

# COMPORTAMIENTO CLINICOEPIDEMIOLOGICO DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO DURANTE EL EMBARAZO

*Dr. Wilson Laffita Labañino<sup>1</sup>, Dr. Iván Gamboa Santana.<sup>1</sup>*

## RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo y transversal para determinar el comportamiento clínico epidemiológico del abdomen agudo quirúrgico en las gestantes atendidas en la Clínica el Fateh Suka, Burkina Faso, África, en el período comprendido de agosto 2003 a julio 2006. La muestra de estudio estuvo conformada por 115 gestantes que presentan abdomen agudo quirúrgico diagnosticado en la clínica. El abdomen agudo quirúrgico se presenta con más frecuencia en las edades comprendidas de 20 a 24 años, siendo más frecuente en el segundo trimestre del embarazo. El síndrome hemorrágico fue el de mayor incidencia debido a embarazo ectópico y rotura uterina. El aborto fue la complicación que predominó y hubo 26 gestantes fallecidas.

*Palabras clave:* ABDOMEN AGUDO/epidemiología; ABDOMEN AGUDO/cirugía; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/ cirugía; EMBARAZO ECTOPICO; ROTURA UTERINA/cirugía.

## INTRODUCCION

Muchas son las enfermedades que pueden ocasionar un abdomen agudo quirúrgico en el embarazo, aquellas que dependen propiamente de la gestación como el embarazo ectópico, la rotura uterina, hematoma retroplacentario, etc, y otras de causas no obstétricas como las que se encuentran dentro de los grandes síndromes del abdomen agudo quirúrgico, es decir, el síndrome peritoneal, oclusivo, hemorrágico y mixto.

---

<sup>1</sup> *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

Se plantea que los tumores de ovarios, la apendicitis aguda y las complicaciones miomatosas son los tres motivos más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en el embarazo.

Numerosos trabajos científicos hablan de las enfermedades abdominales agudas quirúrgicas durante el embarazo, de lo difícil que resulta en ocasiones llegar al diagnóstico y por consecuencia, su elevada mortalidad materna perinatal. En la mayoría de los países africanos al sur del Sahara, el abdomen agudo quirúrgico en el embarazo tiene una elevada incidencia. En Nigeria<sup>1</sup> se reporta que varía entre uno de cada 94 a 105 nacimientos y en Kenya uno cada 400 nacimientos con una mortalidad perinatal de un 87.8 % y una mortalidad materna de un 48.8 por 1000 nacimientos.

En Burkina Faso, las afecciones quirúrgicas durante el embarazo tienen una alta incidencia, al no existir un eficiente sistema de salud que garantice un seguimiento adecuado de la gestación, hacen que no se diagnostiquen a tiempo muchas de éstas afecciones, lo que trae como consecuencia una elevada mortalidad materna y perinatal.

Por lo anteriormente planteado y por no existir en este país un estudio sobre este tema y motivados por dar a conocer nuestros resultados y compararlo con la literatura extranjera, decidimos hacer este trabajo.

## **METODO**

Se realiza un estudio descriptivo y transversal en el que se evalúa el comportamiento clínico epidemiológico del abdomen agudo quirúrgico en las gestantes consultadas en la Clínica el Fateh Suka. Burkina Faso, en el período comprendido de agosto del 2003 a julio del 2006.

Se revisan 115 historias clínicas de pacientes embarazadas con abdomen agudo quirúrgico. Los datos se recogen en planillas creadas al efecto por los autores para ser procesados y conformar las tablas. Se aplica el método de la tasa, la media y el porcentaje. Se comparan los resultados con los de estudios anteriores y se llega a conclusiones.

## RESULTADOS Y DISCUSION

En la práctica quirúrgica diaria aparece gran cantidad de pacientes con una infección intrabdominal, y para muchos de ellos, sin la intervención del cirujano resultaría imposible salvar sus vidas.

Las afecciones quirúrgicas se presentaron con más frecuencia en los grupos de edades de 20-24 años (30.4 %), seguido del grupo de 25-29 años para el 26.0 % (Tabla 1).

Producto a que en la vida sexual de la mujer, la mayor fecundidad se produce en edades jóvenes, generalmente esta afección se presenta con más frecuencia en las edades comprendidas entre 20-24 años, lo que coincide con informes como los de Bonfante<sup>2</sup> y Bannura<sup>3</sup>, no así Mollepaza<sup>4</sup> y Tapia<sup>5</sup> que registran una mayor incidencia entre los 30-39 años, para una media de 30.6 y 30.7 respectivamente. En este estudio la media fue de 23 años.

El embarazo ectópico fue la afección quirúrgica más frecuente para el 33.9 %, seguido de la rotura uterina para el 15.6 %, le siguen en orden de incidencia la apendicitis aguda (10.4 %), quiste complicado del ovario y colecistitis aguda ambas con 8.6 %.(Tabla 2).

El número de embarazos ectópicos se estima entre 15 y 20 por cada 1 000, habiendo aumentado considerablemente desde 1970, probablemente debido a los avances conseguidos en el diagnóstico. En los Estados Unidos<sup>6</sup>, el embarazo ectópico aumentó de 4.5 por 1 000 embarazos informados en 1970 a 19.7 por 1.000, en 1992. En Burkina Faso no existen estudios previos con los que podamos comparar este resultado pero sí en Benin, Nigeria<sup>1</sup>, donde se reportan estadísticas similares a lo encontrado en la serie de este trabajo. Invocándose las condiciones socioculturales y una mayor incidencia de las enfermedades inflamatorias pélvicas como factores predisponentes.

La rotura uterina espontánea sin cicatriz, ni infecciones, ni traumas previos es muy rara.<sup>7-10</sup> DeRoux<sup>11</sup>, plantea que solo encontró 50 casos en la literatura inglesa en los últimos 100 años. Musa<sup>12</sup>, registra un solo caso en Nigeria, Nicot<sup>13</sup> informa un caso en la literatura cubana.

La rotura uterina por cesárea previa tiene una incidencia en Yemen, de uno en 92 nacimientos.<sup>14</sup> En Nigeria<sup>15</sup>, se reporta una incidencia que varía entre uno de cada 94 a 105 nacimientos y en Kenya, uno de cada 400 nacimientos, que se

correlaciona con el estudio que se presenta. Generalmente, en los países africanos, dada las condiciones precarias del sistema de salud, donde no se garantiza un correcto seguimiento del embarazo a las esferas más pobres de la población es muy frecuente que se presente la rotura uterina. Diversos autores coinciden en plantear que un inadecuado seguimiento del embarazo y del trabajo de parto son sus causas fundamentales.

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo no obstétrico durante el embarazo<sup>16</sup>, de 0.05 - 1 %, similar a la detectada en la mujer no gestante.<sup>17</sup>

Según Inca<sup>18</sup>, se presenta con una frecuencia de un caso cada 1 500 gestantes, Brant, la señala en 0.06 % y Taylor, uno cada 704 casos citado por Te Linde.<sup>19</sup>

En el Hospital de Baracoa se presenta con una frecuencia de 0.8 %.<sup>20, 21</sup> Rollins y colaboradores<sup>22</sup>, la señala en 10.1 %, similar a la registrada por el autor.

Le sigue en orden de frecuencia la colecistitis aguda, Matos <sup>23</sup> la informa en el 13 % y Peñalonso<sup>24</sup> la registra 1 cada 1 600-10 000 embarazos. Otros autores la informan con una incidencia de 10 %.<sup>24-26</sup> lo que coincide con lo encontrado en este trabajo.

Los tumores de ovario se presentan con una frecuencia de 1-3 por 1000 embarazadas<sup>26</sup>, es uno de los tres motivos más frecuentes en el abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. La complicación más frecuente es la torsión aguda o subaguda. Stamburk<sup>25</sup>, lo registra en el 1 % y Mollepaza<sup>4</sup> en el 56 %, ésta grave complicación se produce al desplazarse los anejos junto al útero grávido.

El hematoma retroplacentario es causa reconocida de un tercio de las hemorragias en el segundo y tercer trimestre del embarazo, donde se calcula una mortalidad fetal de un 30 a un 60 %. Esto hace que junto a las graves complicaciones maternas con las que se asocia (coagulopatía, shock hemorrágico, etc), la conviertan en uno de los problemas obstétricos más graves, de gran importancia no sólo en cuanto al diagnóstico, sino por su pronóstico y prevención<sup>18</sup>, ocurre una cada 500-1000 partos, pero no se olvidan cuando se han visto alguna vez. Bueno<sup>19</sup>, lo registra en 0.25 %.

La oclusión intestinal es una complicación grave durante el embarazo y es el resultado de la presión del útero aumentado de tamaño sobre las adherencias intestinales resultantes de operaciones anteriores, autores como Perdue<sup>18</sup>, Chang<sup>19</sup>, Kuwahata<sup>20</sup> e Iwamoto<sup>21</sup> la registran con una frecuencia de 1 cada 1 500 a 2 000 embarazadas. En los últimos años ha aumentado debido a la mayor tasa de laparotomía en mujeres jóvenes y mayor frecuencia de enfermedad inflamatoria pélvica aguda.

En dos de las 6 pacientes, la causa fue el vólvulo de sigmoides, muy raro en el embarazo, con menos de 80 casos reportados mundialmente, según reportan Alshawi.<sup>22</sup>

En el Hospital de Baracoa se informa un caso de un vólvulo del ciego que, según Pratt, lo ha observado al comienzo del puerperio después de la cesárea. Wilson<sup>20</sup> lo encontró en el 0.08 % y en 1 gestante de 34 semanas. Banura<sup>3</sup> informó un caso en un embarazo de 20 semanas.

En la Tabla 3, se expresa que el abdomen agudo quirúrgico fue más frecuente en pacientes que cursaban su segundo trimestre del embarazo para el 40 %. El abdomen agudo quirúrgico se puede presentar en cualquier trimestre de la gestación.

En el presente trabajo se comporta de forma similar a la reportada por varios autores.<sup>26-27</sup> Esto se puede explicar por un desplazamiento mayor de las estructuras abdominales y, por ende, mayor posibilidades de complicación: volvulaciones, torsiones. En este estudio en particular, hubo 10 pacientes con embarazo ectópico que se diagnosticaron en el segundo trimestre de su embarazo.

El embarazo ectópico constituye una de las urgencias quirúrgicas de mayor frecuencia en casi todas las latitudes, al igual que las urgencias obstétricas, como la rotura uterina y el hematoma retroplacentario, lo que hacen que predomine el síndrome hemorrágico y dentro de éste el abdomen agudo obstétrico sobre los síndromes abdominales agudos quirúrgicos no obstétricos como se observa en la Tabla 4.

Alba y Pacheco reportan una mayor incidencia en el hemorrágico seguido del síndrome mixto.<sup>27</sup>

Como se muestra en la tabla 5, predomina el shock hipovolémico como la complicación más frecuente para el 22.6 %, que aporta 15 fallecidas, seguida del shock séptico con 8 fallecidas (6.9 %) y el tromboembolismo pulmonar (2.6 %), responsable de 3 muertes maternas.

Las complicaciones en las pacientes con abdomen agudo quirúrgico no son infrecuentes, sobre todo si el diagnóstico se hace tardíamente y se encuentran complicaciones sépticas, hemodinámicas y trombosis con embolismo pulmonar.

Las complicaciones sépticas son frecuentes, sobre todo, en gestantes que se operan por procesos infecciosos intrabdominales. Varios autores la reportan en un 20 %<sup>3,8</sup> y Wilson<sup>23</sup> en un 17 %, lo que resultan inferior a la serie estudiada.

## CONCLUSIONES

- El síndrome hemorrágico predomina en las gestantes con abdomen agudo quirúrgico en la población de Burkina Faso.
- La mortalidad materna en la población objeto de estudio es elevada.

## RECOMENDACIONES

Promover la realización de las consultas prenatales con la finalidad de crear estrategias a diferentes niveles, a fin de garantizar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las gestantes con abdomen agudo quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Oronsaye AU, Odiase GI. Incidence of ectopic pregnancy in Benin City, Nigeria. Trop Doct. 1981 Oct; 11(4):160-3.
2. Bonfante RE, Bulaños AR, Juárez GL, Estrada AA, Castelazo ME. Colectomía durante el embarazo. Ginecol Obstet Mex. 2005; 66(6):259-61.
3. Mollepaza MR. Abdomen agudo no obstétrico y embarazo en el Hospital Nacional Docente Madre y el Niño San Bartolomé. Lima; 2002 : 33.
4. Tapia R, Pacheco R, José C, Malaverri H. Apendicitis aguda en gestación y puerperio. Ginecol & Obstet. 1996; 42(3):59-63.

5. McBee WC Jr, Emery SP, Escobar PF. Heterotopic pregnancy presenting at 18 weeks' gestational age: a case report. *J Reprod Med*. 2007 Aug;52(8):748-50.
6. Imseis HM. Spontaneous rupture of a primigravid uterus secondary to placenta percreta. A case report. *J Reprod Med* 1998 Mar; 43(3): 233 -6.
7. Turner M J. Uterine rupture. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003 Febr; 16(1): 69-79.
8. Massotto Chávez H. Abdomen agudo y embarazo: placenta percreta. *Acta Méd Costarric.*; Oct-Dic 2003;43(4): 178-181.
9. LeMaire W J. Placenta percreta with spontaneous rupture of an unscarred uterus in the second trimester. *Obstet Gynecol*. 2001 Nov; 98(5 PT 2) 927-9.
10. DeRoux SJ. Spontaneous uterine rupture with fatal hemoperitoneum due to placenta accreta -percreta: a case report and review on the literature. *Int J Gynecol Pathol*. 1999 Jan; 18(1):82-6.
11. Musa J, Misauno. Uterine rupture in a primigravida presenting as an acute abdomen post delivery: a case report. *Niger J Med*. 2007 Jul - Sep;16(3):274-6
12. Diab AE. Uterine ruptures in Yemen. *Saudi Med J*. 2005 Feb;26(2):264-9.
13. Onah HE, Oguanuo TC, Mgbor SO. An evaluation of the shock index in predicting ruptured ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2006 Jul;26(5):445-7.
14. Balestena Sanchez, JM. Apendicitis aguda durante la gestación. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002; 28(1) : 24-28
15. Morales GRA, La O FV. Infante RF. Rosa CM. Apendicitis aguda durante el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002; 28(1):29-33.
16. Inca TA, Torres GC, Yancee SR, García LM. Apendicitis y embarazo. Revisión bibliográfica. *Med Quito*. 1999; 5(4):278-83.
17. Rollins MD, Chan KJ, Price RR. Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnancy: a new standard of care. *Surg Endosc*. 2004;18:237-41.
18. Matos L, Aquiles U. Abdomen agudo quirúrgico no ginecológico en gestantes. *Lima* 2002: 25.
19. Chang YT, Huang YS, Chan HM, Huang CJ, Hsieh JS, Huang TJ. Intestinal obstruction during pregnancy. *Kaohsiung J Med Sci*. 2006 Jan;22 (1):20-3.
20. Kuwahata T, Iwamoto I, Fujino T, Douchi T. Mechanical ileus in a pregnant woman at term pregnancy accompanied by labor pains *J Obstet Gynaecol Res*. 2007 Aug;33(4):549-51

21. Iwamoto I, Miwa K, Fujino T, Douchi T. Perforated colon volvulus coiling around the uterus in a pregnant woman with a history of severe constipation. *J Obstet Gynaecol Res.* 2007 Oct;33(5):731-3.
22. Alshawi JS. Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2005 Sep;48(9):1811-3.
23. Veiga JM, Mendaña JP. Abdomen agudo durante el embarazo. *Prog Obste Ginecol.* 1998; 41:187-198.
24. CPT Michelle E. Szczepanik, Col Arthur C. Wittich. Para-Ovarian Cyst Torsion Mimicking an Acute Abdomen in an Adolescent. *Journal of Gynecologic Surgery.* 2007; 23(2): 63-68.
25. Moya MA, Reisner AT, LaMuraglia GM, Kalva SP. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 1-2008. A 45-year-old man with sudden onset of abdominal pain and hypotension. *N Engl J Med.* 2008 Jan 10; 358(2):178-86.
26. Alva J, Pacheco J. Abdomen agudo ginecoobstétrico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, IPSS. *Ginecol Obstet (Perú).* 2005 : 51-55.



**TABLA 1. GESTANTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO SEGÚN GRUPOS DE EDAD.**

EDAD	GESTANTES	
	No.	%
15 - 19	18	15.6
20 - 24	35	30.4
25 - 29	30	26.0
30 - 34	16	13,9
35 - 39	10	8.6
40 - 44	5	4.3
45 - 49	1	0.8
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

*Fuente: Historia clínica.*

**TABLA 2. AFECCIONES QUIRURGICAS.**

AFECCIONES QUIRÚRGICAS	GESTANTES	
	No.	%
Embarazo ectópico	39	33.9
Rotura uterina	18	15.6
Apendicitis aguda	12	10.4
Colecistitis aguda	10	8.6
Quiste de ovario complicado	10	8.6
Hematoma retroplacentario	8	6.9
Oclusión intestinal	6	5.2
Mioma uterino complicado	5	4.3
Úlcera duodenal perforada	2	1.7
Pancreatitis aguda	2	1.7
Traumatismos abdominales	2	1.7
Rotura hepática espontánea	1	0.8
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

*Fuente: Historia clínica.*

**TABLA 3. AFECCIONES QUIRÚRGICAS Y EDAD GESTACIONAL.**

AFECCIONES QUIRURGICAS	EDAD GESTACIONAL					
	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre	
	No.	%	No.	%	No.	%
Embarazo ectópico	29	25.2	10	8.7	-	-
Rotura uterina	-	-	-	-	18	15.6
Apendicitis aguda	2	1.7	8	6.9	2	1.7
Colecistitis aguda	1	0.8	9	7.8	-	-
Quiste de ovario complicado	2	1.7	7	6.1	1	0.8
Hematoma retroplacentario	-	-	2	1.7	6	5.2
Oclusión intestinal	1	0.8	4	3.4	1	0.8
Mioma uterino complicado	-	-	4	3.4	1	0.8
Úlcera duodenal perforada	2	1.7	-	-	-	-
Pancreatitis aguda	-	-	2	1.7	-	-
Traumatismos abdominales	1	0.8	-	-	1	0.8
Rotura hepática espontánea	-	-	-	-	1	0.8
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>46</b>	<b>40</b>	<b>31</b>	<b>26.9</b>

*Fuente: Historia clínica.*

**TABLA 4. CLASIFICACION.**

CLASIFICACION	GESTANTES	
	No.	%
Abdomen agudo hemorrágico	66	57.3
Abdomen agudo peritoneal	24	20.8
Abdomen agudo mixto	17	14.7
Abdomen agudo obstructivo	6	5.2
Abdomen agudo traumático	2	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

*Fuente: Historia clínica.*

**TABLA 5. MORTALIDAD SEGÚN COMPLICACIONES PRESENTADAS.**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>FALLECIDAS*</b>
<b>Choque hipovolémico</b>	<b>26</b>	<b>22.6</b>	<b>15</b>
<b>Choque séptico</b>	<b>8</b>	<b>6.9</b>	<b>8</b>
<b>Tromboembolismo pulmonar</b>	<b>3</b>	<b>2.6</b>	<b>3</b>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>37</b>	<b>32.1</b>	<b>26</b>

\* *n* = 115

*Fuente: Historia Clínica.*