

ANALISIS DE 50 CASOS DE CIRUGIA Y EMBARAZO *

Dres. MARIO F. OLAZABAL y LUIS. E. MARTINO

I) INTRODUCCION

Hemos realizado la revisión de los casos de embarazadas que fueron intervenidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo, entre los años 1954 y 1965 (once años), tomando en cuenta el material de las Clínicas de Cirugía General y Especializadas que actuaron durante ese lapso, y el material de la Clínica Ginecotológica que inició su actividad en este Hospital en 1962.

Hemos considerado solamente los casos de cirugía mayor o intermedia (várices, apéndices, hernias, etc.), no tomando en cuenta en nuestro estudio los casos de cirugía menor.

II) ANALISIS DE LOS 50 CASOS

A) Edad

El grupo estudiado muestra edades comprendidas entre los 17 y 41 años, con el siguiente detalle:

Hasta 20 años	5 casos	10%
Entre 21 y 30 años	31 casos	62%
Entre 31 y 40 años	13 casos	26%
Más de 40 años	1 caso	2%

Estas edades coinciden con las épocas a que corresponde la mayor fertilidad, no observándose aumento significativo de la cirugía en los grupos de mayor edad.

* Trabajo realizado en la Clínica Ginecotológica del Prof J. J. Crottogini.

B) Antecedentes obstétricos

1) Gestaciones:

I gesta	6 casos	12%
II gesta	4 casos	8%
III gesta	9 casos	18%
Multigesta	18 casos	36%
Sin datos	13 casos	26%

2) Paridad:

Nulíparas	7 casos	14%
I paras	9 casos	18%
II paras	12 casos	24%
III paras	2 casos	4%
Múltiparas	7 casos	14%
Sin datos	13 casos	26%

3) Abortos:

0 aborto	21 casos	42%
1 aborto	7 casos	14%
2 abortos	5 casos	10%
3 abortos	2 casos	4%
Más de 3 abortos	2 casos	4%
Sin datos	13 casos	26%

Una paciente operada de embarazo ectópico.

No se hace clasificación entre abortos espontáneos y provocados, dado que en la gran mayoría no constan datos a ese respecto.

C) Edad del embarazo en el momento de la intervención

Hasta 12 semanas	27 casos	54%
De 13 a 24 semanas	15 casos	30%
De 25 a 40 semanas	8 casos	16%

Por lo tanto, observamos que el 84% de las intervenciones fueron realizadas dentro de los seis primeros meses de la gravidez y que más de la mitad del total de los casos fueron operados en el primer trimestre de la gestación.

D) *Clasificación de los casos
de acuerdo al diagnóstico operatorio*

1) *Operaciones extraabdominales: 9 casos, que se desglosan de la siguiente manera:*

Várices de miembros inferiores	3 casos
Cáncer de mama	2 casos
Cirugía cardíaca	1 caso
Cirugía pleural	1 caso
Quemaduras e injerto	1 caso
Bocio	1 caso

2) *Operaciones abdominales: 41 casos.*

Supramesocólicas	10 casos
Vías biliares en frío	5 casos
Vías biliares en agudo	3 casos
Quiste hidático hígado	2 casos
Inframesocólicas	31 casos
Sobre el aparato genital	15 casos
Quistes de ovario en sufrimiento	6 casos
Ovario poliquístico	1 caso
Miomatosis en sufrimiento	4 casos
Miomatosis no complicada	3 casos
Síndrome de ligamento redondo	1 caso
Extragenitales	10 casos
Apendicitis aguda	4 casos
Hernias estranguladas	2 casos
Flebotrombosis ilíaca	1 caso
Colitis ulcerosa crónica	1 caso
Peritonitis	1 caso
Quiste de mesosigma	1 caso
Laparotomías en blanco	6 casos

Estos datos fueron obtenidos de los protocolos operatorios y muchos de ellos comprobados por la anatomía patológica, cuando este informe consta en la historia.

De acuerdo al detalle anterior, los 50 casos estudiados comprenden: 31 casos de cirugía mayor y 19 de cirugía intermedia.

E) *Problemas en el diagnóstico clínico*

Observamos elevado porcentaje de error en el diagnóstico clínico, lo que atribuimos a la concomitancia de la afección con

la gravidez. En la cirugía extraabdominal, así como en la abdominal supramesocólica, no hubo errores de diagnóstico en un total de 19 casos (38%); en cambio, en los 31 casos restantes, que corresponden a la cirugía abdominal inframesocólica, ya sea de afecciones vinculadas al aparato genital o no, existieron 12 casos con diagnóstico erróneo, lo que representa, en la totalidad de los casos, un 24%, pero si consideramos la cirugía inframesocólica pura, este porcentaje se eleva al 38,7%.

El detalle de estos casos es el siguiente:

Diagnóstico preoperatorio		Diagnóstico operatorio
Caso N° 3:	Suboclusión.	Laparotomía en blanco.
" "	9: Embarazo ectópico.	Quiste de ovario.
" "	13: Quiste de ovario.	Miomatosis uterina.
" "	14: Miomatosis uterina.	Laparotomía en blanco.
" "	16: Apendicitis aguda.	Laparotomía en blanco.
" "	19: Apendicitis aguda.	Mioma uterino en sufrimiento.
" "	22: Embarazo ectópico.	Laparotomía en blanco.
" "	26: Quiste torcido de ovario.	Peritonitis.
" "	32: Apendicitis aguda.	Laparotomía en blanco.
" "	35: Embarazo ectópico.	Laparotomía en blanco.
" "	45: Embarazo ectópico.	Quiste de ovario en sufrimiento.
" "	49: Quiste de ovario.	Miomatosis uterina.

De acuerdo al cuadro anterior, observamos que en 8 casos se hizo diagnóstico preoperatorio de afección vinculada al aparato genital coincidente con el embarazo, de los cuales, en cuatro oportunidades el diagnóstico fue de embarazo ectópico no confirmado, en tres de quiste de ovario y en uno de miomatosis uterina, tampoco confirmados. De las afecciones no ginecológicas, en tres casos se hizo diagnóstico de apendicitis aguda, no confirmadas en el acto operatorio. El caso restante, corresponde a un cuadro intervenido con el diagnóstico de suboclusión intestinal, en el cual no se encontró ninguna patología.

Creemos necesario vincular, en estos 12 casos, el error de diagnóstico a la edad del embarazo en el momento de la intervención y así vemos que:

9 casos corresponden a embarazos de hasta 12 semanas.

2 casos corresponden a embarazos de 13 a 24 semanas.

1 caso corresponde a embarazos de 25 a 40 semanas.

Es decir, que en el 75% de los casos de diagnóstico erróneo, existía un embarazo que cursaba el primer trimestre.

F) Intervención

1) *Carácter de las intervenciones.*— Se ha considerado el carácter urgente o de coordinación de las intervenciones, dado que esto nos permite tener en cuenta los casos en que hubo preparación preoperatoria o no, lo que podría influir sobre la evolución posterior del embarazo. En ese sentido, de los 50 casos estudiados, 30 fueron intervenciones coordinadas y 20 fueron de urgencia.

2) *Anestesia empleada.*— Se usó anestesia local en 3 casos (casos 18, 23 y 31) y en el resto anestesia general (47 casos), de los cuales, sólo en 17 casos existe detalle del tipo de anestesia general realizada, como se expresa a continuación:

a) *Duración de la anestesia:*

Hasta 1 hora	3 casos
De 1 a 2 horas	9 casos
De 2 a 3 horas	3 casos
Más de 3 horas	2 casos

Incluimos en el último grupo el caso 40 que corresponde a una paciente con quemaduras del 15% de la superficie corporal, que fue sometida a seis anestias (cuatro sesiones de curas y dos de injertos), recibiendo en total 8 horas de anestesia, con las drogas habituales.

b) *Premedicación:* En los 17 casos conocidos se empleó la morfina o sus similares sintéticos (demerol, etc.), asociados con atropina y en algunos casos con fenergán.

c) *Inducción:* Fue hecha con barbitúricos en los 17 casos (pentothal, Baythinal y Kemithal).

d) *Drogas curarizantes:* Se usaron en los 17 casos, empleándose taquiflaxin, flaxedil, succinilcolina y tubocurarina.

e) *Mantenimiento:* En 16 casos se empleó la mezcla éter-oxígeno y en 1 caso (caso 46), trilene-oxígeno.

f) *Accidentes:* No se registraron accidentes durante la anestesia ni hipotensión arterial, salvo en el caso 38 en el que la hipotensión era previa y se debía a una hemorragia interna.

3) *Incisión operatoria.*— Consideramos solamente los 41 casos de cirugía abdominal, donde se realizaron las siguientes incisiones:

a) *Supraumbilicales*: Que corresponden a las intervenciones supraumbilicales.

Transversas subcostales	4 casos
Verticales:	
Paramediana transrectal	3 casos
Mediana supraumbilical	2 casos
Mediana supra e infraumbilical	1 caso

b) *Infraumbilicales*:

Transversas (Pfannenstiel en su totalidad) ...	10 casos
Por disociación	
Mac Burney	8 casos
Canal inguinal	1 caso
Verticales:	
Mediana infraumbilical	7 casos
Paramediana infraumbilical	3 casos

c) *Caso 24*: Paciente portadora de una colitis ulcerosa crónica, a quien se le hizo mediana supra e infraumbilical para exploración y un Mac Burney para ileostomía.

d) *Caso 50*: Hernia umbilical estrangulada. No consta tipo de incisión.

4) *Operación realizada*:

a) Extraabdominales	9 casos
Safenectomía y endayectomía	3 casos
Mastectomía radical	2 casos
Tiroidectomía subtotal	1 caso
Comisurotomía mitral	1 caso
Pleurotomía	1 caso
Cura de quemado e injerto	1 caso
b) Abdominales	41 casos
Supraumbilicales	10 casos
Colecistectomía simple	2
Colecistostomía	1
Colecistectomía más cirugía de vía biliar principal	
Evacuación, adventicectomía parcial y drenaje quiste hidático ..	2

Inframesocólicas	31 casos
Sobre el aparato genital	13
Sección de ligamentos redondos	1
Quistectomía de ovario	5
Miomectomías múltiples	2
Miomectomía única	3
Ovariectomía	2
Extragenitales	13
Flebotomía y trombectomía de vena ilíaca primitiva y externa, y rein- tervención por hemorragia interna a las 24 horas	1
Hemiorrafia con reducción del conte- nido	2
Resección de quiste mesosigmoideo ..	1
Ileostomía	1
Apendicectomía	8
Laparotomías exploradoras	5

5) *Drenajes*.— Hay opiniones de que los drenajes dejados en contacto con el útero tendrían acción ocitócica o abortígena. En nuestra serie se utilizaron drenajes en 12 intervenciones abdominales, de las cuales 2 pertenecen al abdomen inferior, con drenaje presumiblemente próximo al útero, y 10 al piso supramesocólico, con drenaje alejado del aparato genital.

En los 2 casos de drenaje bajo se conoce la evolución solamente en los ocho días siguientes a la intervención, que transcurrieron sin incidentes. De cualquier manera, estas cifras no nos permiten extraer conclusión alguna.

6) *Complicaciones quirúrgicas postoperatorias*.— Entre las *complicaciones postoperatorias inmediatas* hemos tabulado las siguientes:

- a) existen seis supuraciones de heridas operatorias, de las cuales dos corresponden a cirugía extraabdominal (tiroidectomía, mastectomía radical) y las otras cuatro a intervenciones abdominales;
- b) un caso con crisis asmática postoperatoria;
- c) dos casos intervenidos por hidatidosis hepática, complicados de hepatitis postoperatoria;
- d) una peritonitis postoperatoria por falla de sutura de duodenotomía;
- e) un hematoma del Retzius y Bogros y hemoperitoneo secundario a falla de sutura vascular en una paciente en quien se había realizado una trombectomía en la vena ilíaca.

En estos dos últimos casos, las pacientes abortaron en el postoperatorio inmediato.

Como *complicaciones alejadas*, hemos encontrado tres eventraciones postoperatorias entre los 24 casos de cirugía abdominal en los que conocemos la evolución alejada, correspondiendo dos a pacientes que tuvieron parto de término y uno que abortó a los seis meses de embarazo y requirió dos intervenciones para su cura.

Estos 3 casos de eventración corresponden a incisiones verticales de vientre inferior: dos medianas y una paramediana.

Por otra parte, en estos 3 casos de eventración constan: en un caso supuración de pared y en otro una crisis asmática en el postoperatorio inmediato, no habiendo sido utilizado drenaje en ninguna de estas tres intervenciones

Anotamos aquí la alta incidencia de eventraciones, que alcanza al 12,5% entre los casos de evolución conocida. "Singleton, en un documentado trabajo, revisa 9.147 laparotomías; en 6.000 se practicaron incisiones longitudinales, con 60 eventraciones agudas (1%) y 131 crónicas (2,24%). En 3.147 laparotomías transversas, encuentra 1 eventración inmediata (0,031%) y 29 eventraciones crónicas (0,92%)" (tomado de De Dominicis).

G) Evolución del embarazo en relación con el acto quirúrgico

1) *Medidas antiabortivas*.— Clásicamente se admite que es necesario tomar medidas terapéuticas específicas, pre y postoperatorias, para prevenir el aborto: reposo, calmar el dolor, medicación hormonal a base de progesterona, etc.

En nuestra serie estas medidas fueron aplicadas en 11 casos, con dosis y duración de tratamiento variable y siempre en el postoperatorio.

2) *Control postoperatorio del embarazo*.— Se conoce la evolución del embarazo hasta su terminación en 32 casos y se desconoce en los 18 restantes.

La evolución de los 32 casos conocidos es la siguiente:

Abortos espontáneos	6 casos
Abortos provocados	2 casos
Partos prematuros	1 caso
Partos a término (1 fórceps, 3 cesáreas y 19 espontáneos)	23 casos

En los 18 casos restantes, la evolución pudo ser seguida hasta:

Cinco días	2 casos
De 6 a 10 días	10 casos
De 11 a 20 días	3 casos
De 21 a 30 días	1 caso
Más de 30 días	1 caso
No consta	1 caso

En esos lapsos no se registraron interrupción de embarazo ni amenaza de aborto, ignorándose el curso ulterior de estos embarazos.

III) ANALISIS DE LOS EMBARAZOS INTERRUMPIDOS ESPONTANEAMENTE

A) Abortos espontáneos

CASO 12. Paciente con gravidez de 6 semanas, en quien se hace diagnóstico de embarazo ectópico o quiste torcido de ovario; se interviene por Pfannenstiel, comprobándose la existencia de un quiste folicular roto. Se hace resección del quiste. No hubo complicaciones postoperatorias. No se hizo tratamiento antiabortivo. Se produce el aborto espontáneo a los 50 días de la intervención.

CASO 15.—Paciente con gravidez de 6 semanas, en quien se hace diagnóstico de quiste torcido de ovario; se interviene por Pfannenstiel, comprobándose una poliquistosis ovárica. Se hace resección cuneiforme bilateral de ovarios y apéndice-tomía profiláctica. No hubo complicaciones postoperatorias. No se hizo tratamiento antiabortivo. Se produce el aborto espontáneo a los 18 días de la intervención.

CASO 26. Paciente con gravidez de 14 semanas, en quien se hace diagnóstico de quiste torcido de ovario; se interviene por Pfannenstiel, comprobándose una pelviperitonitis cuya causa no se pudo determinar. A las pocas horas de la intervención se produce el aborto espontáneo de un embarazo gemelar.

CASO 34.—Paciente con gravidez de 9 semanas, en quien se hace diagnóstico de litiasis biliar y una pancreatitis concomitante; se interviene por paramediana transrectal supraumbilical derecha. Se hace colecistectomía, coledocotomía, duodenotomía, papilotomía y esfinteroplastia. Se deja drenaje coledociano y del lecho subhepático. En el postoperatorio se instala una peritonitis, por fistula duodenal secundaria a falla de la duodenostomía, abortando al cuarto día de la intervención y debiendo ser reintervenida al sexto día. No se hizo tratamiento antiabortivo. Evolución postoperatoria buena.

	Filiación	Edad	Edad del embarazo	Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico operatorio	Anestesia	Incisión
1	A. E. de P. 002.403	22	6 sem.	Quiste ovario en sufrimien.	Idem.	General.	Pfannenst.
2	M. M. de R. 002.429	37	13 sem.	Quiste hidático de hígado.	Idem.	General.	Subcostal transversa.
3	Z. P. de G. 002.925	31	10 sem.	Suboclusión.	En blanco.	General.	Mac Burney.
4	M. A. de B. 005.285	40	18 sem.	Miomatosis uterina.	Idem.	General.	Mediana infraumb.
5	M. J. de C. 006.415	28	8 sem.	Apendicitis aguda.	Idem.	General.	Mac Burney-Gosset.
6	Z. E. de B. 009.705	23	6 sem.	Apendicitis aguda.	Idem.	General.	Mac Burney.
7	M. C. T. M. 012.902	24	6 sem.	Apendicitis aguda.	Idem.	General.	Mac Burney.
8	S. R. de S. 013.796	28	11 sem.	Mioma en sufrimiento.	Idem.	General.	Pfannenst.
9	A. R. de F. 013.962	36	6 sem.	Embarazo ectópico.	Quiste de ovario.	General.	Pfannenst.
10	D. M. de M. 016.767	28	16 sem.	Quiste torcido de ovario.	Idem.	General.	Paramediana infraumb.

Caso	Filiación	Edad	Edad del embarazo	Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico operatorio	Anestesia	Inciación
11	E. G. de M. 018.700	39	20 sem.	Hernia inguinal estrang.	Idem.	General.	Canal ing.
12	R. G. de B. 014.965	21	6 sem.	Quiste torcido de ovario.	Idem.	General.	Pfannenst.
13	C. M. A. A. 028.811	37	7 sem.	Quiste ovario.	Miomatosis en sufrimiento.	General.	Pfannenst.
14	E. Ch. de C. 012.273	30	27 sem.	Miomatosis uterina.	En blanco.	General.	Paramediana infraumb.
15	A. A. de S. 060.342	31	6 sem.	Quiste torcido de ovario.	Ovaritis esele-roquística.	General.	Pfannenst.
16	L. A. de R. 001.100	24	4 sem.	Apendicitis aguda.	En blanco.	General.	Mac Burney.
17	N. A. de B. 008.210	21	30 sem.	Bocio.	Idem.	General.	Pfannenst. de cuello.
18	M. M. de A. 001.931	27	13 sem.	Várices de miembros inferiores.	Idem.	Local.	
19	J. A. L. 119.735	39	18 sem.	Apendicitis aguda.	Mioma en sufrimiento.	General.	Mac Burney.
20	L. L. T. 004.197	37	2 sem.	Miomatosis uterina.	Idem.	General.	Mediana infraumb.

Caso	Filiación	Edad	Edad del embarazo	Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico operatorio	Anestesia	Incisión
21	M. G. M. 138.960	25	12 sem.	Litiasis biliar.	Idem.	General.	Mediana supraumb.
22	F. F. 149.755	20	8 sem.	Embarazo ectópico.	En blanco.	General.	Pfannenst.
23	O. F. de S. 158.868	29	10 sem.	Pleuresía parulenta.	Idem.	Local.	Toracotomía mínima.
24	M. L. R. 129.894	22	6 sem.	Colitis ulcerosa crónica.	Idem.	General.	Mediana e infraumb. y Mac Burney.
25	E. B. de C. 160.760	28	10 sem.	Litiasis biliar.	Idem.	General.	Transversa subcostal.
26	M. I. de M. 165.402	34	14 sem.	Quiste torcido de ovario.	Peritonitis?	General.	Pfannenst.
27	Z. F. de V. 163.615	20	14 sem.	Quiste hidático de hígado.	Idem.	General.	Mediana supraumb.
28	A. C. S. 164.253	28	10 sem.	Quiste torcido de ovario.	Idem.	General.	Mediana infraumb.
29	J. C. de S. 173.794	29	26 sem.	Litiasis biliar.	Idem.	General.	Paramedianna supraumb.
30	M. B. de M. 115.802	24	14 sem.	Síndrome de lig. redondos.	Idem.	General.	Mediana infraumb.

Caso	Filiación	Edad	Edad del embarazo	Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico operatorio	Anestesia	Incisión
31	B. C. de C. 182.082	27	40 sem.	Várices de miembros inferiores.	Idem.	Local.	
32	M. P. A. 185.434	18	10 sem.	Apendicitis aguda.	En blanco.	General.	Mac Burney-Gosset
33	F. R. de A. 186.172	34	18 sem.	Tumoración de fosa ilíaca izq.	Quiste de mesosigma.	General.	Paramediana infraumb. izq.
34	S. C. B. 177.035	40	9 sem.	Colecistopancreatitis litíásica.	Idem.	General.	Paramediana supraumb.
35	J. F. de C. 198.798	25	3 sem.	Embarazo ectópico.	En blanco.	General.	Pfannenst.
36	B. R. de C. 200.786	29	30 sem.	Cáncer de mama.	Idem.	General.	
37	B. F. de H. 200.797	22	26 sem.	Litiasis biliar.	Idem.	General.	Transversa subcostal.
38	I. V. de P. 119.422	41	30 sem.	Cáncer de mama.	Idem.	General.	
39	G. O. M. 198.840	26	3 sem.	Litiasis biliar.	Idem.	General.	Paramediana supraumb.
40	J. P. de S. 207.568	17	22 sem.	Quemaduras 15%.	Idem.	General.	

Caso	Filiación	Edad	Edad del embarazo	Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico operatorio	Anestesia	Incisión
41	R. L. C. 203,256	29	14 sem.	Colecistopancreatitis litíasea.	Idem más colección del mesocolon.	General.	Mediana supra e infraumb.
42	T. O. de B. 216,173	29	22 sem.	Várices de miembros inferiores.	Idem.	General.	
43	L. P. de S. 176,077	24	28 sem.	Piocolicistitis litíasea.	Idem.	General.	Transversa subcostal.
44	B. L. de P. 014,900	30	14 sem.	Mioma en sufrimiento.	Idem.	General.	Mediana infraumb.
45	M. A. de G. 224,879	20	4 sem.	Embarazo ectópico.	Rotura de cuerpo amarillo.	General.	Pfannenst.
46	O. P. de N. 226,009	30	24 sem.	Estrechez mitral.	Idem.	General.	Toracotomía.
47	M. M. de M. 048,039	26	12 sem.	Apendicitis aguda.	Idem.	General.	Mac Burney-Gosset.
48	C. S. de G. 085,678	31	8 sem.	Flebotrombosis ilíaca.	Idem.	General.	Mediana infraumb.
49	M. S. de P. 069,610	32	6 sem.	Quiste de ovario.	Miomatosis uterina.	General.	Mediana infraumb.
50	M. B. de R. 198,382	21	12 sem.	Hernia umbilical estrangulada.	Idem.	General.	No consta.

CASO 48. Paciente con gravidez de 8 semanas, en quien se hace diagnóstico de flebotrombosis femoroilíaca, que es intervenida por mediana infraumbilical; se realiza una flebotomía sobre vena ilíaca primitiva, extrayéndose los trombos. En el postoperatorio inmediato, la paciente hace un cuadro de anemia aguda por hemorragia interna, iniciando un cuadro de aborto que se completó luego. Fue necesario reintervenir para corregir la causa de la hemorragia. No recibió tratamiento antiabortivo.

CASO 45. Paciente con gravidez de 4 semanas, con cuadro de anemia aguda por hemorragia interna, en quien se diagnostica embarazo ectópico complicado; se interviene por Pfannenstiel, comprobándose la existencia de un hemoperitoneo importante y un cuerpo amarillo. Se hace resección parcial de ovario. En el postoperatorio inmediato se produce el aborto espontáneo. No se hizo tratamiento antiabortivo.

Comentario:

1) Los 6 casos corresponden a cirugía abdominal: 1 al piso supramesocólico (intervención sobre vías biliares) y los 5 restantes al inframesocólico; de ellos, 3 sobre el aparato genital (ovarios), 1 caso de peritonitis y 1 caso de cirugía vascular.

2) En los 6 casos se utilizó anestesia general, conociéndose el detalle en 3 de ellos (casos 26, 34 y 45); la duración de la anestesia fue de 1 hora, 2 horas 30' y 1 hora 15', respectivamente.

3) No fueron utilizados drenajes en los casos de aborto por intervenciones inframesocólicas.

4) Tres de estos casos fueron intervenciones de urgencia y 3 de coordinación. No obstante, en ninguno de ellos se aplicaron medidas antiabortivas.

5) Cuatro abortos se produjeron en el postoperatorio inmediato; 1 aborto a los 18 días y el restante a los 50 días de la intervención.

6) Cinco casos corresponden a intervenciones realizadas en el primer trimestre de la gestación y el restante se intervino al comienzo del segundo trimestre.

7) En 3 casos se hizo cirugía ovárica en el primer trimestre de la gestación, habiéndose extirpado en 2 de ellos el cuerpo amarillo gravídico y en el tercero, presumiblemente también, ya que se intervino sobre ambos ovarios (caso 15: resección cuneiforme bilateral).

8) En 2 casos había anemia aguda por hemorragia interna, lo que hace presumir la existencia de una hipotensión y la anoxia ovular correspondiente (casos 45 y 48).

9) En otros dos casos existían procesos de peritonitis, con importante repercusión sobre el estado general de las pacientes.

B) Parto prematuro

CASO 33. Paciente en gravidez de 18 semanas, en la que se hace diagnóstico de quiste de ovario: se interviene por paramediana izquierda infraumbilical, comprobándose que se trata de un quiste del mesosigmoide que es extirpado. Postoperatorio sin complicaciones. Se hizo tratamiento antiabortivo. Se desencadena el parto prematuro a los 7 meses de embarazo, o sea, a los 75 días de la intervención, con feto vivo.

IV) CONCLUSIONES

Del análisis de estos 50 casos de cirugía coincidente con el embarazo, destacamos que sólo en 6 casos se produjo interrupción del mismo. En ellos, el acto quirúrgico actuó de una manera clara:

- 1) se realizó cirugía ovárica en dos casos que cursaban en el primer trimestre;
- 2) en un caso había anemia aguda con hipotensión arterial;
- 3) en un caso se sumaron las dos causas anteriores;
- 4) en dos casos había procesos de peritonitis aguda.

Del estudio de estos casos surge claramente la importancia de tres factores que actuaron, en esta serie, en la génesis del aborto:

- a) extirpación del cuerpo amarillo en el primer trimestre de la gestación;
- b) la anoxia ovular provocada por la hipotensión arterial materna;
- c) en los casos de peritonitis, la intervención del estado toxiinfeccioso, del desequilibrio metabólico y de la acción ocitócica provocada por ella.

Es a destacar que la cirugía durante la gravidez es conveniente realizarla durante el segundo trimestre, donde ya el equilibrio endocrino generado por el desarrollo placentario está protegiendo al embarazo.

También es a destacar, que la buena anestesia, que permite trabajar con maniobras suaves, que no despiertan reflejos ni dolor, debe realizarse con la profundidad necesaria, teniendo en cuenta siempre que una buena oxigenación es de capital importancia. Debe además cuidarse el equilibrio circulatorio materno, con las medidas antishock o que combatan la anemia aguda, ya que la hipotensión arterial lleva a la hipoxia materna que tiene efectos deletéreos sobre el huevo.

Caso	Operación realizada	Complicaciones	Evolución del embarazo
1	Quistectomía. Apendicectomía.	No.	Sin particularidades hasta 6 días de postoperatorio.
2	Adventicectomía parcial y drenaje.	Hepatitis postoperatoria.	Sin particularidades hasta 70 días de postoperatorio.
3	Exploración.	Supuración de herida operatoria.	Sin particularidades hasta 22 días de postoperatorio.
4	Exploración. Punción ovular.	Eventración.	Aborto provocado a los 45 días de postoperatorio.
5	Apendicectomía parcial y drenaje.	Supuración de herida operatoria.	Sin particularidades hasta 8 días de postoperatorio.
6	Apendicectomía.	No.	Sin particularidades hasta 3 días de postoperatorio.
7	Apendicectomía.	No.	Aborto provocado a los 21 días de postoperatorio.
8	Miomectomía única.	No.	Parto de término espontáneo.
9	Ovariectomía derecha.	No.	Sin particularidades hasta 12 días de postoperatorio.
10	Quistectomía.	No.	Sin particularidades hasta 7 días de postoperatorio.
11	Reducción de contenido y plastia.	No.	Sin particularidades hasta 5 días de postoperatorio.
12	Quistectomía.	No.	Aborto espontáneo a los 50 días de postoperatorio.
13	Miomectomías múltiples. Drenaje.	No.	Sin particularidades hasta 8 días de postoperatorio.

Caso	Operación realizada	Complicaciones	Evolución del embarazo
14	Exploración.	Supuración de herida operatoria. Eventración.	Parto de término espontáneo.
15	Resección cuneiforme bilateral de ovarios. Apendicectomía.	No.	Aborto espontáneo a los 8 días.
16	Apendicectomía profiláctica.	No.	Parto de término espontáneo.
17	Tiroidectomía s/total.	Supuración de herida operatoria.	Sin particularidades hasta 9 días de postoperatorio.
18	Cayadectomía y safenectomía parcial.	No.	Parto de término espontáneo.
18	Apendicectomía profiláctica.	No.	Parto de término espontáneo.
20	Miomectomías múltiples. Punción ovular.	Crisis asmática. Eventración.	Parto de término espontáneo.
21	Colecistectomía y drenaje subhepático.	No.	Sin particularidades hasta 6 días de postoperatorio.
22	Apendicectomía profiláctica.	No.	Sin particularidades hasta 6 días de postoperatorio.
23	Pleurotomía y drenaje.	No.	Parto de término espontáneo.
24	Ileostomía.	No.	Parto de término espontáneo.
25	Colecistectomía. Cirugía de vía biliar principal. Drenaje subhepático.	No.	Sin particularidades hasta 13 días de postoperatorio.

Caso	Operación realizada	Complicaciones	Evolución del embarazo
26	Exploración.	No.	Aborto espontáneo a horas de postoperatorio.
27	Adenocistectomía parcial y drenaje.	Hepatitis postoperatoria.	Parto de término espontáneo.
28	Anexectomía derecha.	No.	Sin particularidades hasta 6 días de postoperatorio.
29	Colecistectomía. Cirugía vía biliar principal. Drenaje.	No.	Sin particularidades hasta 9 días de postoperatorio.
30	Sección de ligamentos redondos.	No.	Parto de término por cesárea.
31	Cayadectomía.	No.	Parto de término espontáneo.
32	Apendicectomía profiláctica.	No.	Parto de término espontáneo.
33	Quistectomía.	No.	Parto prematuro.
34	Cirugía de vía biliar principal. Drenaje.	Peritonitis postoperatoria.	Aborto espontáneo a los 4 días de postoperatorio.
35	Exploración.	Supuración de herida operatoria.	Parto de término por cesárea.
36	Mastectomía radical.	No.	Parto de término inducido.
37	Colecistectomía y cirugía de vía biliar principal. Drenaje.	No.	Sin particularidades hasta 18 días de postoperatorio.
38	Mastectomía radical.	Supuración de herida operatoria.	Parto de término por cesárea.

Caso	Operación realizada	Complicaciones	Evolución del embarazo
39	Colecistectomía. Drenaje subhepático.	No.	Parto de término espontáneo.
40	Injerto y curaciones.	No.	Parto de término espontáneo.
41	Colecistectomía. Drenaje de coleción de mesocolon. Año transv.	No.	Parto de término espontáneo.
42	Cayadectomía bilateral. Ligaduras múltiples.	No.	Parto de término espontáneo.
43	Colecistostomía. Drenaje.	No.	Parto de término espontáneo.
44	Miomectomía.	No.	Parto de término por fórceps.
45	Ovariectomía parcial incluyendo c. amarillo.	No.	Aborto espontáneo en postoperatorio inmediato.
46	Comisurotomía mitral.	No.	Parto de término espontáneo.
47	Apendicectomía.	No.	No consta.
48	Flebotomía y trombectomía.	Hemoperitoneo y hemato- ma Retzius.	Aborto espontáneo en el postoperatorio inmediato.
49	Miomectomía.	No.	Parto de término espontáneo.
50	Reducción de contenido y plastia de pared.	No.	Sin particularidades hasta 9 días de postoperatorio.

En cuanto al acto quirúrgico, siempre que sea posible, debe preferirse la incisión transversa a la vertical, ya que aquélla respeta más la pared, para hacer así la profilaxis de la eventración. No hay que olvidar el aumento de la presión intraabdominal y el esfuerzo del parto sobre una pared recién operada, lo que predispondrá a una eventración como hemos visto en los altos porcentajes más arriba señalados.

En las intervenciones del tipo inframesocólico del abdomen y más si son sobre el aparato genital deben realizarse con el mayor cuidado en las maniobras, tratando, además, de respetar en lo posible, al útero y al cuerpo amarillo de la gravidez.

Es conveniente realizar un tratamiento antiabortivo, pre y postoperatorio, encuadrado dentro de las siguientes normas:

- 1) calmar el dolor generosamente;
- 2) reposo;
- 3) sedantes;
- 4) medicación endocrina.

Un aspecto muy importante a considerar es el relativo al alto porcentaje de errores de diagnóstico clínico que ocurren en la cirugía hecha durante la gravidez, en el sector inframesocólico del abdomen. Esto lo atribuimos:

- a) a la distorsión anatómica provocada por el crecimiento del útero grávido;
- b) a la patología propia de la gravidez o a la provocada por ella sobre procesos preexistentes, que viene a interferir o a sumarse en los cuadros clínicos de la patología abdominal;
- c) a que durante la gravidez, por lo menos en el primer trimestre (donde ocurre el mayor porcentaje de error de diagnóstico), técnicas tan importantes como la radiología, deben ser y son poco usadas, dado que se quiere evitar la irradiación del huevo;
- d) también puede sumarse a las causas de error, el que muchas veces se desconozca la presencia del embarazo.

Por último, deseamos destacar, que toda la cirugía que tiende a solucionar un problema de riesgo vital o funcional de la madre, se debe y puede hacerse durante la gravidez. Que en aquellos casos en que no es necesaria la cirugía y pueda posponerse para después del parto, es conveniente abstenerse, o en el mejor de los casos, realizarla en el segundo trimestre.

V) RESUMEN

Se hace el estudio estadístico de 50 casos de cirugía mayor e intermedia durante la gravidez.

Se analizan datos correspondientes al acto quirúrgico y a la evolución del embarazo.

Se produjeron 6 casos de aborto vinculados al acto quirúrgico.

Se extraen las conclusiones que el estudio de estos casos sugieren.