

ALGUNOS ASPECTOS DIAGNOSTICOS Y OPORTUNIDAD QUIRURGICA DE LAS AFECCIONES NO AGUDAS DEL ABDOMEN DURANTE EL EMBARAZO

Dr. J. J. POSEIRO

Durante el embarazo las operaciones abdominales constituyen las más frecuentes de todas las eventualidades quirúrgicas. Según Olazábal y Martino (27) (1965), el 82% de las operaciones efectuadas en estado de gravidez fueron abdominales. Estos datos son extraídos de una estadística del Hospital de Clínicas, tomada desde el año 1954 a 1965 (ver tabla I). En la tabla I puede apreciarse que de esas operaciones abdominales el 62% lo fueron sobre el sector inframesocólico y 30% sobre el aparato genital.

Tabla I

OPERACIONES ABDOMINALES	82%
Supramesocólicas	20%
Inframesocólicas	62%
Sobre aparato genital	30%
Extragenitales	20%
Laparotomías en blanco	12%

(Olazábal y Martino, 1965)

DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO

En la misma estadística antes mencionada, el error de diagnóstico en las operaciones hechas sobre el sector supramesocólico fue del 0%, en tanto que en el inframesocólico fue del 38.7% (tabla II). Esta gran incidencia de los errores de diagnóstico, llama evidentemente la atención a primera vista. No es habitual que los errores de diagnóstico en las operaciones de cual-

quier tipo alcancen un porcentaje tan elevado. Durante la gravidez hay condiciones que hacen muy difícil el diagnóstico de las afecciones quirúrgicas del abdomen.

Tabla II

ERRORES DE DIAGNOSTICO

Afecciones:

Supramesocólicas	0,0%
Inframesocólicas	38,7%

(Olazábal y Martino, 1965)

Tabla III

EDAD DEL EMBARAZO
EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCION

0 a 12 semanas	54%
13 a 24 semanas	30%
25 a 40 semanas	16%

(Olazábal y Martino, 1965)

1) Síntomas

Los síntomas subjetivos se ven muy a menudo enmascarados por la gran cantidad de elementos subjetivos que acompañan a la gravidez (17). Así, es habitual observar en la grávida, vómitos, náuseas, dolores abdominales proteiformes y difusos que muy a menudo hacen que el médico cometa dos tipos de errores: 1º) achacar a sintomatología gravídica síntomas que pueden ser debidos a una real afección abdominal; y 2º) si estos síntomas se hacen muy marcados, creer que la paciente tiene una enfermedad quirúrgica del abdomen, cuando únicamente expresa sintomatología gravídica (28). A menudo el estado psicológico inestable de la grávida hace el interrogatorio muy difícil y poco preciso; como estas imprecisiones son inevitables, hay que evaluar muy bien los síntomas presentados por la paciente; así debe tenerse en cuenta si la sintomatología presente en el momento del interrogatorio data de pocos días o de mucho tiempo atrás, si ha habido una agravación brusca de malestares ya preexistentes o si por el contrario no ha habido modificación alguna en la evolución sintomatológica (12, 14).

2) Signos físicos

La exploración abdominal se hace difícil por la presencia del tumor gravídico. Si bien éste, durante los primeros cinco o seis meses de gravidez limita esas dificultades a la porción inferior del abdomen y al hipogastrio, a medida que crece ocupa casi todo el abdomen y hace prácticamente imposible la explotación clínica más o menos correcta de las vísceras abdominales.

El crecimiento uterino a la vez moviliza y disloca de su posición habitual a los distintos órganos (17). Más adelante veremos algunas puntualizaciones con respecto a afecciones particulares, pero desde ya debemos decir que la exploración debe ser mucho más cuidadosa que fuera de la gravidez para poder interpretar los diversos signos.

La pared abdominal pierde con el embarazo su capacidad de reflejar claramente los sufrimientos intraperitoneales. Inciden en este accidente el alejamiento a que se ve sometida por el tumor gravídico, así como también la distensión de sus estructuras musculares (19, 22).

Sin embargo, en nuestra experiencia personal, corta por cierto, podemos decir que siempre que hemos visto un cuadro agudo de vientre en el embarazo o en el puerperio, había una manifestación parietal bastante clara. Si bien la contractura no era tan intensa como en los cuadros acaecidos en no grávidas, había una suficiente resistencia parietal que, sabiendo las limitaciones gravídicas, podía evocar perfectamente el signo contractura.

Hay dos cuadros netamente gravídicos, que pueden confundir el diagnóstico. Ellos son: el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y el polihidramnios agudo. Caben a ambas afecciones las mismas puntualizaciones: en primer lugar, pensar siempre en su presencia cuando hay una gravidez en evolución y, en segundo lugar, la sintomatología física netamente limitada al contorno uterino, hacen que ellas puedan ser descartadas con relativa facilidad.

Por último, cabe señalar otra afección que si bien no es obstétrica pura, tiene una alta frecuencia durante la gravidez, nos estamos refiriendo a la pielonefritis gravídica, mucho más frecuente a derecha que a izquierda, que puede confundirse con una apendicitis aguda. La correcta semiología de la región lumbar y finalmente el análisis de orina en busca de elementos anormales y bacterias, completan el cuadro perfectamente, haciendo prevalecer esta afección en el diagnóstico.

3) *Semiología complementaria*

El embarazo modifica por sí mismo muchos de los elementos utilizados en la semiología complementaria. El valor de esas modificaciones es fundamental; hay que conocerlas para poder interpretar adecuadamente todos los datos.

a) *Valores hematológicos.*— Durante el embarazo normal se presentan cambios en los valores hematológicos. Los valores de *hemoglobina, glóbulos rojos y hematócrito* caen desde el final del primer trimestre progresivamente hasta el final del embarazo para no alcanzar sus valores normales hasta 5 a 10 semanas después del parto (fig. 1) (34, 37). Desde el primer trimestre de la gravidez hay un gran aumento del volumen plasmático, el cual llega a alcanzær alrededor de la 30ª semana de la gravidez un valor de 30', más que el existente antes del embarazo (1, 9, 29). *El volumen globular total*, esto es, la cantidad total de glóbulos rojos, también aumenta durante el embarazo (9, 16), pero su aumento máximo es apenas el 20', sobre el que tenía antes de la gravidez (29, 34).

Esta desproporción entre el aumento del volumen plasmático y del volumen globular (34) hace que haya una relativa dilución hemática y explica el descenso del hematócrito que alcanza un valor de alrededor de 10 a 20', menos de lo que tenía antes del embarazo, siendo los valores medios encontrados de 37% (9, 29). Una misma línea de descenso siguen la numeración globular así como los valores de la hemoglobina.

Por lo tanto, en general, para hablar de anemia durante los dos últimos trimestres del embarazo, se debe considerar solamente cuando la cifra globular está por debajo de los 3.800.000 y cuando la hemoglobina cae debajo de 10 g. por 100 mililitros de sangre (12).

La leucocitosis y la velocidad de eritrosedimentación, sufren modificaciones marcadas durante la gravidez (fig. 2). La leucocitosis se eleva desde sus valores normales hasta un máximo de 15.000 leucocitos por c.c. durante los últimos tres o cuatro meses de la gestación (29, 34). Este aumento comienza alrededor de la 15ª semana, llega a su máximo alrededor de la 30ª y se mantiene en ese nivel hasta el final del embarazo (24). Es necesario destacar que hemos mostrado las cifras máximas de leucocitosis, pero hay que hacer una puntualización muy importante. La leucocitosis varía de enferma a enferma y, lo que es más importante, aun dentro de una misma paciente, dando cifras oscilantes. Es por ello que adquiere un valor muy grande la leucocitosis seriada cuando es posible hacerla. Por lo mismo tiene un valor muy importante cuando se conoce la leucocitosis intragravídica previa a

la aparición de una afección sospechosa de quirúrgica en el momento actual. Por lo que antecede, una leucocitosis única que esté comprendida por debajo de las cifras antes señaladas, debe ser considerada como probablemente producida por la propia gravidez y no achacada a cualquier enfermedad intercurrente de la misma. Durante el parto esta cifra puede duplicarse, es decir, llegar a valores cercanos a 30.000 leucocitos (29). Esto no llama la atención, puesto que con cualquier esfuerzo exagerado se duplica la cantidad normal de células blancas existentes (7). Estos

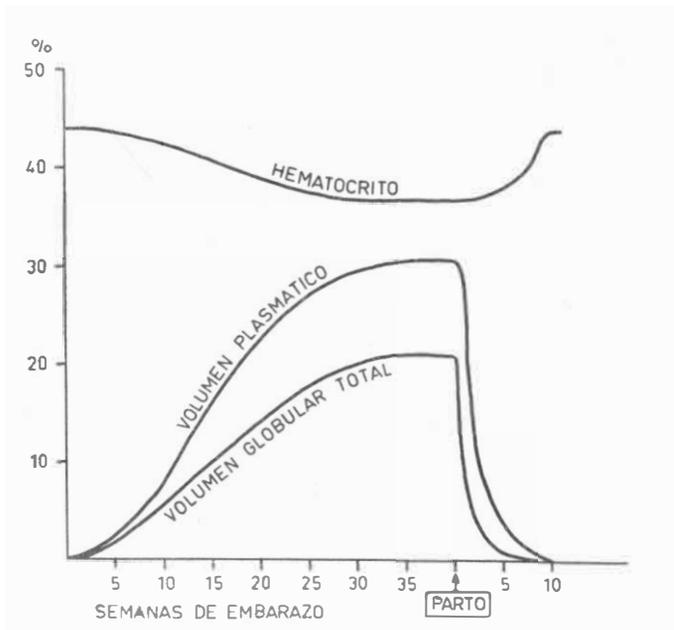


Fig. 1.— Se han tabulado los cambios porcentuales del volumen globular total, volumen plasmático y hematocrito, en función de las semanas de embarazo. Puede verse que el volumen plasmático experimenta un aumento que llega a más del 30% del valor pregravídico después de la 30ª semana de la gravidez; el volumen globular total aumenta pero en escala menor, llegando apenas a un 20% del valor que tenía antes de la gravidez. Como consecuencia de esta discordancia entre ambos elementos, el hematocrito cae a valores cercanos al 10% menores de los que tenía fuera de la gravidez. (Figura construida con datos extraídos de 6, 7, 9, 12.)

aumentos leucocitarios se hacen fundamentalmente en base a un aumento de los neutrófilos, tanto en las formas segmentadas como no segmentadas y en general van asociados con una linfopenia y una eosinofilia (24, 29).

La velocidad de eritrosedimentación aumenta en forma muy marcada durante el embarazo (29, 37). Este aumento comienza

alrededor de la 20ª semana, el máximo alrededor de la 30ª y se mantiene así hasta el final del embarazo. Los valores máximos alcanzados que se observan después de la 30ª semana, llegan alrededor de 30 mm. en la primera hora (37, 38). Este aumento es probablemente debido al incremento de las proteínas plasmáticas, especialmente fibrinógeno, que ocurre durante el período antes mencionado (25, 34).

El mismo comentario que hiciéramos para la leucocitosis, vale también para el aumento de la velocidad de eritrosedimen-

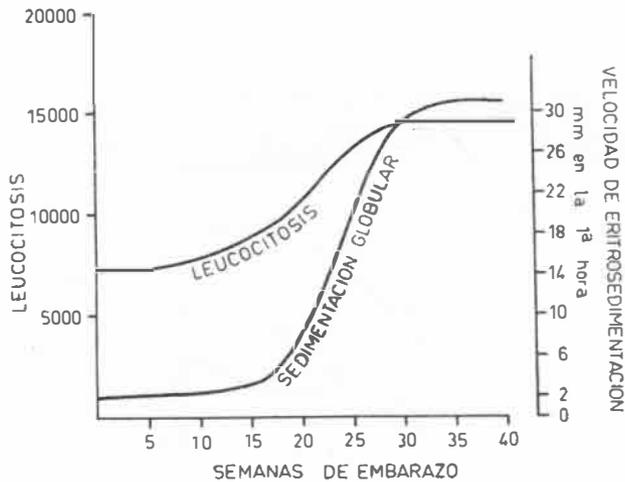


Fig. 2.— Cifras absolutas de leucocitosis (a la izquierda) y velocidad de eritrosedimentación (a la derecha) en función de la edad del embarazo. La leucocitosis comienza a elevarse alrededor de la 15ª semana, alcanzando su máximo alrededor de la 30ª semana de la gravidez, para permanecer así hasta el momento del parto. La velocidad de eritrosedimentación sube en forma bastante brusca entre la 15ª y la 25ª semanas, manteniendo sus valores después de la 30ª semana hasta el momento del parto. (Figura construida con datos tomados de 6, 7, 8, 13, 14, 15.)

tación; no se puede esperar que ella sirva como orientación diagnóstica cuando sus valores están tan elevados por la propia gravidez. Por otra parte, estas cifras son las correspondientes a embarazos absolutamente normales. Wintrobe (38) señala que cuando coexisten con alguna infección genital, tan frecuentes en el embarazo, esas cifras medias pueden ser elevadas todavía considerablemente.

b) *Radiología*.— Aunque más adelante este punto será discutido en sus relaciones con el feto, cabe decir aquí que las imágenes radiológicas son también perturbadas por la gesta-

ción (17). Por una parte el cambio de posición de algunas vísceras abdominales, fundamentalmente intestinos, hacen muy difícil la evaluación diagnóstica (22). Debe también tenerse en cuenta que la tumoración uterina marca una sombra sobre la pantalla radiológica que dificulta muchas veces la visualización visceral, sea en forma de radiografía simple o con sustancias de contraste. Este hecho vale para todo el tubo digestivo y también para algunos de sus anexos como la vesícula biliar.

Se ha exagerado demasiado el riesgo de la radiología. Podemos afirmar que sin prodigar demasiado este elemento del examen, cuando esté indicado, podrá hacerse sin ningún temor. Se pueden hacer tres o cuatro placas simples o contrastadas, sin que haya un riesgo demostrado sobre el feto.

OPORTUNIDAD QUIRURGICA

En general puede decirse que todas las afecciones que merecen una sanción quirúrgica pueden ser operadas durante la gravidez, si se tienen en cuenta algunos cuidados imprescindibles (11, 26, 36). Esta afirmación tiene sus limitaciones. Debe tenerse en cuenta que cuando se plantea la oportunidad quirúrgica hay que hacer un balance entre el riesgo vital y funcional materno por un lado y la vida fetal por otro (1, 2, 11, 33). Así, algunas afecciones graves que aparejan riesgos para la madre, deben realizarse en cualquier época del embarazo, mientras que las que permiten esperar a que la gravidez termine, deben diferirse.

Como ya lo ha definido el Dr. Belloso, se pueden presentar tres situaciones:

1) *Hay urgencia operatoria.* Se trata de aquellas afecciones como por ejemplo las que constituyen el abdomen agudo, que de seguir su evolución van a matar a la madre. En estas circunstancias no hay limitaciones de ninguna especie, se opera para salvar a la madre. El cirujano o el ginecotocólogo actuante pueden encontrarse frente a dos circunstancias: a) si el útero es chico y no constituye un obstáculo quirúrgico, se debe operar como si la mujer no estuviera embarazada; b) si el útero es grande y constituye un obstáculo para el tratamiento quirúrgico, se ha preconizado como mejor solución la operación cesárea y la histerectomía para proceder luego a la operación (13. 17. 21). En nuestro criterio, esta indicación aparece como demasiado mutiladora. El útero grávido, desembarazado de su contenido y suturado, puede ser manejado con gran liberalidad en virtud de la gran laxitud ligamentosa. Es así que creemos que en estas circunstancias lo mejor es hacer una cesárea y luego exteriorizar

el útero y tratar la afección causante. Si esta afección es infecciosa, se ha atribuido una gran gravedad a la infección de la brecha uterina (22). Para evitar este riesgo puede practicarse la cesárea extraperitoneal, utilizada en nuestro medio con muy buenos resultados por Rey Vercesi (29 bis), que aísla completamente la cavidad uterina de la peritoneal.

2) *Hay necesidad de operar*, pero la operación puede ser diferida un corto lapso (uno o dos meses). La oportunidad quirúrgica está discutida. Si el embarazo es pequeño, clásicamente se admite que deben ser operadas después del tercer mes del embarazo, esperando la maduración placentaria (10, 11, 17, 28). Actualmente se tiende a restar importancia a ese factor (13, 15, 17). Hay sin embargo, otros elementos a considerar también, la agresión quirúrgica, constituida por la anestesia, la operación, la hemorragia y el shock, puede dar lesiones embriológicas, por lo que ellas deben ser cuidadosamente evaluadas y lo menos agresivas posible.

En la circunstancia que nos ocupa (hay necesidad de operar, pero puede diferirse la operación), si el embarazo es grande, con feto viable, se debe evacuar el útero y efectuar la operación quirúrgica alrededor de tres semanas al mes después del parto.

¿Qué ventajas hay al diferir una operación quirúrgica? Si hay un obstáculo anatómico por un útero grande, se elimina ese obstáculo al evacuarlo antes de operar. Diferir quiere decir esperar, pero no esperar demasiado porque en ese lapso de espera puede agravarse la afección existente y transformarse en una operación de urgencia aun más difícil que en el momento en que fuera diagnosticada. El lapso de espera debe ser de alrededor de un mes o menos (35).

3) Cuando se trata de una *operación de elección*, ésta debe ser hecha tres o cuatro meses después del parto. Sin embargo, hecho el diagnóstico, está implícita una vigilancia adecuada de la paciente que evite una agravación brusca de la enfermedad diagnosticada que puede convertir la operación de elección en una operación de urgencia; si esta eventualidad se presentara, nos encontraremos en las circunstancias señaladas en el numeral 1).

Hay una serie de afecciones que merecen varias consideraciones especiales, a las que nos vamos a referir de inmediato.

Cáncer de intestino

El cáncer de intestino no es frecuente durante la gravedad (13, 18, 21) y, por otra parte, puede estar fácilmente enmascarado por los síntomas digestivos que acompañan al embarazo. Cuando algún síntoma de alarma se presente, tal como rectorra-

gia, cuadros suboclusivos, etc., debe examinarse desde el punto de vista clínico y también radiológico a la paciente. Si se llega al diagnóstico positivo de neoplasma, el criterio para su tratamiento puede encararse en varias circunstancias (13):

a) Cuando el útero grávido no constituya un obstáculo anatómico, esto es, en los primeros 5 ó 6 meses de gravidez, debe procederse a la exéresis del órgano afectado como si la gravidez no existiera. Es necesario tener algunos cuidados pre y postoperatorios que serán encarados con detalle más adelante. No hay ninguna influencia demostrada del embarazo sobre el cáncer, de modo que no es imprescindible la evacuación uterina previa al tratamiento de la enfermedad (17).

b) Cuando el embarazo es avanzado y ha llegado a la etapa de viabilidad fetal, el problema es también relativamente simple. Si el tumor intestinal obstruye el canal del parto, la mayoría de los autores están de acuerdo que el procedimiento que ofrece la mejor chance y el menor riesgo a la paciente es la operación cesárea seguida de histerectomía y resección del tumor (13, 17, 21). El tumor puede ser resecado en el mismo acto quirúrgico si las condiciones de la paciente son buenas (13, 24). Sin embargo, nos parece más criterioso hacer la cesárea y operar el tumor tres o cuatro semanas más tarde.

Si la lesión no obstruye el canal del parto, éste puede ser inducido con parto vaginal (entre la 30ª y 36ª semanas de gravidez) y la resección del tumor maligno hacerse en las dos o tres primeras semanas del puerperio.

c) Cuando el tumor es inoperable o tiene metástasis, el feto debe ser considerado como de importancia primaria y se debe tener muy en cuenta la duración de la gravidez (11, 18). El embarazo debe continuar hasta acercarse al término. Si el tumor no obstruye el canal del parto, debe preferirse la vía vaginal para la terminación de éste, sea por inducción alrededor de la 36ª semana o incluso por parto espontáneo (18). Si hay obstrucción del canal, una cesárea deberá ser practicada. Cuando hay alguna alteración del tipo obstructivo intestinal, será necesario una colostomía o resección paliativa que se hacen (al decir de Hodgkinson) con indicación fetal, es decir, mejorar a la madre hasta que el feto madure.

d) En presencia de oclusión aguda o de perforación, la gravidez debe ser muy poco tenida en cuenta y esta grave complicación del tumor, tratada en primera instancia y de urgencia (3, 4).

e) Cuando se está en una etapa intermedia entre el grupo a) y el b), esto es, con un feto de alrededor de 6 meses de edad, se debe esperar a la viabilidad fetal y proceder entonces tal como se señaló en el párrafo b).

Finalmente, en este capítulo debe señalarse que los embarazos con partos normales han sido observados después de operaciones abdominales o abdominoperineales para el tratamiento de los cánceres de colon. No hay contraindicaciones a la prosecución de embarazos ulteriores a la operación, si éstos se producen (18).

Colecistopatías

Como es bien conocido, la litiasis vesicular es más frecuente en la mujer que en el hombre (30). No es raro así encontrar enfermas con colecistopatía litiásica coincidente con una gravidez; y muchas pacientes han sido operadas de su litiasis habiéndose desconocido un embarazo de pequeña edad (6). Cuando se conocen ambas afecciones concomitantemente, la conducta a seguir es clara:

a) Si la colecistopatía no presenta síntomas graves, debe insistirse en el tratamiento médico y posponerse el tratamiento quirúrgico para después de terminado el embarazo. El lapso entre el parto y la operación deberá ser de alrededor de 3 ó 4 meses (6).

b) Cuando se produce alguna complicación importante de la litiasis como infección vesicular, ictericia obstructiva u otras alteraciones que pueden poner en peligro la vida de la madre, puede y debe hacerse una colecistectomía o colecistostomía, de acuerdo al criterio del cirujano que proceda en ese momento (1, 6, 8). Algunos cuidados pre y postoperatorios son necesarios para la mantención de la gravidez y ellos serán detallados en otro capítulo.

Algunas veces pueden plantearse situaciones intermedias entre los dos extremos precedentemente detallados. Cuando sobre un fondo de colecistopatía litiásica conocida se establece un cólico hepático u otra complicación de jerarquía no muy importante, hay que hacer un tratamiento médico (1, 11, 30) y recién cuando se agoten los recursos médicos será de resorte quirúrgico.

La colecistitis aguda es rara durante la gravidez (32).

Hernias

La presencia de una hernia durante el embarazo es una indicación para hacer una observación meticulosa de la pacien-

te. Las hernias externas deben ser evaluadas durante el primer examen prenatal. Si bien durante la primera mitad del embarazo, éste no altera los síntomas habituales de la hernia, en la última mitad del embarazo el aumento de presión intra-abdominal puede producir un marcado incremento de los síntomas (5).

Hay muchos tipos de hernias que pueden ser afectadas adversamente por el embarazo. Sólo vamos a referirnos a las más comunes.

Hernia umbilical.— La hernia umbilical es a menudo poco influenciada por la gravidez. Por lo tanto, el tratamiento conservador está impuesto. La reparación de la hernia debe ser hecha fuera de la gravidez.

Sin embargo, hay casos de estrangulamiento herniario (8). En estos casos la cirugía de la complicación herniaria tiene aún más urgencia que fuera de la gravidez (10).

Hernia inguinal.— La asociación entre hernia inguinal y embarazo, es rara; Hodgkinson y Kroll (20, 35) la encuentran en una de cada mil grávidas. La cirugía está muy raramente indicada en esos casos.

Se ha sostenido que la gravidez puede oficiar como una cura temporaria de la hernia, en lugar de agravarla; el mecanismo incriminado es una tracción del útero grávido que empujaría el contenido de la hernia desde el anillo herniario hacia el interior de la cavidad abdominal (5). Acéptese o no la afirmación precedente, el hecho es que la cirugía en la hernia inguinal ha sido necesaria en una de cada 10.000 pacientes grávidas (35).

Hernias por falla de cicatriz quirúrgica.— Aunque naturalmente su forma y tamaño son muy variables, de las estadísticas realizadas (5, 35) se infiere la gran rareza de las complicaciones que exigen sanción quirúrgica. Se recomienda (5, 17, 28) el uso de fajas protectoras que impiden la entrada de vísceras en su saco.

Traumatismos abdominopélvicos

De una frecuencia bastante alta, obligan a considerar varias circunstancias desde el punto de vista obstétrico:

1) *Feto no viable*, esto es, embarazo antes de las 28 semanas. Es necesario tratar el traumatismo como si no hubiera embarazo y efectuar los cuidados que exige la gravidez, los cua-

les serán detallados más adelante. En ninguna circunstancia los traumatismos cerrados del abdomen exigen la evacuación del útero para su tratamiento.

2) *Feto viable*. En los traumatismos cerrados de abdomen con feto viable, pueden presentarse a su vez dos circunstancias: a) que el feto esté *muerto*, caso en el que se tratará el traumatismo como si el embarazo no existiera o b) *que el feto esté vivo*. En esta circunstancia hay que hacer una ponderación muy clara de los elementos, verificando que no se haya producido un desprendimiento traumático de la placenta más o menos parcial, que en poco tiempo pueda matar al feto. Si el desprendimiento se ha producido y el feto está vivo, será necesario evacuar el útero. Si hay dilatación cervical, se deberá esperar un breve lapso la producción del parto vaginal; si él no se produce habrá que evacuar el útero por cesárea. En los casos en los que la madre esté muy grave, poniendo su vida, deberá hacerse el tratamiento general de la misma, reponiendo sangre, electrólitos, etcétera, y luego se procederá a la extracción del feto, si no hay trabajo de parto por vía alta. Solamente en aquellos casos muy graves con grandes destrucciones parenquimatosas, cerebrales u otras, en las que la vida de la madre prácticamente se da por perdida, se intentará una cesárea con la finalidad de salvar al feto.

Heridas penetrantes del útero

Tienen una frecuencia bastante apreciable. Uno de cada 30.000 partos para Rippey (31). Como toda instancia de herida perforante del abdomen, deben ser operadas (5). Una laparotomía debe ser realizada de inmediato si se quiere salvar la vida de la madre. Aunque el embarazo no merece una consideración primaria, sin embargo su manejo depende de la evaluación de las condiciones maternas, fetales y uterinas; estas consideraciones se harán fundamentalmente en base al estado de infección que pudiera existir, al tipo de la herida y a las heridas de otras vísceras. El criterio general es de hacer una cirugía conservadora, aunque creemos que en algunos trabajos (23) se ha exagerado demasiado este criterio al sugerir que cuando la herida es limitada y el feto muerto o previable, debe suturarse el útero y esperarse un parto vaginal después.

Si la herida y el embarazo son pequeños, deberá hacerse una histerotomía, evacuación del contenido uterino y cierre de la brecha. Si el feto está vivo y es viable, una cesárea y extracción fetal se imponen. En esta circunstancia hay que tener en cuenta la posibilidad de que la herida perforante haya atrave-

sado también al feto, por lo que la *presencia de otro equipo quirúrgico se impone*: si en él hay un cirujano avezado en cirugía pediátrica, tanto mejor.

Si la herida es muy grande y muy extensa, deberá practicarse una histerectomía.

Tumores previos

De acuerdo con su origen pueden dividirse en dos grandes grupos: ginecológicos, que son los más comunes, de origen en alguna viscera del aparato genital, y extragenitales, que pertenecen a estructuras ajenas al aparato genital.

Hidatidosis pélvica.— Constituye un tumor previo de frecuencia relativamente alta en nuestro medio. Hemos tenido oportunidad de participar en dos casos. Clínicamente el tumor aparece como un quiste muy fijo y de tensión variable. Se deben buscar cuidadosamente los antecedentes de hidatidosis hepática o los de la producción de un hidatoperitoneo previo a la gravidez. Crottogini (11) ha hecho una revisión del tema y estudiado la bibliografía nacional y extranjera.

En el tratamiento, hay que hacer una cuidadosa evaluación del caso. En algunas oportunidades, el parto podrá hacerse por vía baja, en otras se exigirá la operación cesárea. En los casos mencionados por Crottogini (11) se ha hecho el tratamiento del quiste en el momento de la operación. Sin embargo, parece preferible efectuar la operación sobre la hidatidosis tres o cuatro meses después del parto.

Riñón ectópico.— Frente a una tumoración de consistencia firme, muy poco móvil, lo más importante para hacer diagnóstico de riñón ectópico es pensar en él. En esta circunstancia una pielografía descendente se impone; ella nos dará la ubicación del tumor y su tipo.

En el tratamiento, deberá tenerse en cuenta la posibilidad de elevar manualmente el tumor; si ello no se consigue y es obstáculo para el pasaje fetal, deberá plantearse una operación cesárea, sin actuar sobre el riñón.

CONCLUSIONES

Queremos dejar aunque sea un concepto establecido: el aborto no está indicado en las afecciones quirúrgicas del abdomen, salvo en excepcionales circunstancias. Aun en aquellos casos en los que la madre está muy deteriorada (como en los neoplasmas muy graves) se puede, al decir de Hodgkinson, hacer un tratamiento a la madre con miras de que sobreviva hasta que el feto sea viable.

BIBLIOGRAFIA

1. ACHARD, A. Consideraciones sobre ciertos aspectos del riesgo quirúrgico en la grávida. "III Congr. Lat. Amer. de Obst. y Gin.", II: 143; México, 1958.
2. AURRECOECHEA, J. M.; FERNANDEZ, E. y SUAREZ, R.—Riesgo quirúrgico en la grávida. Relato Oficial. "III Congr. Lat. Amer. de Obst. y Gin.", I: 41; México, 1958.
3. BAKER, A. H. and BARNES, J.—Acute intestinal obstruction complicating pregnancy. "J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.", 60: 52; 1953.
4. BANNER, E.; HUNT, A. B. and DIXON, C.—Pregnancy associated with carcinoma of the large intestine. "Surg. Gyn. & Obst.", 80: 211; 1945.
5. BARONOFSKY, I. D.; AUFSES, A. H.; EDELMAN, S.; HERMAN, B. and KREEL, Y. "Surgical complications of pregnancy" (Guttmacher, A. and Rovinsky, J. J., Eds., Williams & Wilkins, Baltimore, 1961.
6. BENACH, B. Riesgo quirúrgico en la grávida. "III Congr. Lat. Amer. de Obst. y Gin.", I: 60; México, 1958.
BEST, C. H. and TAYLOR, N. B. "The Physiological Basis of Medical Practice". The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1961.
8. CASTRO, J. A.—Riesgo quirúrgico en la grávida. "III Congr. Lat. Amer. Obst. y Gin.", II: 147; México, 1958.
9. CATON, W. L.; ROBY, C. C.; REID, D. E.; CASWELL, R.; MALETSKOS, C. J.; FLUHARTY, R. G. and GIBSON, J. G.—The circulating red cell volume and body hematocrit in normal pregnancy and puerperium by direct measurement using radioactive red cells. "Am. J. Obst. & Gyn." 61: 1207; 1951.
10. CROTTOGINI, J. J.—Comunicación personal.
11. CROTTOGINI, J. J.—"Anales de Ginecología". Montevideo, 1953.
12. DIECKMANN, W. J. and WEGNER, C. R. Studies on the blood in normal pregnancy. "Arch. Int. Med.", 53: 188; 1934.
13. DOUGLAS, G. R. and STROMME. "Operative Obstetrics". Appleton, 1957.
14. GONZALEZ, T. A.; VANCE, M.; HELPERIN, M. and UMBERGER, C. J.—Legal Medicine Pathology and Toxicology, p. 434. Appleton Century Crofts Inc., New York, 1954.
15. GOSENDE, J.—Riesgo quirúrgico en la grávida. Correlato. "III Congreso Lat. Amer. de Obst. y Gin.", I: 87; México, 1958.
16. GIAMPIETRO, A. y VILLAAMIL, A. Riesgo quirúrgico en la grávida. "III Congr. Lat. Amer. de Obst. y Ginec.", II: 154; México, 1958.
17. GREENHILL, J. P.—"Obstetrics". W. B. Saunders Co., Phil., 1965.
18. GREENSPAN, E. and GERSON, J. L.—Pregnancy and cancer. En: "Complications of Pregnancy" (Guttmacher, A. and Rovinsky, J. J., Eds.). Williams & Wilkins, Baltimore, 1960.

19. GUTIERREZ, E.—Aspectos del manejo de la grávida sometida a intervenciones quirúrgicas. "III Congr. Lat. Amer. Obst. y Ginec.", II: 151; México, 1958.
20. HODGKINSON, C. P. and KROLL, J.—Inguinal swelling during pregnancy. "Am. J. Obst. & Gyn.", 73: 966; 1957.
21. JENNINGS, E. M.—Malignant tumours of rectum during pregnancy. "J. A. M. A.", 148: 730; 1952.
22. JOURNEY, R. W. and PAYNE, F. L.—Non obstetric surgical complications during obstetric care. "Am. J. M. Sc.", 232: 695; 1956.
23. KOBAK, A. J. and HURWITZ, C. H.—Gun shot wounds of the pregnant uterus. "Obst. & Gynec.", 4: 383; 1954.
24. LOWENSTEIN, L. and BANLAGE, C.—The bone marrow in pregnancy and puerperium. "Blood", 12: 262; 1957.
25. MACK, H. C.—The plasma proteins. "Clinics Obst. & Gyn." (E. W. Page Ed.), Vol. 3, N° 2, p. 336, June 1960.
26. MARTINI, L.—Riesgo quirúrgico en la grávida. Correlato. "III Congr. Lat. Amer. de Obst. y Ginec.", I: 55; México, 1958.
27. OLAZABAL, M. y MARTINO, L. E.—Análisis de 50 casos de cirugía y embarazo. "XVI Congr. Uruguayo de Cirugía", Montevideo, 1965.
28. PEREZ, M. L.—"Compendio de clínica obstétrica" López & Etehegoyen Ed., Buenos Aires, 1949.
29. PRITCHARD, J. A.—Hematologic aspects of pregnancy. "Clinical Obstetrics and Gynecology" (E. W. Page, Ed.), Vol. 3, N° 2, p. 378, June 1960.
- 29 bis. REY VERCESI, S.—Cesárea extraperitoneal.
30. RICHMAN, A.—The liver in pregnancy. En: "Complications of pregnancy" (Guttmacher, A. and Rovinsky, J. J., Ed.). Williams & Wilkins, Baltimore, 1961.
31. RIPPEY, E. L.—Perforating gun shot wounds of the abdomen. "J. A. M. A.", 115: 1760; 1940.
32. ROCAMORA, H.—Riesgo quirúrgico en la grávida. Relato Oficial. "III Congr. Lat. Amer. Obst. y Gin.", I: 19; México, 1958.
33. RODRIGUEZ LOPEZ, M. B.; PIESTUM, R. y POLTO, J.—Riesgo quirúrgico en la grávida. Correlato. "III Congr. Lat. Amer. Obst. y Gin.", I: 79; México, 1958.
34. SANDERS, M.—En: "Complications of Pregnancy" (Guttmacher, A. and Rovinsky, J. J., Ed.). Williams & Wilkins, Baltimore, 1961.
35. STONE, M. I. and FOLSOME, C. E.—Non obstetrical surgical complications of pregnancy. "S. Clin. N. Am.", 35: 487; 1955.
36. STABILE, A. y SALA, S.—Intogenia en ginecología. "Día Méd. Urug.", junio 1965.
37. TYSOE, F. and LOWENSTEIN, L.—Blood volume and hematologic studies in pregnancy and puerperium. "Am. J. Obst. & Gyn.", 60: 1187; 1950.
38. WINTROBE, M. M.—"Clinical Hematology", 564; Lea & Febiger, Phil., 1956.