

Apendicitis aguda durante la cesárea

Acute appendicitis during caesarean section

Dra. Adisleydis García Chacón,^I Dr. Elvis Costa León,^{II} Dra. Romy Rodríguez Hurtado,^{III} Dr. Freddy Alber Chambi Gutierrez^{IV}

Hospital Universitario Materno provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la apendicitis durante el embarazo es una entidad bastante común, se presenta en uno de cada 1500 y constituye una de las causas más frecuentes de cirugía no obstétrica en la gestante.

Objetivo: exponer las características clínicas de la apendicitis aguda durante el término del embarazo.

Caso clínico: gestante de 39 semanas, en inicio de trabajo de parto que es anunciada para cesárea de urgencia por sufrimiento fetal. Al abrir la cavidad abdominal se diagnosticó la presencia de pus que resultó ser una apendicitis aguda supurada.

Conclusiones: la apendicitis aguda es rara al término del embarazo, de difícil diagnóstico cuando se asocia la sintomatología a los síntomas del trabajo de parto y que de ser desapercibida puede provocar serias complicaciones materno-fetales.

Palabras clave: gestación, cesárea, apendicitis, sufrimiento fetal.

ABSTRACT

Introduction: appendicitis during pregnancy is a common entity, occurs in one in 1500 and is one of the most common causes of non-obstetric surgery during pregnancy.

Methods: exposing the clinical features of acute appendicitis during the term of pregnancy.

Developing: 39 weeks pregnant at the beginning of labor which is announced for emergency cesarean section for fetal distress. When opening the abdominal cavity pus that turned out to be an acute suppurative appendicitis was diagnosed.

Conclusión: Acute appendicitis is rare at term, difficult to diagnose when the symptoms associated with symptoms of labor and be undetected can cause serious maternal and fetal complications.

Keywords: pregnancy, caesarean section, appendectomy, fetal distress.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la afección quirúrgica urgente más frecuente, constituye el 60 % de los cuadros de abdomen agudo quirúrgico no traumático. Es la causa más común de cirugía de urgencia no obstétrica con una incidencia en 1 de cada 1000 a 2000 embarazos.^{1,2}

Los cambios fisiológicos del embarazo comienzan desde el primer trimestre y afecta todos los órganos y sistemas. El útero grávido se comporta como un gran tumor abdominal que desplaza todos los órganos de esta cavidad, afecta su localización normal, lo que genera dificultad en su diagnóstico al variar los signos clínicos principalmente a la palpación, como es el caso de la apendicitis retro cecal.³⁻⁵

Constituye el objetivo de este artículo, exponer las características clínicas de la apendicitis aguda durante el término del embarazo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años de edad, embarazo a término de 39 semanas por amenorrea, en inicio de trabajo de parto que es anunciada para operación cesárea de urgencia por sufrimiento fetal con reanimación intrauterina satisfactoria. Antecedentes patológicos personales de salud aparente, primípara. Al examen físico presenta dolor abdominal difuso que se exacerba con las contracciones uterinas, dinámica uterina de 5/10, efectiva, refiere náuseas y vómitos asociado a malestar general. Tacto vaginal acortamiento del cuello, 4 cm de dilatación. Monitoreo DIC. I, se realizó reanimación intrauterina con fenoterol efectiva, se anunció de urgencia para cesárea. Exámenes complementarios: Hto: 0,36 Vol %, TC 7 y TS 1 segundos, grupo y Rh O positivo, serologías negativas. Leucocitosis 13000 WBC x mm³

Se realizó anestesia neuroaxial, epidural, segmentaria, con lidocaína 2 % 20 mL, fentanilo 3 mL, epinefrina 1/200 000. Sin complicaciones, se realizó incisión de Pfannestiel, se detectó pus en cavidad y luego de la extracción fetal (Apgar 9/9), se observó una apendicitis supurada, se resecó, se realizó limpieza de la cavidad. Salió sin complicaciones del quirófano a la Unidad de cuidados especiales con triple terapia de antimicrobianos. Fue dada de alta a la semana de la cirugía.

DISCUSIÓN

Si bien la incidencia de apendicitis en la paciente grávida es menor que en la no grávida, se presenta aún con menos frecuencia al término del embarazo. El diagnóstico quirúrgico es difícil debido al desplazamiento de los órganos por el aumentado de tamaño del útero que modifica la localización del apéndice y así varía la sintomatología, que puede ser interpretada como inicio de trabajo de parto o peor aún que se asocien apendicitis y trabajo de parto, como ocurrió en esta paciente, y que produjo sufrimiento fetal.⁴⁻⁷

La apendicitis aguda en el embarazo es grave tanto para la madre como para el feto. La modificación de la anatomía por el crecimiento uterino, hace que en ocasiones en el embarazo próximo al término, el epiplón e intestino delgado sean desplazados lejos del apéndice y por tanto, impidan la limitación de la infección en caso de perforación, con derramamiento de pus en la cavidad peritoneal. Un tercio de las pacientes presenta una apendicitis "atípica". En ellos es más fácil pasar por alto el diagnóstico y son más frecuentes las perforaciones. El útero grávido desplaza el apéndice hacia arriba. La mujer embarazada a término con apendicitis puede presentar dolor en el hipocondrio derecho (HD) y no mostrar ni defensa muscular ni dolor de rebote a la palpación (a causa de la laxitud de los músculos abdominales).⁸

Inicialmente el dolor puede ser epigástrico o periumbilical en un 50 % de los casos, luego se localiza en cuadrante inferior derecho alrededor de las 12-18 h de evolución. En un 30 % de las gestantes el dolor puede irradiarse a la espalda o al flanco derecho cuando el apéndice está retro cecal. Pueden existir otras localizaciones abdominales si el apéndice está malrotado.⁹

Es importante buscar el signo de Alder que permite diferenciar la apendicitis aguda de los procesos dolorosos del útero grávido: El punto de mayor sensibilidad se identifica en la posición de decúbito supino, después se pone a la gestante en decúbito lateral izquierdo, por lo que el útero se desplaza a la izquierda, y se localiza nuevamente el punto de mayor sensibilidad. En los procesos uterinos el dolor se desplaza a la izquierda junto con él, mientras que en la apendicitis se mantiene en el mismo lugar.¹⁰

Hay mayor incidencia de sufrimiento fetal y parto pretérmino en la apendicitis en el tercer trimestre. La mortalidad fetal se puede presentar con mayor frecuencia si existe perforación del apéndice, mientras que la mortalidad materna tiene una incidencia cercana al 0 % en las cohortes estudiadas.¹¹

El diagnóstico a pesar de ser difícil debe estar basado en la clínica. El leucograma suele perder valor porque hay leucocitosis debido a los cambios fisiológicos propios del embarazo, aunque si aparece leucocitosis mayor de $15000 \times \text{mm}^3$ a predominio de polimorfonucleares y fiebre mayor de 38°C hay que sospechar una apendicitis perforada y con posible peritonitis. La incidencia de apendicitis perforada es mayor en el 3er trimestre por las dificultades diagnósticas que aparecen a medida que avanza el embarazo. 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.

La ultrasonografía y la tomografía axial computadorizada constituyen un elemento crucial para el diagnóstico de apendicitis.

La vía de acceso quirúrgico indicada será la incisión paramedia para garantizar mejor campo quirúrgico, facilitar la extracción fetal rápida y mejorar la exploración, en caso de presentar pus se debe realizar limpieza de la cavidad. Se debe dejar drenaje en la cavidad y se debe comenzar con terapia antimicrobiana de amplio espectro.¹²

En las figuras 1 y 2, se puede observar el estado del apéndice en fase supurada.



Fig. 1. Apéndice vermicular supurada con moderada cantidad de pus en cavidad.



Fig. 2. Apéndice vermicular luego de ser resecada, se puede observar inflamada en toda su extensión.

En ésta paciente, el diagnóstico fue durante el intraoperatorio. De ahí la conducta a seguir tomada ya que se interpretó como inicio de trabajo de parto al que se asoció sufrimiento fetal, lo que conllevó a realizar reanimación intrauterino y cesárea de urgencia, en la bibliografía revisada no encontramos ningún artículo semejante a nuestro caso que haya concommitado con sufrimiento fetal.

Se concluye que la apendicitis aguda es rara al término del embarazo, de difícil diagnóstico cuando se asocia la sintomatología a los síntomas del trabajo de parto y que de ser desapercibida puede provocar serias complicaciones materno-fetales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Loeches Fernández J. Apéndice cecal. En: Rodríguez-Loeches Fernández J. Cirugía del abdomen agudo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986. p. 75-91.
2. Baggish M, Bhati A. Uterocutaneous fistula: A complication of Rupture Appendix and Crohn's Disease during Pregnancy. *J Gynecology Surgery* 2010;26(2):163-9
3. Miller RD. Anesthesia for Obstetrics. En: Miller's Anesthesia. 8th ed. Saunders: Elsevier; 2015. p. 2328.
4. Wei PL, Keller JJ, Liang HH, Lin HC. Acute Appendicitis and Adverse pregnancy outcomes: A Nationwide population-Based study. *J Gastroint Surg*. 2012;16:1208, 2012.
5. Guttman R, Goldman RD, Koren G, Appendicitis during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2004;50:355-7.
6. Butte B, Michel J, Belloio A, Fernanda M, Fernández L. Apendicectomía en la embarazada: Experiencia en un hospital público chileno. *Rev Méd Chile*. 2006;134(2):145-51.
7. Pastore PA, Loomis DM, Sauret J. Appendicitis in pregnancy. *Dig Surg* [En línea]. 2006 [Citado 27 Ene 2015];19(6):[aprox. 4 p.]. RL disponible en: <http://www.jabfm.org/content/19/6/621.full>
8. Charlie CK, Manju M. Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2007;34(3):389-402.
9. Ferri FF. *Ferri's Clinical Advisor*. Mosby: Elsevier; 2015. Pp. 130-2.
10. Oliva JA. *Temas de Obstetricia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. Pp. 201-7.
11. Ortiz Gualdrón CA. Apendicitis aguda en el embarazo. *Rev Cienc Biomed*. 2012;3(1):112-17.
12. Laffita Labañino W, Jiménez Reyes W. Apendicitis aguda en el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [En línea]. 2011 [citado 27 ene 2015];37(2):[aprox. 4 p.]. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido. 27 de febrero de 2015.

Modificado: 5 de marzo de 2015.

Aprobado: 2 de abril de 2015.

Dra. *Adisleydis García Chacón*. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.
Correo electrónico: reydy@hpc.cmw.sld.cu