh SR. «Laparoscopic versus open appendectomy in pregnancy.» a *systematic review*, 2008: 339-44.