

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA”  
BARACOA

## TORSION DE ANEJO UTERINO DERECHO EN UNA GESTANTE. INFORME DE UN CASO

*Dr. Wilson Laffita Labañino<sup>1</sup>, Dr. Iván Rodríguez Terrero<sup>2</sup>, Dr. William Jiménez Reyes<sup>3</sup>, Dra. Mariselda Betunes Romero<sup>4</sup>, Dra. Susana Cruzata Acosta.<sup>5</sup>*

### RESUMEN

Se realiza diagnóstico de una torsión con necrosis isquémica de anejo uterino derecho en embarazada de 32 semanas después de estar hospitalizada durante 7 días con el supuesto diagnóstico de apendicitis aguda en la Clinique el Fateh Suka, Burkina Faso, Africa. Se realiza cesárea, anexectomía derecha y apendicectomía incidental. Evolutivamente fueron dados de alta la madre y el niño sin problemas.

*Palabras clave:* ENFERMEDADES DE LA TROMPA DE FALOPIO/ cirugía; APENDICITIS/ cirugía; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/ cirugía.

### INTRODUCCION

El dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta no sólo en las áreas de atención primaria sino también a nivel de atención hospitalaria. Los pacientes que sufren de dolor abdominal de comienzo brusco son enfermos potencialmente graves que precisan un diagnóstico y tratamiento urgentes. Si el dolor abdominal se acompaña, además, de trastornos digestivos y toma del estado general, se piensa inmediatamente en un abdomen agudo quirúrgico (AAQ) que amerita de la presencia del cirujano.<sup>1</sup>

En la paciente embarazada con un dolor abdominal agudo se procede de igual forma y existe una acentuada preocupación por las consecuencias que pudiera traer al binomio madre-feto. Por tanto, es imprescindible la atención en

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

<sup>2</sup> *Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencia. Especialista de I Grado en Medicina Interna.*

<sup>3</sup> *Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

<sup>4</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

<sup>5</sup> *Especialista de I Grado en Anestesia y Reanimación.*

conjunto de la embarazada por un equipo multidisciplinario integrado por obstetras y cirujanos para realizar un diagnóstico etiológico precoz del abdomen agudo, en el que sin dudas, la historia clínica y la exploración física constituyen la clave para el diagnóstico, garantizando así el éxito posterior. En ocasiones la presencia de una gestación frecuentemente retrasa la toma de decisiones terapéuticas ante el miedo de provocar alteraciones al embrión o al feto.<sup>1,2</sup>

Los tumores anexiales en pacientes embarazadas son complicaciones poco frecuentes; sin embargo, cuando éstos suceden, su evaluación y tratamiento se convierten en una decisión clínica bastante difícil.<sup>3</sup>

Los tumores de ovario se presentan con una frecuencia de 1-3 por cada 1 000 casos, son uno de los tres motivos más frecuentes del AAQ en el embarazo, la complicación más frecuente es la torsión aguda o subaguda.<sup>4,5,6</sup>

Les presentamos el caso clínico de una torsión anexial derecha con necrosis isquémica, en un embarazo de 32 semanas, con una semana de evolución en sala.

## INFORME DEL CASO

Nombre: O.F.

Edad: 27 años.

Sexo: Femenino.

Motivo de consulta: Dolor abdominal.

Historia de enfermedad actual (HEA): Gestante de 27 años con antecedentes obstétricos de G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> con fecha de última menstruación no bien precisada, que acude a consulta por presentar un dolor abdominal de comienzo brusco inicialmente en todo el abdomen y luego localizado en fosa iliaca y flanco derecho, intenso y a tipo cólico, que no se aliviaba con los cambios de posición y se acompañaba de náuseas, no vómitos, ni fiebre.

Antecedentes patológicos personales: Lo referido HEA.

Antecedentes patológicos familiares: No refiere antecedentes familiares.

## Examen físico

Mucosas: Hipocoloreadas y húmedas.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular normal, no estertores.

Frecuencia: 20'

Aparato cardiovascular: Taquicardia 100'

Tensión arterial: 100/60 mmHg

Examen físico de abdomen: Doloroso en todo el flanco y fosa iliaca derecha, altura uterina de un embarazo de aproximadamente 30 semanas, cefálico, dorso derecho, foco fetal 144'.

Tacto vaginal: Cuello posterior de un centímetro de largo, orificio cervical permeable a un dedo. Abundantes secreciones blanquecinas que recuerdan la candidiasis vaginal.

Se realizan exámenes complementarios de urgencia en los que es importante señalar una anemia de 10 g/l y una leucocitosis de  $14\ 000 \times 10^9$ . Gota espesa positiva a *Plasmodium falciparum*. Se instala tratamiento analgésico y antipalúdico.

Al segundo día se le realiza un ultrasonido obstétrico y abdominal que informa: Feto único, con edad gestacional aproximada a 30 semanas, más menos 3 días, peso aproximado de 1 774 g. Fuerte sospecha de apendicitis aguda (Figura 1).

La paciente se mantiene con dolor localizado en flanco derecho que se alivia con analgésicos, para luego reaparecer de forma paroxística con vómitos, por lo que se administra además un antiemético.

Al tercer día el dolor se agudiza, lo que obliga a la paciente a mantenerse en cama; comienza además a sentirse contracciones uterinas que se corroboran al examen físico, Se valora con el cirujano de guardia y, después de examinar la paciente, plantea dos posibilidades diagnósticas: un tironeamiento del ligamento redondo derecho o una apendicitis aguda a descartar evolutivamente. Instaura tratamiento antibiótico, analgésico, tocolítico y se comienza a realizar la maduración pulmonar con esteroides.

Pasa el cuarto, quinto y sexto día, el estado general de la paciente se deteriora progresivamente y el dolor se mantiene fijo en todo el flanco derecho a pesar de los analgésicos administrados, desaparecen los vómitos, la temperatura axilar es de 37.5 °C.

Se le repiten exámenes de laboratorio y ultrasonido abdominal, el cual informa una masa en fosa iliaca derecha que se corresponde con un plastrón apendicular, además un oligoamnios moderado (Figura 2); por lo que se valora con el cirujano de guardia, el cual examina la paciente:

Mucosas: Hipocoloreadas y húmedas.

Aparato respiratorio: polipnea; Frecuencia: 30'.

Aparato cardiovascular: taquicardia 135'; Tensión arterial: 90/40 mmHg

Abdomen: A pesar de su embarazo, discretamente distendido, muy doloroso a la palpación en todo el flanco derecho, pero exquisitamente en fosa iliaca derecha, que se mantiene con igual localización e intensidad cuando la paciente adopta el decúbito lateral izquierdo y palpamos sobre el lado derecho discreta contractura y reacción peritoneal, percusión dolorosa en el mismo sitio, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia, altura uterina de 28 cm, dorso derecho, presentación baja, cefálico, foco fetal 130'. Se constatan contracciones uterinas mientras se realiza el examen físico.

Tacto vaginal: Cuello central, corto, orificio cervical permeable a dos dedos.

### **Exámenes complementarios**

Hematemáticos: Anemia de 8 g/l, Leucocitosis 16 000x10<sup>9</sup>.

Glicemia: 6.94 mmoles/l

Urea: 2.3 Mmoles/l.

Coagulograma: Normal.

Se decide laparotomizar de urgencia.

Se instauran medidas de reanimación preoperatoria durante las cuales se constatan signos de sufrimiento fetal, se lleva al salón en las mejores condiciones posibles.

### **Acto operatorio**

Anestesia: General endotraqueal.

Se llega a cavidad peritoneal por una incisión media infraumbilical, se realiza la extracción por cesárea de un bebé vivo, que llora inmediatamente, del sexo femenino, con APGAR 8-9-9 y un peso de 1 960 g. Se realiza histerorrafia después de la extracción de la placenta, y se comprueba la hemostasia. Se revisa la fosa iliaca derecha y se encuentra una torsión con necrosis isquémica del anejo uterino derecho, por lo que se procede a la anexectomía derecha. Se realiza además apendicectomía incidental (Figura 3).

Se comprueba hemostasia, toilete de cavidad y se cierra el abdomen por planos hasta piel.

El recién nacido se ingresa en una sala de neonatos en la cual se constata que presenta una anemia ligera y un paludismo neonatal a *Plasmodium falciparum*, por lo que se le indica tratamiento antipalúdico; la madre una vez recuperada es llevada para la sala de maternidad.

Evolutivamente se recuperan satisfactoriamente y se les da el alta sin complicaciones.

## DISCUSION DEL CASO

Es útil describir algunos cambios que se producen en el embarazo que tienen repercusión en el organismo y, sobre todo, en los órganos intrabdominales que hay que tener en cuenta para el diagnóstico y tratamiento de las diversas afecciones que causan un abdomen agudo quirúrgico en el embarazo.

En primer lugar, el útero grávido va aumentando progresivamente de tamaño y con él va desplazando y cambiando de su lugar anatómico a las vísceras que lo rodean, desplazándolas hacia arriba, afuera y lateralmente; pudiendo causar en ocasiones rotaciones y volvulaciones de algunos de ellos, incluyendo a sus anejos que en la semana doce de gestación pasan de intrapélvicos a ser órganos abdominales.

En su crecimiento el útero va separando el peritoneo visceral del parietal, por lo que cuando se produce la inflamación o lesión de una de estas estructuras, al buscar los signos típicos de los procesos intrabdominales agudos no los encontraremos en su proyección clásica y, por tanto, tendremos serias dificultades diagnósticas si no lo tenemos en cuenta.<sup>7,8,9</sup>

Frente a una gestante con un dolor abdominal agudo debemos de hacer un examen clínico o historia clínica minuciosa, precisando sobre todo la semiología del dolor abdominal y sus síntomas acompañantes, ya que a pesar de la atipicidad con que se presentan las diferentes entidades en la embarazada, siempre la secuencia o el orden cronológico de aparición de los síntomas es el mismo ya sea para la mujer embarazada o no.

Se hará un examen físico general y se profundizará en el del abdomen, ya que los signos de alarma del abdomen agudo quirúrgico casi siempre están presentes, sino todos, al menos dos de ellos; por lo que hay que tener experiencia clínica y habilidad para buscarlos ya que si no los encontramos no quiere decir que no estén presentes.<sup>10</sup> Debe existir una colaboración estrecha entre obstetra y cirujano.

Aconsejamos explorar a la paciente en decúbito supino y luego en dependencia del sitio del dolor acostarla en decúbito lateral del lado contrario del dolor para que así el útero se desplace hacia el otro lado y poder examinar más fácilmente el sitio deseado.

Las maniobras que hagamos ya sean en la palpación o percusión deben ser gentiles y de forma suave evitando maniobras intempestivas que puedan desencadenar dolores intensos en nuestras pacientes y nos impidan más tarde otra valoración a la misma. Se realizará un examen obstétrico, donde se palpará el útero para precisar posibles contracciones, la auscultación del foco fetal y se terminará con un examen vaginal y un tacto rectal.

Con los datos obtenidos estaremos en condiciones de tener una sospecha clínica y poder hacer una valoración de la gravedad de la paciente y salud del feto; se analizarán los exámenes complementarios previamente indicados y si existe duda y el estado de la paciente lo permite, se revalorará a las pocas horas para tratar de encontrar algún elemento nuevo que nos oriente al diagnóstico.<sup>1,2,7-9</sup>

En no pocas ocasiones con los datos obtenidos al interrogatorio, examen físico y exámenes complementarios, no es posible establecer un diagnóstico pero sí la necesidad de la intervención quirúrgica, entonces se realizará una laparotomía diagnóstica que será también terapéutica en la mayoría de los casos.

Como vemos, el diagnóstico de abdomen agudo en el embarazo no es fácil y tiene sus particularidades clínicas en cada caso. En esta paciente a pesar de la

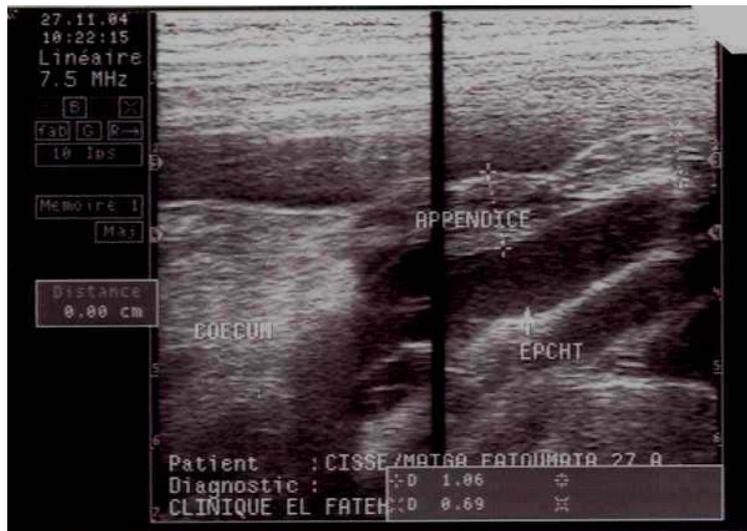
clínica sugestiva de una apendicitis aguda desde el comienzo del cuadro, fue difícil hacer el diagnóstico etiológico incluso por ecografía, pero lo que si había que tener presente desde un principio era la necesidad de la laparotomía.

El cirujano no debe de temer por la posibilidad de extirpar un apéndice normal durante el embarazo (30 %) <sup>11</sup>, o al hacer una laparotomía en blanco cuando se sospecha una entidad quirúrgica de urgencia, pero si debe de tener en cuenta que esta operación puede evitar el peligro que significa para la vida de la madre y el feto por una prolongada demora en el diagnóstico de la afección quirúrgica, con una tasa de mortalidad materna y fetal elevada<sup>11-14</sup> ; por lo que ante la sospecha clínica no se debe demorar la laparotomía.

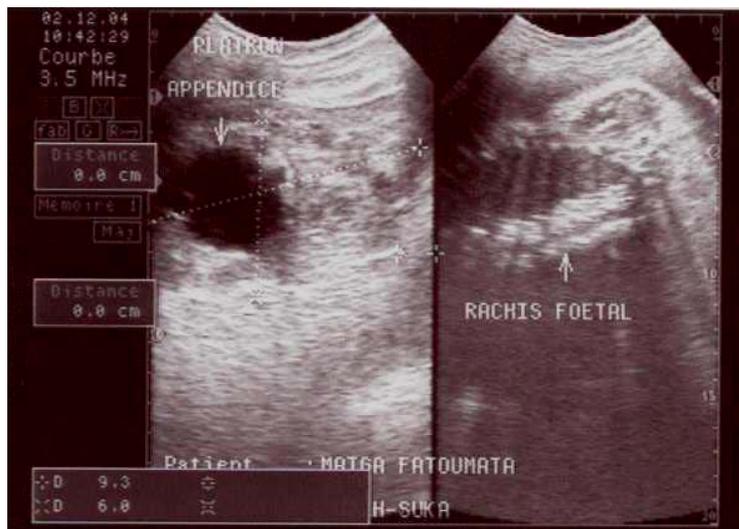
## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jiménez M, Garrido J, Lucena de la Poza L. Dolor abdominal agudo. 2000; 08(14):755-65.
2. Martínez de la Riva AdG. Abdomen agudo en la embarazada. 1999; 57(1324) :43.
3. C Szajnert. Tumores anexiales en pacientes embarazadas. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2002; 45(05):185-91.
4. Usui R, Minakami H, Kosuge S, Iwasaki R, Ohwada M, Sato I. A retrospective survey of clinical, pathologic, and prognostic features of adnexal masses operated on during pregnancy. J Obstet Gynaecol Res. 2000; 26(2):89-93.
5. Ludwig M, Felberbaum RE, Bauer O, Diedrich K. Ovarian abscess and heterotopic triplet pregnancy: two complications after IVF in one patient. Arch Gynaecol Obstet. 1999; 263(1-2):25-8.
6. Nelson MJ, Cavalieri R, Graham D, Sanders RC. Cysts in pregnancy discovered by sonography. J Clin Ultrasound. 1986; 14:509-12.
7. Veiga JM, Mendaña P. Abdomen agudo durante el embarazo. Prog Obste Ginecol. 1998; 41:187-98.
8. Charles BH. Enfermedades quirúrgicas durante el embarazo. En: Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica. VII.14ªed. México: Interamericana Mc Graw Hill; .p.1595-99.
9. Cunningham, MacDonald, Williams. Adaptaciones maternas al embarazo en Obstetricia. 20ªed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2001.p. 175-203.

10. Regalado E. Abdomen agudo quirúrgico. Importancia de los signos invariantes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992.p.9-39.
11. Richard W, Te Linde. Apendicitis y embarazo. En: Te Linde Ginecología Operatoria. 5ªed. Edición Revolucionaria; 1983.p.351-550.
12. Stamburk MJ, Turuk I, Wiedmaier TG, Cabrera SC, Ávila SM, Vásquez MV. Cirugía abdominal de urgencia en el embarazo. Bolivia. Hospital San Juan de Dios. 1998; 45(1):22-6.
13. Pritochard JA, McDonal PC, Grant NF. Enfermedades médicas y quirúrgicas durante el embarazo y puerperio. En: Williams. Obstetricia. 3ªed. Madrd : Edición Salvat
14. Moncayo VR, Pacheco BF, Gómez RH, Bernardez ZFJ. Apendicitis aguda y embarazo. Experiencia en el hospital de México.



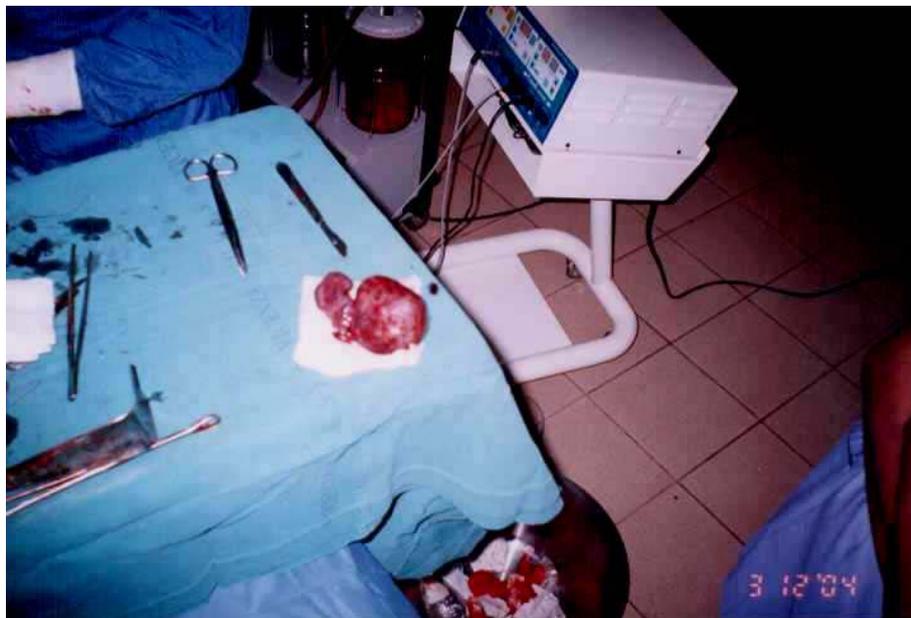
*Figura 1. Sospecha de apendicitis aguda.*



*Figura 2. Masa en fosa iliaca derecha que se corresponde con un plastrón apendicular*



*Figura 3. Apendicectomía incidental.*



*Figura 4.*