

Caso Clínico y Revisión de Artículo**APENDICITIS AGUDA - EMBARAZO HETEROTOPICO
ACCION INTERDISCIPLINARIA**

*Dr. Benjamín Del Villar Salazar*** Dr. Francisco Paz Nara*** Dr. Jorge Alex Arana Sanjinez** Int. Erbé Del Barco Gamarra**

RESUMEN

La apendicitis aguda, es una de las patologías más frecuentes del abdomen agudo quirúrgico; cualquier dolor en fosa iliaca derecha, se debe sospechar primero esta patología, especialmente cuando existe una relación clínica y laboratorial; como se muestra en el presente caso clínico: paciente ingresa con el *Diagnostico preoperatorio* de **apendicitis aguda y embarazo de 7.5 semanas por ecografía, y escaso sangrado transvaginal**, en la *intervención quirúrgica* se encontró un **hemoperitoneo secundario a embarazo ectópico en trompa derecha** por lo que se realiza una **salpingo-ooforectomía derecha y una apendicetomía incidental**. En el *postoperatorio mediato*, se toma una ecografía de control de hueco pélvico con diagnostico de Embarazo intrauterino de 8.5 semanas. El resultado histopatológico confirma el diagnostico de **embarazo ectópico derecho y una apendicitis inflamatoria**.

PALABRAS CLAVE: Embarazo heterotópico, Embarazo ectópico, Reacción deciduál, Apendicitis aguda, hemoperitoneo

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda, la gran simuladora de las patologías abdominales, pone frecuentemente en los Servicios de Urgencias y consulta externa de los

diferentes Centros hospitalarios, en la disyuntiva diagnóstica de apendicitis frente a la gran variedad de patologías mencionadas como diagnostico diferencial. Por otra parte, descartar un cuadro de apendicitis en criterios no expertos y seguir un tratamiento pensando en otra patología nos lleva a complicaciones, no solo para el paciente con riesgo de aumentar la morbimortalidad, sino también, para el medico, la Institución, aumentando la estancia intrahospitalaria y finalmente llevarnos inclusive a problemas de orden legal. Por otra parte es permanente la preocupación de todo centro, presentar casos clínicos de apendicitis agudas complicadas con diagnostico de ingreso de otra patología, con el objetivo de tomar conductas e insistir en la aplicación de **normas protocolares** que no son siempre tomadas en cuenta. Este hecho nos a inducido a publicar el presente caso clínico, no como una apendicitis, ni como embarazo ectópico, si no como un **caso inédito** de embarazo heterotópico post-operatorio y una apendicitis incidental a pesar del diagnostico histopatológico de apendicitis inflamatoria.

CASO CLINICO

No de Historia Clínica	15072
Fecha de Ingreso	2-06-2008

Fecha de Egreso	5-06-2008
-----------------	-----------

Paciente de 37 años de edad de sexo femenino, refiere cuadro clínico de 20 horas de evolución caracterizado por dolor tipo retortijón, de inicio súbito, sin causa aparente, de gran intensidad localizado en mesogastrio y posteriormente en fosa iliaca derecha, irradiado a hipogastrio El dolor es permanente sin modificaciones y se exacerba a los movimientos. Se acompaña de alzas térmicas no cuantificadas, vómitos alimentarios y estreñimiento.

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca	12 años	Gestas	5
Para	4	Aborto	1
Cesárea	0	FUM	15-04-08
FUP	2004	Catanemia	Regular

Examen físico General: Bueno.

Signos vitales:

FC:	80 x min.	FR	24 x min.
PA:	100/60 mmHg	T	36.5 °C
Peso	70 Kg.		

Abdomen Globoso a expensas de TCSC, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (+) hipó activos, Blumberg (+), Signo del Psoas (+), Obturador (-), Signo de Genneau de Mussy dudoso.

Genito-urinario. Características femeninas, con presencia de sangrado genital sin coágulos en aproximadamente 1 ml, de color pardo.

Impresión diagnóstica por cirugía

- Abdómen agudo quirurgico
- Apendicitis aguda
- Embarazo de 7.5 sem por FUM
- Amenaza de aborto?
- Embarazo ectópico?

En fecha 2-06-2008 es internada por consultorio externo de medicina interna con el Dx: Proceso inflamatorio agudo.

Laboratorio pre operatorio.

Hemograma: GB 11.8 x 10⁻⁹/L seg. 74 % linfocitos 25% GR 5.0 x 10⁻¹² /L Hb 152 gr./L, Hto. 0.46.

EGO: dentro de parámetros normales.

Ecografía: 2-06-2008 Diagnostico de: Embarazo de 7.5 semanas de gestación - Apendicitis aguda a descartar (figura 1 y 2)

Gráfico 1



Gráfico 2



El servicio de cirugía solicita: Inter. Consulta con el servicio de ginecología. Posterior al reporte ecográfico se indica Indometacina 100 mg STAT vía rectal. y Butil bromuro de hioscina 1 amp. IM media hora antes de la cirugía. Se solicita, valoración pre anestésica la cual autoriza la cirugía.

DX. post operatorio 1.- Hemoperitoneo secundario a Embarazo ectópico derecho.

Operación:

- 1.- Laparotomía Exploradora
- 2.- Salpingo – ooforectomía Derecha.

3.- Apendicetomía incidental.

Se envían piezas operatorias para estudio histopatológico.

Posterior a la cirugía, la paciente recibe:

Tratamiento en base a Medidas generales, Soluciones: 3000cc para 24 horas. Antibióticos: Cefazolina 1 gramo cada 12 horas. Gentamicina 240 mg IM cada 24 horas (por 3 días). Analgésicos. Dipirona 100 mg IM PRN.

Evolución.- La Paciente presentó buena evolución en el servicio de cirugía, paciente afebril durante toda su internación, signos vitales estables, sin complicaciones. Al no presentar ninguna complicación quirúrgica se decide transferir a la paciente, al servicio de ginecología

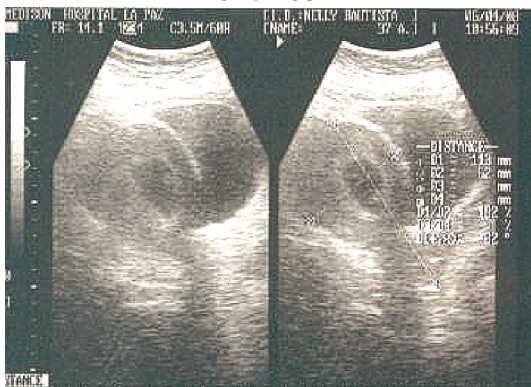
En fecha 4-06-2008 se solicita nueva ecografía de control la cual reporta como impresión diagnóstica: (Fig. 3 y 4)

- Embarazo de 8.5 semanas
- Presencia de latido fetal.

Gráfico 3



Gráfico 4



Por lo que se cambia esquema antibiótico, descontinuo gentamicina por su efecto nefro y ototóxico por amoxicilina 1 gramo V.O. cada 8 hrs., hasta cumplir los 7 días de tratamiento.

En fecha 7-06-2008 es dada de alta por el servicio de ginecología con control laboratorial dentro de los parámetros normales.

El 13-06-2008. Paciente acude a consultorio externo del servicio de cirugía con resultado anatomopatológico de:

Embarazo ectópico tubárico. Apendicitis aguda con reacción peritoneal focal. Quiste seroso simple.

Se indica a paciente realizar control prenatal por consultorio externo de Obstetricia

DISCUSION

El embarazo heterotópico definido como la gestación intrauterina y extrauterina que coexisten de forma simultánea tiene frecuencia estimada de **1:30.000** embarazos si no se han empleado técnicas de reproducción asistida. En Venezuela su incidencia es **1:86.000**, postulándose que dicha cifra se debe al subdiagnóstico de la patología por desconocimiento de la misma y falta de control prenatal, entre otros factores, se reporta un caso de mujer de 27 años, con antecedente de aborto y embarazo ectópico previo, que consulta a la Maternidad Concepción Palacios con retraso menstrual de 41 días y posterior sangrado genital. Al momento de la admisión y durante su estadía hospitalaria se realizó ecografía transvaginal, ambas con diagnóstico de embarazo heterotópico, describiéndose saco gestacional con embrión sin actividad cardíaca en cavidad endometrial; el componente extrauterino se observó como un tumor parauterino izquierdo contiguo a ovario, con saco gestacional y

embrión con actividad cardiaca. En el transcurso de su evolución la paciente presento síntomas de embarazo ectópico roto motivo por el cual posterior a legrado uterino se realizo laparotomía exploradora con salpingectomia izquierda. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresada asintomática. El informe de anatomía patológica reporta los restos ovulares como reacción deciduál con extensas áreas hemorrágicas, y confirma el diagnostico de embarazo ectópico roto. Se destaca que el embarazo heterotópico debe considerarse, puesto que su diagnostico precoz permite buenos resultados materno-peri natales; se hace énfasis en el ultrasonido transvaginal como método imagenológico de elección, aunque no es un procedimiento infalible como se ha demostrado en esta revisión. (1)

Evaluación diagnóstica-
 Aproximadamente el 70% de los pacientes con apendicitis aguda tiene una presentación típica y los hallazgos clínicos son suficientes para establecer el diagnostico. En el resto de los pacientes, los síntomas y signos son atípicos o inespecíficos, ya sea por la edad, el sexo o trastornos asociados. Esto dificulta el diagnostico clínico, con el siguiente aumento de apendicetomía negativas o apendicetomías tardías. La Radiografía convencional y los exámenes de laboratorio carecen de exactitud y no deberían usarse en forma sistemática con fines diagnósticos. La TAC no tiene buena sensibilidad en estadios tempranos de la enfermedad. La ecografía y la laparoscopia tienen excelentes cifras de sensibilidad y especificidad, y son capaces de reducir el porcentaje de laparotomías negativas a cifras menores del 5%, sin elevar la cifra de apendicetomías tardías. (2)

Diagnóstico diferencial-

Prácticamente todas las patologías que cursan con dolor abdominal, pueden confundirse o dar síntomas similares a los de la apendicitis aguda. En algunos casos el diagnostico diferencial surge fácilmente; en otros, por el contrario el diagnostico definitivo solo se puede establecer mediante los hallazgos intraoperatorios y la anatomía patología. En la tabla 1 se detallan separadas por órganos, las enfermedades mas comunes que se deben considerar en el diagnostico diferencial de una probable apendicitis.

Tabla 1

Enfermedades más comunes en el diagnostico diferencial de la apendicitis aguda

Apéndice	Tracto urinario
-Tumores -Mucocele	-Cólico ureteral -Pielonefritis
Colon	Utero-ovario
-Cancer -Diverticulitis -Enf. de Crohn -Obstruccion intestinal -Tiflitis (leucemia, amebiana)	-EPI -Embarazo ectópico -Ruptura de quiste ovárico, folículo o Cuerpo luteo. -Salpingitis -Abscesos tubo ováricos
Aparato biliar	Otros
Colecistitis Aguda	-Epididimitis aguda -Infección por CMB -Cetoacidosis diabética -Pancreatitis -Infección parasitaria -Neumonía basal -Pleuritis -Absceso del psoas
Intestino delgado	
-Adenitis -Ulcera duodenal aguda -Ulcera duodenal perforada -Gastroenteritis -Obstrucción intestinal -Tuberculosis -Invaginación intestinal -Enf. De Crohn	

Por otra parte es importante mencionar las siguientes características clínicas en la **EPI** que presenta una mayor duración de los síntomas, generalmente 2 a 3 días, a diferencia de las apendicitis agudas en que ellos duran en promedio 17 horas. Los síntomas gastrointestinales son pocos y el dolor abdominal es más difuso, con

predominio en ambas fosas iliacas. Al examen físico no se encuentra la defensa muscular característica de la apendicitis pero suele haber un exquisito dolor a la descompresión. Al tacto vaginal, la movilización del cuello uterino produce dolor de intensidad variada. **La Ruptura de un folículo ovárico** puede dar lugar a un dolor abdominal bajo de aparición brusca, en el medio del ciclo menstrual. Por lo que recibe el nombre de **Síndrome de Mittelschmerz**. La leucocitosis y la fiebre son leves o están ausentes, y el dolor desaparece espontáneamente en pocas horas. **La Salpingitis aguda** comienza en el abdomen inferior con temperatura superior a los 38 °C, y los vómitos y la anorexia son infrecuentes. Al examen físico se comprueba hipersensibilidad en ambas fosas iliacas sin rigidez muscular. **La Endometriosis** se debe sospechar en pacientes con dolores recurrentes en cada ciclo menstrual. **El embarazo ectópico** se sospecha en una mujer con dolor abdominal inferior de comienzo brusco, cuadros de hipotensión, retraso menstrual y flujo vaginal pardo. El Diagnóstico se confirma en la mayoría de los casos con el examen ecográfico y la determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica.

Con los anteriores elementos podemos

mencionar que la signo sintomatología presentada era aparentemente compatible con una apendicitis aguda clínica y laboratorialmente. El dolor de inicio brusco, inclinó a pensar también en un embarazo ectópico asociado a una pérdida sanguínea, y se lo puso en interrogación por el tiempo del embarazo, el laboratorio y los signos vitales estables.

De inicio se determino el embarazo intrauterino, pero lo que no se pudo precisar es el anexo derecho mostrando dudas al respecto interpretando más bien, un probable cuadro apendicular en interrogación.

Los embarazos heterotopicos son diagnosticados con mayor criterio desde el punto de vista ecográfico transvaginal y abdominal,

BIBLIOGRAFIA

1. Rada Torres LP, Rivero Fraude A, Briones J, Fernández S. Embarazo Heterotópico vs Embarazo Ectópico Roto con Reacción Decidual. Rev Soc Med Quir [Revista en internet] 2007 [mayo de 2007]; 38(2). Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx>
2. Ferreira P. Cirugía de Michans. 5a ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.