Descargado el: 9-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Apendicitis epiploica en una embarazada. Presentación de un caso

Epiploic Appendicitis in a pregnant woman. Case presentation

Mayquel Monzón Rodríguez[1] Yoan Hernández Cabrera[1] Ailén Sed Pérez[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Monzón-Rodríguez M, Hernández-Cabrera Y, Sed-Pérez A. Apendicitis epiploica en una embarazada. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 9]; 15(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3643

Resumen

El abdomen agudo quirúrgico durante la gestación es una entidad de difícil manejo tanto para obstetras como cirujanos. Su diagnóstico se torna más difícil debido a que se producen cambios anatómicos y fisiológicos que modifican los síntomas y los signos de algunas enfermedades causantes de esta entidad. En estos casos, de no aplicarse una terapéutica quirúrgica en breve tiempo, produce complicaciones cada vez más graves que repercuten directamente en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Por tales razones se presenta el caso de una gestante de 28,3 semanas, atendida en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, a la que se le diagnosticó un abdomen quirúrgico agudo por apendicitis epiploica basado en elementos clínicos y humorales, ayudado por múltiples medios diagnósticos. Se expone la conducta seguida ante dicho caso.

Palabras clave: apendicitis, epiplón, embarazo

Abstract

Acute surgical abdomen during gestation is an entity difficult to manage for both obstetricians and surgeons. Its diagnosis becomes more difficult due to the anatomical and physiological changes modifying the symptoms and signs of some conditions which cause this entity. In these cases, if surgery is not performed in a short time, it produces increasingly serious complications which directly affect maternal and peri-natal morbidity and mortality. For these reasons, a case of a 28.3-week-old pregnant woman, attended at the General University Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, in Cienfuegos, was diagnosed an acute surgical abdomen due to epiploic appendicitis based on clinical and humoral elements , aided by multiple diagnostic tools. The management of this case is presented.

Key words: appendicitis, omentum, pregnancy

Aprobado: 2017-06-08 12:00:07

Correspondencia: Mayquel Monzón Rodríguez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. mayquel.monzon@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud a nivel mundial. Sus características están en correspondencia con las diferentes etapas de la vida en que se presente, adquiere especial peculiaridad durante la gestación.

El abdomen agudo quirúrgico (AAQ) es uno de los temas más apasionantes y complejos de las especialidades clínicas en general. Puede considerase, dentro de la patología médica, como unas de las afecciones más graves y dramáticas, que cobra mayor significación cuando se presenta en el curso de un embarazo y con frecuencia, el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes debe adecuarse para atender preocupaciones en relación con un segundo paciente: el feto.[1,2]

Durante la gestación, el diagnóstico de abdomen agudo se torna más difícil debido a que se producen cambios anatómicos y fisiológicos que modifican los síntomas y los signos de algunas enfermedades causantes de esta entidad.

El útero, a partir de la 12 semanas, deja de ser intrapélvico y su crecimiento paulatino en el curso de la gravidez (por causas fetales y de los anexos ovulares), desplaza hacia arriba, afuera y lateralmente las vísceras abdominales,[3] comprime las vías urinarias y provoca separación progresiva del peritoneo parietal y visceral, por lo cual, al producirse una afección de cualquier órgano abdominal, hay menos probabilidades de que aparezcan los síntomas habituales por irritación parietal directa.

Consecuente con estos cambios anatómicos, en el organismo femenino también ocurren cambios fisiológicos en todos los sistemas de órganos, debido a la acción de las hormonas propias del embarazo como los estrógenos y especialmente los niveles elevados de progesterona sérica que provocan relajación del músculo liso, con disminución en la velocidad del tránsito intestinal, afectaciones en el sistema hepatobiliar y del funcionamiento del resto de los órganos intraabdominales. Todo ello, unido a la distensión mecánica de la pared abdominal, hace que la exploración física durante el embarazo sea más difícil y confusa.[4,5]

Se estima que entre el 0,5 % al 2,2 % de las mujeres embarazadas requieren de una intervención quirúrgica no obstétrica, y que dos de cada 1000 embarazadas necesitan la terapéutica quirúrgica para solucionar el problema.

La afección quirúrgica de urgencia más frecuente es la apendicitis aguda,[6] citándose entre otras causas digestivas, la pancreatitis, la colelitiasis, la colecistitis aguda, perforación de ulceras pépticas y la oclusión intestinal; de causas urinarias la obstrucción de las vías urinarias; de origen ginecológico los quistes de ovarios complicados (torsión o rotura), degeneración roja de mioma uterino y la enfermedad inflamatoria pélvica; otras causas incluyen las provocadas por trastornos vasculares tales como, la trombosis o embolia descritas poco frecuentemente durante el embarazo. Sin embargo, la condición materno fetal hace dirigir el primer pensamiento médico a descartar aquellas entidades obstétricas que pueden provocar por sí mismas abdomen agudo, siendo las más frecuentes la gestación ectópica, el aborto, la amenaza de parto inmaduro o pretérmino y placenta previa (*abruptio placentae).*[6]

El grado de daño quirúrgico provocado por la enfermedad aguda que motiva la cirugía, desencadena una respuesta inflamatoria sistémica con agresión notable materno fetal, por lo que se hace imprescindible en la atención de la embarazada con abdomen agudo quirúrgico, la participación de un equipo multidisciplinario integrado por obstetras, cirujanos y anestesiólogos, que les permitan realizar un diagnóstico etiológico precoz, decidir la conducta adecuada, el tipo de anestesia a utilizar y de la cirugía a realizar, con la premisa de preservar la salud de un feto sano, siempre y cuando el bienestar materno no se encuentre comprometido.

Este artículo tiene el objetivo de exponer el informe de un caso de abdomen agudo atípico y embarazo, donde la historia clínica y la exploración física y la utilización de medios auxiliares disponibles, constituyeron las claves para el diagnóstico de apendicitis epiploica y la garantía del éxito posterior.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una gestante de 28,3 semanas, de 32 años de edad, con historia obstétrica de gesta 2, partos 1, cesárea 1, abortos 0, que acudió al Servicio de Urgencia del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, refiriendo dolor abdominal

intenso localizado en fosa iliaca izquierda (FII), de aproximadamente ocho horas de evolución, de comienzo brusco, de carácter opresivo, permanente, que no se irradiaba al resto del abdomen y que no aliviaba con el uso de analgésicos. Se acompañaba de náuseas y vómitos.

Valoración del riesgo materno fetal: segundo embarazo, sobrepeso (IMC 28,3) cesareada anteriormente. Tenía una apendicectomía aproximadamente cuatro años antes.

Se presume dolor abdominal agudo con riesgo quirúrgico.

El examen físico reveló como datos positivos: taquicardia materna (118 latidos por minutos), Abdomen: útero grávido, altura uterina 28 cm, pelviano, dorso izquierdo, frecuencia cardiaca fetal de 158 por minutos, tono uterino normal, movimientos fetales presentes, en FII signos de irritación peritoneal, contractura abdominal involuntaria y percusión dolorosa.

Se le realizaron exámenes complementarios de urgencia: hemograma completo con leucocitosis (16 000 leucocitos/mm^3) con predominio de segmentados.

Ultrasonido abdominal: hacia fosa iliaca izquierda se observa una imagen ecogénita con centro hipoecogénico, redondeada, que mide más menos 10x8 mm con su centro a 20 mm de la piel que recuerda imagen en diana, sugestiva de proceso inflamatorio de intestino. (Figura 1).

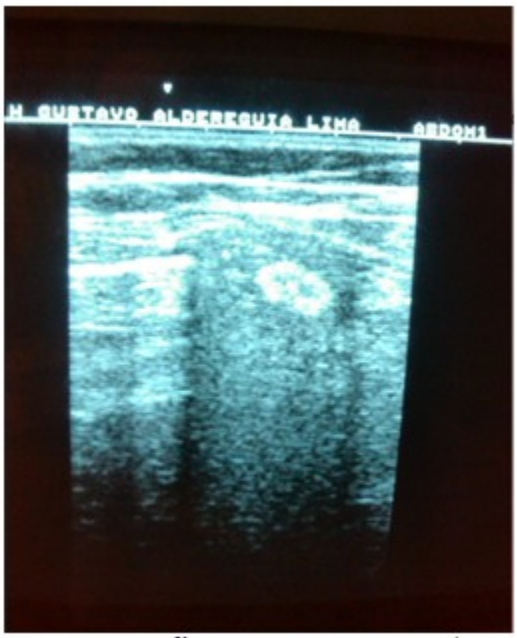


Figura 1. Ecografía que muestra imagen en diana.

Se realizó discusión colectiva del caso entre el Servicio de Cirugía y el de Obstetricia, en la que se descartó la afección obstétrica y se decidió anunciar para tratamiento quirúrgico de urgencia con el diagnóstico presuntivo de apendicitis epiploica. En el acto quirúrgico se constató un apéndice epiploico trombosado de colon sigmoide el cual se ligó en su base y se realizó su exéresis. Se logró hemostasia adecuada del sitio operatorio. (Figura 2).



Figura 2. Imagen que muestra el apéndice eplipoico trombosado que se encontró durante la laparotomía

Finalizó el procedimiento sin otras complicaciones, y luego de alcanzar la estabilidad hemodinámica de la paciente, esta fue trasladada a Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes, para mejor seguimiento de su condición.

La evolución clínica materno fetal fue satisfactoria. Se indicó profilaxis antimicrobiana de amplio espectro y contra la enfermedad tromboembólica. La paciente fue egresada cinco días después del acto quirúrgico con una evolución adecuada y sin otras complicaciones.

DISCUSIÓN

La epiploitis aguda o apendicitis epiploica, es una enfermedad benigna y autolimitada, secundaria a la torsión o trombosis espontánea de las venas de drenaje de los apéndices epiploicos que puede similar un abdomen agudo quirúrgico. Ocurre habitualmente entre la segunda y quinta décadas, con una incidencia similar entre hombres y mujeres.

Los apéndices epiploicos, mencionados la primera vez por Vesalius en 1543, son pequeños sacos constituidos por la duplicación del peritoneo visceral, rodean el intestino grueso entre el ciego y la unión recto-sigmoidea. Existen de 100 a 150, y su longitud varía entre 0,5 y 5 cm., conteniendo únicamente tejido adiposo y estructuras vasculares. La vascularización es terminal y la extrema movilidad de estas pequeñas estructuras pediculadas hacen posible su torsión, que representa su afección más frecuente. Como consecuencia, se produce un infarto isquémico de la grasa con irritación peritoneal, ocasionando un abdomen agudo.[7]

En el caso presentado, el diagnóstico etiológico del abdomen agudo estuvo enmascarado por los cambios anatomofisiológicos del embarazo, y otros elementos confusorios como el antecedente de haber recibido tratamiento quirúrgico por apendicitis aguda; sin embargo, ser una gestante sobrepeso, con la presencia del dolor y signos de irritación peritoneal en FII, taquicardia materna, la leucocitosis y la imagen ecográfica, fueron elementos imprescindibles para llegar al diagnóstico y posterior conducta basada en los criterios de intervención quirúrgica en embarazadas con abdomen agudo referidos por Laffita Labañido,[2] tales como.

Criterios clínicos mayores:

Reacción peritonial

Contractura abdominal involuntaria

Percusión dolorosa de abdomen

Tumor abdominal agudo doloroso

Distensión abdominal asimétrica

Criterios médicos menores:

Dolor abdominal persistente

Cutáneo mucosos:

Fiebre mayor de 38 grados C, palidez, íctero,

Hemodinámicos:

Polipnea mayor que 30 respiración/ min. , taquicardia mayor de 120/min, hipotensión arterial.

Náuseas y vómitos

No defeca ni expulsa gases.

Sangrado vaginal

Criterios humorales:

Anemia progresiva

Leucositosis mayor de 15000 leucositos/mm^3

Indicios de coagulación intravascular diseminada.

En relación a la decisión sobre la base de los criterios de intervención quirúrgica es preciso tener en cuenta:

-Dos criterios clínicos mayores más dos criterios clínicos menores, más un criterio humoral (intervención quirúrgica urgente).

-Sin criterio clínico mayor, más tres menores, más un criterio humoral (revaloración del cuatro a seis horas).[2]

Como factores predisponentes se han descrito la obesidad, la pérdida excesiva de peso o la existencia de hernias. Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso, permanente y muy localizado. La localización es variable; sin embargo predomina en fosa ilíaca izquierda, donde los apéndices epiploicos son de mayor número y tamaño, o la fosa ilíaca derecha. En general no hay defensa abdominal; aunque sí existe signo de Blumberg localizado, palpándose en ocasiones una masa subparietal. Otros síntomas como alteración del tránsito intestinal, náuseas o vómitos, son raros. No suele existir fiebre, leucocitosis. Respecto a las técnicas de imagen, la radiografía simple carece de utilidad. La ecografía puede mostrar una masa hiperecogénica, ovalada, en contacto con el colon y adherida a la pared abdominal, que mide de 1,5 a 5 cm. de diámetro. La hiperecogenicidad se explica por el carácter adiposo del apéndice epiploico y por la necrosis hemorrágica que se produce en la grasa. Un fino halo hipoecogénico la rodea en más de la mitad de las lesiones, representando la serosa inflamada recubierta por un exudado fibroleucocitario.[8]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laffita Labañino LW, Jiménez Reyes W. Apendicitis aguda en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2011 [cited 3 Feb 2017] ; 37 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200012.

2. Laffita Labañino W. Abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.

3. Machiavello R, González M. Abdomen agudo no obstétrico en el embarazo. Rev Obst Ginecol. Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2014 ; 9 (1): 7-10.

4. Epstein FB. Acute abdominal pain in pregnancy. Emerg Med Clin North Am. 1994 ; 12: 151-65.

5. Halvorsen A, Brandt B, Andreasen J. Acute appendicitis in pregnancy: complications and subsequent management. Eur J Surg. 1992 ; 158: 603-6.

6. Barahona D, Schiappacasse G, Labra A, Soffia P. Abdomen agudo en el embarazo. Evaluación por resonancia magnética. Revista Chilena de Radiología. 2015 ; 21 (2): 70-75.

7. Guevara Cruz O. Abdomen agudo durante el embarazo. In: Obstetricia integral del siglo XXI. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 98-110.

8. Teijo Núñez E, Raimunde Seoane S, Álvarez Álvarez JL, Olcoz Goñi L. Epiploitis aguda: una causa inusual de abdomen agudo médico. An Med Interna (Madrid) [revista en Internet]. 2006 [cited 9 Mar 2016] ; 23 (10): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006001000014.