

V. Concurso de Trabajos de investigación básica o clínica

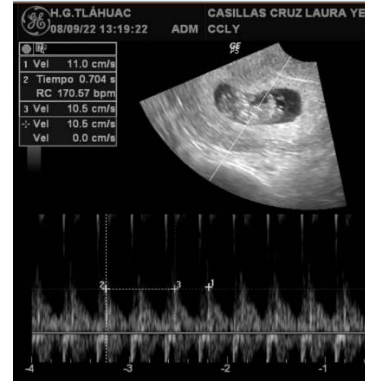
“Carlos Espinosa Flores”

APENDICITIS AGUDA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO: SOBRE UN CASO CLINICO

S.S González Cruz¹ A.M. Tovar Zuñiga¹ A.D. Blanco Juárez¹ P. Delgado Luciano.¹

¹Medico residente Ginecología-Obstetricia Secretaria de Salud de la ciudad de México (SEDESA)

Introducción: La apendicitis es una urgencia quirúrgica más habitual de origen no obstétrico durante la gestación, ocurre en uno de cada 1500 embarazadas. Su frecuencia es similar a la que existe fuera del embarazo. La apendicitis puede pasar desapercibida en la embarazada por múltiples razones: 1) la leucocitosis, un signo clásico de apendicitis aguda, ocurre de forma fisiológica durante el embarazo; 2) las náuseas y los vómitos, síntomas habituales de esta patología, también se presentan durante el embarazo sobre todo en el primer trimestre, y 3) el dolor abdominal tiene en ocasiones una localización atípica.



Discusión: La apendicitis durante el embarazo obliga a realizar una apendicectomía inmediata tras la reposición de líquidos intravenosos y la corrección de las alteraciones electrolíticas, si ocurre la perforación apendicular, la tasa de pérdida fetal (independientemente del trimestre) es del 20-25% y la mortalidad materna del 4%, mientras que en la apendicitis aguda no complicada la tasa de mortalidad fetal es inferior al 5%. En el primer trimestre, la apendicetomía puede ir seguida de aborto hasta un 30 % o menos de los casos, mientras que en el segundo trimestre condiciona parto pretérmino hasta en 11%. En el caso presentado se observó lo descrito en la literatura que hasta una cuarta parte de las embarazadas con apendicitis desarrollan una perforación apendicular. Este índice tan elevado se atribuye a un retraso en el diagnóstico y condiciona el aumento de morbimortalidad del binomio.

Caso: mujer de 33 años, niega antecedentes de importancia, Gesta 2 Cesárea previa (hace 14 años) cursando embarazo de 10.2 semanas por amenorrea, sin control prenatal previo. Inicia padecimiento 3 días previos con dolor periumbilical que migra a fosa iliaca derecha acompañado de emesis y evacuaciones diarreicas, refiriendo tratamiento ambulatorio con antibióticos, analgésicos y antieméticos sin mejoría; aumentando la intensidad de dolor, agregándose anorexia y astenia.

A su ingreso a urgencias consciente, orientada, facies álgidas, con tendencia a la taquicardia, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, refiere dolor en hipocondrio derecho el cual se irradia a hombro derecho, con datos francos de irritación peritoneal, rebote positivo, tacto vaginal útero en avf de 13 x 7 cm cérvix intermedio cerrado, doloroso a la movilización cervical, fondos de saco abombados, sin perdidas transvaginales, resto sin alteraciones. Se realiza ultrasonido transvaginal observándose producto único vivo intrauterino de 10.4 semanas por LCC con frecuencia cardiaca de 156 lpm, anexos normales, fondo de saco con liquido libre de 200 cc turbio. **Bioquímicos:** leucocitos 23.6, neutrófilos 96.1% hemoglobina 14.7 gr/dL, plaquetas 287 mil, glucosa 85 mg/dl, creatinina 0.97, lipasa 17, amilasa 26, ac úrico 6.2 sodio 134 potasio 3.58 cloro 98 proteína C reactiva 38.4.

Interconsulta a servicio de cirugía general se realiza apendicetomía secundaria a apendicitis grado IV, termina procedimiento quirúrgico sin complicaciones, se corrobora vitalidad del embarazo, permanece en hospitalización durante 7 días, con doble esquema antibiótico, analgésicos, soluciones parenterales y posterior reinicio y progresión de vía oral, con evolución favorable egresa, al momento continua embarazo de 2do trimestre.

Conclusión: La nausea, vómito y anorexia, frecuentes durante el cuadro de apendicitis aguda, son también, manifestaciones habituales del embarazo sobre todo durante el primero y segundo trimestre. La fiebre y la taquicardia, se presentan en cuadros apendiculares complicados con perforación o absceso apendicular. Por lo anterior, el dolor del cuadrante derecho es el signo más confiable en el diagnóstico de apendicitis y embarazo sin embargo está presente solo en 57% de los casos. La ultrasonografía tiene una sensibilidad de 86% para el diagnóstico, por seguridad es el método ideal a utilizar en la paciente embarazada.

La decisión de proceder a la cirugía debe basarse en los hallazgos de la exploración física, resultados de imágenes, bioquímicos y muy importante el juicio clínico. El pronóstico a largo plazo para las personas que se someten a una apendicectomía durante el embarazo suele ser bueno; las morbilidades preexistentes, y no la cirugía en sí, son los mayores factores de riesgo de eventos obstétricos adversos posoperatorios



- Bickell NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C. Cómo afecta el tiempo el riesgo de ruptura en la apendicitis. J Am Coll Surg 2016; 202:401.
- Tinoco-González J, Rubio-Manzanares-Dorado M, Senent-Boza A, Durán-Muñoz-Cruzado V, Tallón-Aguilar L, Pareja-Ciuró F, Padillo-Ruiz J. Acute appendicitis during pregnancy: differences in clinical presentation, management, and outcome. Emergencias. 2018 Ago;30(4):261-264. English, Spanish. PMID: 30033700.
- Ashbrook M, Cheng V, Sandhu K, et al. Manejo de la apendicitis complicada durante el embarazo en los EE. UU. JAMA Red Open 2022; 5:e227555.