

Reporte de Caso

Presentación atípica de apendicitis en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso

Atipic presentation of apendycitis in third thrimester of pregnancy: case report

MILTON CÉSAR GÓMEZ GÓMEZ¹, CLAUDIA LUCÍA CASTRO VALENCIA²

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda es la urgencia no obstétrica más común que requiere cirugía durante el embarazo, Su incidencia es mayor en el primer y segundo trimestre. Existe dificultad para el diagnóstico oportuno en el embarazo por los cambios fisiológicos y anatómicos de los órganos intraabdominales y la respuesta modulada del sistema inmune y el peritoneo. Se reporta un caso de paciente de 19 años de edad, G1P0 con embarazo de 38.6 semanas por ecografía temprana, quien se presenta en trabajo de parto con cuadro de hipertonia uterina, con hallazgo incidental intraoperatorio secundaria a apendicitis perforada. **Conclusiones:** La presentación de apendicitis en el tercer trimestre del embarazo es un reto diagnóstico dado que se puede presentar como desencadenante de trabajo de parto con alteración en la dinámica uterina y el bienestar fetal y debe incluirse dentro de las posibilidades diagnósticas para realizar un abordaje adecuado y multidisciplinario.

Palabras clave: abdomen agudo, Apendicitis aguda, Embarazo.

Abstract

Background: Acute appendicitis is the most common

non-obstetric emergency that requires surgery during pregnancy, its incidence is higher in the first and second quarter. There is difficulty for the timely diagnosis in pregnancy changes physiological and anatomical of intra-abdominal organs and the modulated response of the immune system and the peritoneum. Reports a case of 19-year-old G1P0 38.6 pregnancy weeks by early ultrasound, who is in labor with picture of uterine hypertonia with intraoperative incidental finding secondary to perforated appendicitis. **Conclusions:** The presentation of appendicitis in the third trimester of pregnancy is challenging diagnosis since it may occur as a trigger of labor with alteration in the uterine dynamics and the fetal welfare and it should be included within the possibilities diagnostic for an appropriate and multidisciplinary approach.

Introducción

La apendicitis aguda fue descrita por primera vez en 1734 por William Ballonius. Un año después, Hancock reportó el primer caso de apendicitis aguda en el embarazo¹. Se presenta como emergencia quirúrgica más frecuente durante el embarazo llevando a cirugía abdominal. Su diagnóstico y signos clínicos pueden ser confundidos con cambios fisiológicos y

¹ Docente, Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Medicina y Cirugía, Ginecólogo Obstetra, Universidad Nacional. e-mail: miltoncesargomez@gmail.com

² Estudiante, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. Semillero Grupo Interinstitucional de Ginecología y Obstetricia GIGYO, Categoría C, Colciencias. e-mail: claudia_2786@hotmail.com

Recibido: julio 16 de 2016

Revisado septiembre 20 de 2016

Aceptado: diciembre 2 de 2016

Como citar: Gómez Gómez MC, Castro Valencia CL. Presentación atípica de apendicitis en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso. *Rev Colomb Salud Libre*, 2016; 11 (2): 149-153.

anatómicos propios de la gestación^{2,3}. Se debe considerar no solo la evolución y el pronóstico de la madre sino también el del feto. Aproximadamente 1 de cada 500 embarazadas requiere de una cirugía por patología no obstétrica, en consecuencia la incidencia de apendicitis aguda es de 0,12% entre las embarazadas⁴⁻⁶. En las gestantes con apendicitis aguda, la literatura concuerda que la incidencia de esta patología es superior durante el segundo trimestre³⁻⁶. La mayor edad gestacional se puede relacionar con peritonitis, por la disminución de la habilidad del omento para localizar la infección y la dificultad diagnóstica dado que los síntomas se pueden confundir con otras dolencias intrabdominales, los cambios propios de la gestación y la respuesta inflamatoria en la gestante está modulada⁵⁻⁷.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 19 años de edad, G1P0 con embarazo de 38.6 semanas por ecografía temprana quien ingresa remitida a clínica de nivel 3 de la ciudad de Cali, Valle del Cauca. El motivo de remisión hipertensión uterina. Al ingreso se encuentra una paciente joven, álgica, alerta, sin dificultad respiratoria, no luce tóxica, con anamnesis referida en su enfermedad actual como cuadro clínico de 6 horas de evolución, consistente en contracciones uterinas hasta el punto de producir dolor permanente e insoportable, sin pérdidas por vagina, no tiene antecedentes médicos, quirúrgicos o tóxicos. En la revisión por sistemas, manifestó ocho días antes episodio de epigastralgia que fue manejado en urgencias como síndrome diséptico y dada de alta. Tres días antes del ingreso hubo episodio de diarrea líquida 1 día, el cual se autolimitó, su hábito alimenticio estaba conservado y no refería ningún otro síntoma gástrico ni fiebre previo al ingreso. Los signos vitales: tensión arterial: 110/60, frecuencia cardíaca: 84 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 por minuto, T: 36.5 grados centígrados. Al examen físico, escleras anictéricas, conjuntivas pálidas, mucosa oral húmeda, cuello sin ade-

nomegalias, cardio-pulmonar ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos, tórax simétrico, murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados, abdomen: blando sin irritación peritoneal, feto único cefálico, dorso izquierdo, útero con aumento de tono a la palpación y frecuencia cardíaca fetal 145 latidos por minuto, reactiva (aquí figura 1) no hay signos de inminencia de ruptura uterina. El examen genital determina vagina normal, no hay presencia de sangrado ni expulsión de líquido amniótico, cérvix grueso, largo y posterior, permeable 1 dedo hasta el orificio cervical interno. Pelvis con reducción en diámetros del estrecho inferior, genitales externos normales, extremidades simétricas sin presencia de edema. SNC: sin déficit aparente.

La conducta en ese momento es ingresar a observación en urgencias de maternidad. Se realiza monitoría fetal, la cual es reportada como tipo 1, se administra 20 mgrs de nifedipino (para disminuir el tono uterino) vía oral y líquidos endovenosos ssn 0.9% en bolo y analgesia. Se decide llevar a cesárea por el riesgo inherente a su distocia pélvica.

En cirugía, se realiza incisión tipo pfannenstiel, al incidir peritoneo hay salida de gran cantidad de líquido purulento de mal olor, se procede a tomar muestra para cultivo, histerotomía tipo Kerr, recién nacido con apgar de 8, 9, 10 y de peso: 2900grs, talla: 45 cm. Líquido amniótico claro y eutérmico, placenta completa. Posterior a histerorrafia se realiza exteriorización de útero y exploración de cavidad abdominal, encontrando plastrón apendicular con apéndice retrocecal de aprox 10 cm de largo con múltiples perforaciones, adherencia de epiplón y presencia de secreción purulenta en todos los cuadrantes abdominales. Se interviene paciente conjuntamente con cirugía, se realiza apendicectomía y lavado exhaustivo de cavidad abdominal, con posterior cierre de cavidad. La paciente es trasladada a la Unidad de Cuidado Obstétrico Especial para continuación de esquema antibiótico, se da salida a los



Figura 1. Monitoria fetal tipo 1. Obsérvese una frecuencia cardíaca fetal con variabilidad conservada y reactividad a los movimientos fetales.

7 días. Reingresa a los 3 días de la alta médica por fiebre intermitente, dolor a la palpación en hipocondrio derecho y hacia el lado izquierdo de la incisión, herida quirúrgica limpia, no signos de inflamación. Debe descartarse infección de vías urinarias nosocomial, colección abdominal residual o endometritis post instrumentación. Se deja a la paciente en observación, se toman paraclínicos, leucocitos:15.350, hb:8.1, hcto:25.1, plaq:372, neut:76%, linf:16.2%, pcr:12.89, creatinina:0.49. Se inicia antibiótico de amplio espectro, se deja hospitalizada.

Se realiza TAC de abdomen en el que se observa colección líquida a nivel del músculo recto abdominal anterior derecho. Cambios inflamatorios y edema de tejidos blandos a nivel de la pared abdominal (piel y tejido celular subcutáneo) en sitio de herida quirúrgica, hemograma con leucocitosis y presenta picos febriles. Se deja drenaje de colecciones líquidas y manejo con antibiótico. Paciente con recuento de colonias y cultivo de secreciones de abdomen negativo, con buena evolución general, sin signos de endometritis pt:15.0, ptt:24.1, inr:1.30, uroanálisis normal con coloración de gram negativo, hb:10.1, leucocitos: 9.17, hcto:30.9, plaq:314, neut:66%, linf:20%, pop drenaje colección adecuada. Paciente deambula, tolera vía oral, en buenas condiciones por lo que se decide continuar en hospitalización para

completar esquema de antibiótico. Se da salida a los 10 días. Paciente termina tratamiento satisfactoriamente con evolución favorable. Control en 3 meses.

Reporte de estudios paraclínicos

Descripción macroscópica: en formol y por separado se recibe:

- Apéndice cecal de 12x 1 cm café necrosada, con fecalito fétido. Se procesan cortes representativos.
- Quiste del mesenterio, se reciben tres(3) lesiones quísticas, la mayor mide 3x3 cm son blancas, translúcidas al corte, abundante líquido claro. Se procesan cortes representativos.

Diagnóstico

Apéndice Cecal – Apendicectomía:
Apendicitis Aguda Necrosada con Periapendicitis Aguda.

Mesenterio – Lesiones Quísticas – Resección:
Pseudoquiste Simple con Inflamación Aguda.

Discusión

Si el diagnóstico exacto y temprano de la apendicitis aguda se considera como una patología de emergencia importante, lo es más

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de patologías más comunes que causan abdomen agudo durante el embarazo^{6,13,14}

Gastrointestinal	Genitourinario	Vascular	Respiratoria	Obstétricas	Otros
Apendicitis aguda	Cistitis aguda	SAMS*	Neumonía basal derecha	Embarazo ectópico	Trauma abdominal
Colecistitis aguda	Pielonefritis aguda	Trombosis y/o infarto mesentérico	Tromboembolismo pulmonar	Aborto séptico	Porfiria intermitente aguda
Pancreatitis aguda	Ruptura de quiste ovárico			RAO por útero grávido	Ruptura esplénica grávido
Obstrucción intestinal				retroverso	retroverso

SAMS: Síndrome de arteria mesentérica superior, RAO: Retención aguda de orina.

aún cuando ocurre durante el embarazo^{8,9}. Se considera el caso de una paciente con diagnóstico de apendicitis aguda con peritonitis, quien presentaba dolor abdominal difuso. Debido a que en el embarazo se dan una serie de cambios fisiológicos y anatómicos que modifican los signos y síntomas clásicos de la apendicitis, el cuadro clínico de esta patología durante la gestación en ocasiones no es muy claro, lo cual dificulta el diagnóstico oportuno. Este retraso está auspiciado adicionalmente porque la respuesta inmune materna está modulada por citocinas producidas por la placenta, con el fin de soportar en el ambiente materno el aloinjerto fetal. Parte de estas citocinas involucran el Factor transformante Beta, Interferón Gama y la Interleukina 4. Estos Factores pueden influenciar el grado de respuesta celular y humoral y en cierta forma reducir los hallazgos clínicos de la respuesta inflamatoria¹⁰.

Los hallazgos de peritonitis generalizada sin los hallazgos típicos de defensa abdominal, en parte son explicados por la sobredistensión que sufre el peritoneo a lo largo de la gestación, y porque su mecanismo de respuesta ante una inflamación local pasa por la activación de los macrófagos peritoneales y las células mesoteliales, unido a la mediación humoral de la interleukina 1 y el factor de necrosis tumoral

alfa con lo cual se logra el reclutamiento celular de leucocitos. Este mecanismo no es muy bien entendido cómo funciona en la gestación y hasta dónde podría limitar la encapsulación de los procesos inflamatorios locales como la apendicitis¹¹.

En el embarazo se describe que no hay asociación del dolor en cuadrante derecho inferior, pues el apéndice se desplaza hacia la parte superior del abdomen a medida que avanza el embarazo^{8,9,12,13}. La fiebre no está presente en muchos de los casos y lo esperable es un leucograma elevado (promedio 17.113) el cual generalmente no es útil pues estas pacientes cursan ya de por sí con una leucocitosis fisiológica^{3,12,13}. El uso de analgésicos previos al diagnóstico enmascara la sintomatología, fenómeno que en el caso de las embarazadas es mayor. En este grupo de pacientes es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de abdomen agudo en el embarazo. Epidemiológicamente la causa más frecuente de abdomen agudo no obstétrico es la apendicitis aguda, seguida por colecistitis (1:1600-10000) y la obstrucción intestinal (1:3000-16000)^{6,7} (Tabla 1).

Considerando las diversas particularidades de estas entidades patológicas hay que tener en cuenta que el retraso en el diagnóstico aumenta el riesgo de complicaciones fetales

y maternas^{8,9,10}. La ultrasonografía permite descartar otras patologías y en algunas ocasiones confirmar el diagnóstico^{1,2}. Como es de esperarse, la estancia hospitalaria en estos casos es francamente más prolongada, lo que genera un costo mayor en la atención⁷. Se han descrito diversos casos en la literatura mundial y tal vez lo más llamativo de estos, es que esta entidad tiende a diagnosticarse tardíamente, lo cual a su vez produce retardo en la intervención y conlleva la aparición de múltiples complicaciones prevenibles, con el eventual menoscabo de la calidad de vida de la paciente y de su familia; de ahí la importancia de concientizar al personal de salud en el diagnóstico temprano de apendicitis durante el embarazo.

Conflicto de interés

Los autores no tienen conflicto de interés.

Aspectos éticos

Para realizar este reporte de caso se leyó y explicó el consentimiento informado, el cual fue firmado por la paciente. Los datos obtenidos fueron confidenciales. Además la paciente aceptó el respectivo permiso de dar información sobre el reporte de patología y microbiología. La paciente estuvo en pleno derecho de hacer negación sobre la publicación en el momento que lo considere.

Referencias

1. De Santis RA, Lockrow EG. Appendectomy during pregnancy: a survey of two army medical activities. *Mil Med.* 1999;164:671-674
2. Eryilmaz R, Sahin M, Bas G, Alimoglu O, Kaya B. Acute appendicitis during pregnancy. *Digest Surg.* 2002;19(1):40-44
3. Ueberrueck T, Koch A, Meyer L, Hinkel M, Gastinger I. Ninety-four appendectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy. *World J Surg.* 2004;28(5):508-511
4. Morad JDO, Elliott JP, Erickson L, Lisboa L. Appen-

5. Tarranza H.M., Moore R.D: Gynecologic causes of acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. *Surg. Clin.North Am* 1997;77(6):1371,
6. Dietrich CH, Hill C, Hueman M. Enfermedades Quirúrgicas durante el embarazo. *Surg Clin N Am.* 2008; 21:95-100
7. Sánchez M. perfil de presentación de la apendicitis aguda en la paciente embarazada: mejorando la exactitud diagnóstica en un hospital general. *revista médica de la universidad de costa rica.* 2008;2(1):1
8. Gutiérrez, Jaime. Apendicitis en el Embarazo. Hospital San Juan de Dios. Estudio retrospectivo. Colombia. 2002
9. Fajardo *et al.* Apendicitis Aguda en Adultos. Guía para manejo de urgencias. Capítulo IV. Fundación Santa Fe de Bogotá. Colombia. 2000
10. Szekeres-Bartho J. Immunological relationship between the mother and the fetus. *Int Rev Immunol .* 2002 Nov-Dec;21(6):471-95.
11. Laffita W, Jiménez W. Apendicitis aguda en el embarazo *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2011; 37(2):223-234.
12. Neumayer et al. Imagen in Appendicitis: A review with special emphasis on the treatment of women. *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* Vol 102. Número 6. USA. 2003
13. Gauf CL. Diagnosing appendicitis across the life span. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner* 2000;12:129-134
14. Butte J, Bellolio F, Fernández F, Sanhueza M, *et al.* Appendicectomy in the Pregnant woman. Experiencia en un hospital público chileno. *Rev Méd Chile* 2006;134:145-151.
15. Augustin G, Majerovic M. Nonobstetrical acute abdomen during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2007;13:4-12.
16. Topley N, Mackenzie R,K, Williams J,D. Macrophages and Mesothelial Cells in Bacterial Peritonitis. *Immunobiol* 1996;195:563-573.