

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Úlcera Péptica, Pancreatitis Aguda y Obstrucción Intestinal en el Embarazo

* *P. Troncoso C.*

** *L. Cubillos O.*

*** *C. Fernández O.*

ULCERA PEPTICA

La patología ulcerosa es una enfermedad común en la población. Sin embargo, su presentación en el curso del embarazo, es poco frecuente.

Cuando esto ocurre, generalmente es asintomática

En un estudio realizado por Clark en un grupo de embarazadas ulcerosas, se demostró que el 44% de ellas no presentaba síntomas, un porcentaje similar mostraba una marcada mejoría respecto a su estado pregestacional y sólo un 12% se mantenía igual o empeoraba.

No se ha aclarado completamente este alivio asintomático que experimenta la enfermedad ulcerosa en el curso del embarazo. Por un lado, la progesterona parece disminuir la acidez gástrica e incrementar la producción mucosa. Se ha descrito también un aumento significativo de los niveles plasmáticos de histaminasas sintetizadas por la placenta. Esta enzima puede inactivar la histamina o bloquear su efecto a nivel de las células parietales o de la célula G.

Como sea, la úlcera péptica presenta un espectro sintomático leve durante el embarazo. Si bien esto último puede dificultar su diagnóstico, por fortuna, facilita su manejo terapéutico.

* *Servicio de Cirugía, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

** *Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

*** *Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

CUADRO CLINICO

Cuando hay manifestaciones ulcerosas durante el embarazo, son similares a la paciente no obstétrica. Puede existir también el diagnóstico previo. El examen de elección para pesquisarla es la endoscopia. Los estudios radiológicos exponen innecesariamente al feto.

Es muy rara la presentación ulcerosa por sus complicaciones como síndrome de retención gástrica, hemorragia digestiva o perforación.

Los cuadros biliares, la pancreatitis aguda y la apendicitis son los diagnósticos diferenciales más habituales.

TRATAMIENTO

El manejo terapéutico persigue los mismos objetivos que en la mujer no embarazada. Son tres los elementos básicos: el régimen, la sedación y la disminución de la acidez gástrica.

Lo más importante en la dieta es eliminar los alimentos con capacidad exitosecretora como la cafeína, el alcohol o el cigarrillo.

Un adecuado manejo psicológico es de gran ayuda, si consideramos la angustia de la mujer gestante respecto a su enfermedad y el futuro de su embarazo. Las benzodiazepinas de acción suave y prolongada como el diazepam o el clordiazepóxido son útiles y pueden usarse, especialmente en embarazos del segundo o tercer trimestre, período en que estas drogas han demostrado ser relativamente incoas para el desarrollo del feto.

La terapia destinada a disminuir la acidez gástrica merece una consideración aparte. En la ac-

tualidad se cuenta, al menos, con dos recursos farmacológicos para lograrlo: los antiácidos y los bloqueadores selectivos de la acción de la histamina (anti H₂).

Los antiácidos orales constituyen una terapia demostradamente efectiva. La mayoría de las formas comerciales son seguras durante el embarazo, excepto los que contienen sales de sodio o calcio. Los primeros se asocian a retención hídrica y están contraindicados en pacientes con antecedentes de hipertensión gestacional. Su efecto, además, es muy corto. Los que contienen sales de calcio se han asociado a un efecto "rebote" de acidez gástrica al usarlos en forma continuada.

Los más recomendables son los geles de hidróxido de aluminio o magnesio, o ambos. La acción es bastante prolongada manteniendo un efecto tampón antigástrico por varias horas. Se recomiendan en dosis de 80 mEq una o dos horas después de cada comida, con doble dosis en la noche. El uso prolongado de este tipo de compuestos se ha asociado al síndrome de "leche alcali". En pacientes con patología renal previa o potencial (toxemia) se deben monitorizar los niveles plasmáticos de magnesio cuando se utilizan compuestos a base de este ion.

Los efectos de los bloqueadores de la histamina no han sido suficientemente estudiados en el embarazo. Su uso se reserva sólo para aquellos casos refractarios a la terapia habitual o cuando se presentan complicaciones (hemorragia digestiva o retención gástrica). Su eficacia en el tratamiento de la úlcera péptica se ha demostrado ampliamente. Sin embargo, se han asociado a potenciales efectos colaterales en la madre como alteraciones en la lactancia, leucopenia, agranulocitosis y alteraciones mentales.

Se sabe que cruzan la barrera placentaria en animales de experimentación y se desconocen los efectos que pueden tener en el curso normal del embarazo humano.

Como los síntomas ulcerosos en la gestación generalmente son leves, la mayoría responde a antiácidos comunes, siendo inhabitual tener que recurrir a otras drogas.

Las complicaciones de la enfermedad ulcerosa tienen un manejo similar a la paciente no obstétrica.

La complicación más frecuente la constituye la

hemorragia digestiva. En estos casos, el tratamiento médico, considerando el uso de un antiH₂ por un corto período, logra la cura en la mayoría de los casos.

La hemorragia masiva tiene indicación quirúrgica precoz, sin esperar los clásicos criterios de pérdida de volumen. La madre puede tolerar un sangramiento importante, pero el feto a menudo morirá *in utero*.

En una gran serie publicada en 1971, un grupo de mujeres embarazadas con sangramiento ulceroso masivo, que fue manejado médicamente, presentó un 44% de mortalidad maternofoetal. El grupo operado precozmente presentó un 13% de mortalidad materna y un 26% de pérdida fetal.

Existe acuerdo en la literatura que el cuadro de perforación debe operarse precozmente. En las series obstétricas la perforación ulcerosa tratada médicamente presentó un 10% de mortalidad.

En el tercer trimestre y con feto viable se ha recomendado la cesárea previa a la cirugía. Esto facilita la exposición del hemiabdomen superior y mejora el pronóstico del feto sometido a la manipulación e hipotensión arterial maternas.

PANCREATITIS AGUDA

Constituye una complicación que se diagnostica rara vez en el embarazo. Su incidencia se ha estimado en un 0.01 a 0.15%.

La mortalidad de este cuadro continúa siendo significativamente más alta en el embarazo, atribuido principalmente a un diagnóstico tardío.

El daño pancreático parece ser del todo similar a la paciente no embarazada, permaneciendo sin aclararse su etiología.

La totalidad de la literatura que aborda este problema es extranjera. De la información disponible se desprende que la patología biliar sigue siendo el factor más importante.

En un estudio realizado por Berk en 1971 se establecieron como factores asociados más frecuentes los siguientes:

- colcitis	36%
- cuadros infecciosos	25%
- toxemia gravídica	9%
- drogas (clorotiazida)	8%
- ideopáticos	31%

Nos referiremos a continuación a los aspectos más destacables de la pancreatitis aguda en la paciente embarazada.

CUADRO CLINICO

La presentación clínica de esta complicación es similar a la paciente no embarazada. No se cuenta con síntomas específicos. La asociación de dolor epigástrico y vómitos, generalmente se interpretan como manifestaciones de "gestosis".

Los exámenes de laboratorio tampoco son específicos.

Las amilasas y las lipasas séricas se encuentran elevadas en un gran número de otras patologías, algunas de ellas propiamente obstétricas, como la salpingitis aguda y el embarazo ectópico.

El embarazo normal complica la interpretación de la amilasemia. Se han descrito valores subnormales y elevaciones transitorias en el curso de la gestación.

En la mujer gestante el *clearance* de amilasa/creatinina es fácil de calcular. Requiere determinaciones simultáneas de muestras de orina y plasma.

$$\text{Cl amilasa/creatinina: } \frac{(\text{amilasa urinaria}) \times (\text{creatinina plasma})}{(\text{amilasa plasma}) \times (\text{creatinina urinaria})} \times 100$$

Se considera como valor normal del 1 al 4%. Valores sobre 6.6% son muy sugerentes de pancreatitis aguda. Se describen cifras elevadas en situaciones no asociadas con pancreatitis, como en quemaduras graves, cetoacidosis diabética, úlcera duodenal perforada o cirugía cardíaca.

La sensibilidad de este examen es de un 94%. La amilasemia sólo se encuentra elevada en niveles útiles diagnósticos en un 58% de los casos (14,15).

De Vore señala que los valores promedios del *clearance* de amilasa/creatinina en el embarazo son inferiores a la población no obstétrica en el período que corresponde a las primeras 28 semanas de gestación, lo que podría corresponder a la elevación del *clearance* de creatinina que ocurre en esta etapa.

Un valor que podría ser normal en la paciente no embarazada puede ser anormal en el curso de la gestación. Esto también es válido para las determinaciones de amilasas urinarias.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuatro patologías a menudo se confunden con la pancreatitis aguda: la úlcera péptica perforada, los cuadros biliares, la obstrucción intestinal y la hiperemesis gravídica

TRATAMIENTO

El 90% de los pacientes tienen una enfermedad de curso autolimitado que se resuelve rápidamente en el transcurso de una semana.

El objetivo terapéutico, al igual que en la paciente no embarazada, es lo que se ha llamado "el reposo pancreático". Tres elementos constituyen las bases del manejo.

- el régimen cero,
- la hidratación parenteral y reposición de volumen,
- la succión nasogástrica.

Todos los demás recursos empleados como anticolinérgicos, glucagón o antibióticos (en ausencia de infección), no han demostrado ofrecer ningún beneficio terapéutico.

Generalmente, después de la primera semana, junto con la desaparición del dolor y la normalización de las amilasurias, la paciente puede realimentarse con líquidos y posteriormente con régimen hipograso e hidrocarbonado.

La mortalidad de los cuadros graves está condicionada por las alteraciones metabólicas y cardiorrespiratorias secundarias. Posteriormente el problema es la hemorragia tardía o la infección agregada. En la etapa inicial es indispensable el monitoreo estricto y el adecuado aporte de volumen. Hay poca experiencia en la utilidad del lavado peritoneal en el curso de la gestación.

No existen criterios en la literatura respecto al curso que debe dársele al embarazo en la evolución de una pancreatitis grave. Parece existir acuerdo que instalada una sepsis abdominal la interrupción de la gestación constituye la única manera de asegurar la vida del feto. Consideradas la edad gestacional y las condiciones obstétricas la vía vaginal es lo más seguro y adecuado. De requerirse una cesárea hay que considerar la histerectomía complementaria, como en otros cuadros infecciosos peritoneales.

PRONOSTICO

En una revisión de Berck la mortalidad materna global de la pancreatitis aguda fue de un 37%. Esto es 5 a 10 veces mayor que lo esperado en la población no obstétrica menor de 50 años y con un cuadro de gravedad similar.

Otras series más recientes se refieren a la sobrevivencia en los cuadros graves. Se mencionan un 29% de sobrevivencia para aquellas pacientes manejadas solo médicamente y un 64% para las que se manejaron con lavado peritoneal o drenaje quirúrgico.

En la literatura nacional, encontramos cuatro casos publicados en la experiencia del Hospital Sótero del Río. No se describe mortalidad materna.

OBSTRUCCION INTESTINAL

La obstrucción intestinal es una complicación rara en el embarazo y con una alta tasa de mortalidad materno-fetal. Esto se ha atribuido a las graves alteraciones hidroelectrolíticas que acompañan a estos cuadros y a la gran frecuencia del diagnóstico tardío.

Su incidencia es de 1 a 50.000 embarazos. De las complicaciones quirúrgicas abdominales representa aproximadamente un 1% en series extranjeras y un 6% en las series nacionales.

La mayoría de los cuadros obstructivos se presenta en el tercer trimestre y en las primigestas. Afectan generalmente al intestino delgado, en particular al íleon. La obstrucción del intestino grueso es muy rara en el embarazo.

La causa más frecuente de obstrucción intestinal durante el embarazo son las adherencias que ocurren en un 60%. De éstas un 31% se relaciona a cirugía previa (siendo la apendicectomía la más frecuente), un 18% a patología inflamatoria intraabdominal (procesos inflamatorios pelvianos, diverticulitis y otros) y un 11% de origen congénito.

Otras causas son los vólvulos, la intususcepción y la pseudobstrucción funcional del colon.

En el embarazo son muy raras las causas neoplásicas ya que se ven generalmente en mujeres de mayor edad.

Son poco frecuentes los íleos producidos por hernias estranguladas. El útero en su crecimiento

progresivo desplaza el intestino arriba de la pelvis, alejándolo de los anillos inguinal y crural.

La mayoría de los autores está de acuerdo en que existen tres períodos en los cuales las adherencias precipitan un cuadro obstructivo durante el embarazo:

- cuando el útero cambia de una posición pélvica a una abdominal (después de las 16 semanas), pudiendo estirar o desplazar una brida formada previamente,
- cuando la presentación se encaja en la pelvis,
- inmediatamente después del parto, cuando el cambio repentino en el tamaño uterino altera drásticamente la relación de las adherencias al intestino.

CUADRO CLINICO

Los síntomas del cuadro obstructivo son los mismos que en la mujer no embarazada. La tríada clásica de: dolor abdominal cólico, vómitos y falta de expulsión de gases y deposiciones por el recto deben hacer de inmediato sospechar esta complicación.

Como la mayoría de estos cuadros se presentan en el tercer trimestre, debe diferenciarse el dolor del cólico uterino del de trabajo de parto. La palpación uterina y la auscultación abdominal durante las crisis dolorosas son de gran ayuda en estas circunstancias.

El dolor constante y sin intercrisis sugiere un compromiso intestinal más serio, producido por la isquemia de un asa mortífera. Este tipo de obstrucción en asa cerrada (como un vólvulo) se presenta en el 25 a 40% de estas pacientes, con una incidencia mayor que en las no embarazadas.

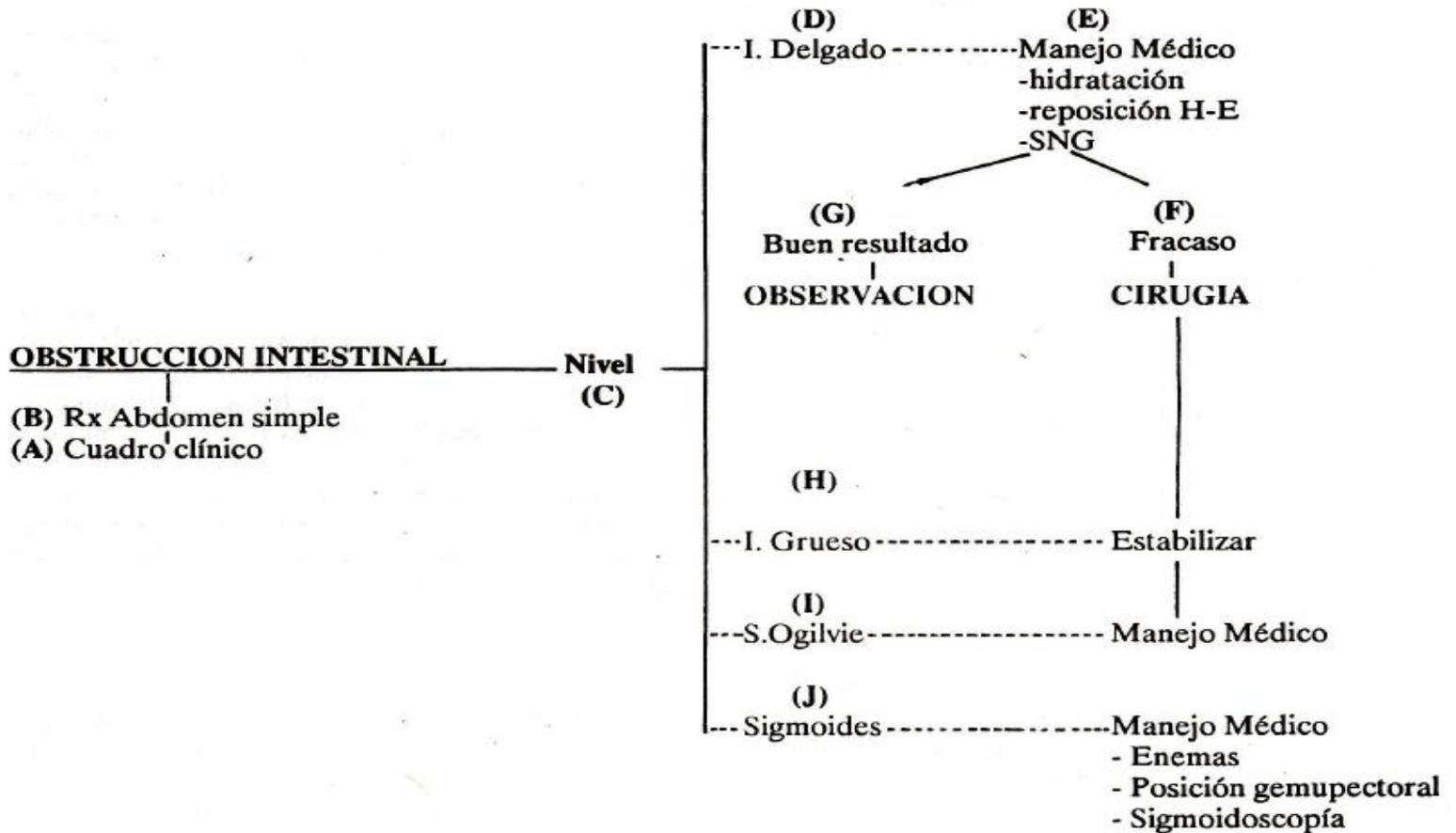
Los signos de distensión abdominal, sensibilidad generalizada y ruidos hidroaéreos de tonalidad alta se presentan tardíamente. Además, la gran masa uterina puesta por delante de la obstrucción puede ocultar los signos abdominales.

La radiografía de abdomen simple constituye el procedimiento diagnóstico más importante para detectar la obstrucción.

Generalmente es inocua para el feto en el período de gestación en que ocurren los cuadros obstructivos y utilizando baja exposición radiológica.

Las radiografías revelarán asas intestinales lle-

OBSTRUCCION INTESTINAL Y EMBARAZO



- (A) El dolor cólico abdominal, los vómitos y la falta de expulsión de gases, son los síntomas más comunes. Los signos clásicos son tardíos.
- (B) La radiología simple de abdomen es el procedimiento diagnóstico más importante.
- (C) Este último examen permite establecer el nivel de la obstrucción.
- (D) Los cuadros que comprometen intestino delgado son los más frecuentes.
- (E) En estos casos el manejo médico es la primera herramienta terapéutica.
- (F) Si fracasa, después de estabilizar al paciente procede la cirugía inmediata.
- (G) Cuando se obtiene un buen resultado se observará a la paciente hasta después del parto.
- (H) La obstrucción de intestino grueso, previa estabilización de la paciente deben tratarse con cirugía. Habitualmente en estos casos hay compromiso isquémico del asa.
- (I) La pseudo obstrucción del colon se trata inicialmente en forma conservadora y con control radiológico seriado, si el diámetro del ciego es mayor de 9 cms se indica la cirugía.
- (J) La comprensión mecánica del colon sigmoides se maneja médicamente.

nas de gas que no progresa distalmente. Pueden ser visibles niveles líquidos que orientan al sitio de la obstrucción.

Durante el período postparto o postcesárea se ha descrito un cuadro seudo obstructivo del colon de carácter ideopático del todo similar al síndrome de Ogilvie. Esta complicación aparece generalmente entre el segundo o tercer día del puerperio, caracterizada por distensión y dolor abdominal progresivo, vómitos y alza térmica. La radiografía de abdomen simple demuestra una característica distensión gaseosa del intestino grueso.

Los exámenes de laboratorio complementarios ayudan a evaluar el estado de hidratación, el grado de alteración hidroelectrolítica y ácido-básica, frecuentemente comprometidos en los estados avanzados.

En el diagnóstico diferencial, deben tenerse en cuenta las primeras etapas del trabajo de parto (que ya analizamos) y la pielonefritis aguda. Por los cambios anatómicos del embarazo, el dolor de los cuadros obstructivos puede irradiarse a los flancos o hacia la región lumbar.

TRATAMIENTO

Es similar a la paciente no embarazada. Inicialmente debe ser conservador (hidratación, corrección de las alteraciones electrolíticas y ácido-básicas, sedación y succión nasogástrica). Si el cuadro no mejora con las medidas generales después de 6 a 8 horas o si hay sospecha de un "compromiso de asa intestinal", es necesaria una laparotomía exploradora.

Cuando se ha planeado la intervención quirúrgica la incisión abdominal debe ser lo suficientemente amplia para permitir una mínima manipulación sobre el útero grávido. En el curso de la cirugía, el manejo anestésico es primordial. Mínimos períodos de hipoxia o hipotensión son las causas más comunes de morbilidad fetal.

Si el embarazo es de término puede considerarse la posibilidad de una cesárea simultánea.

Es la experiencia de muchos autores que los embarazos cercanos al término, operados por un cuadro obstructivo inician trabajo de parto espontáneo en los primeros días del postoperatorio. Una evacuación obstétrica adecuada indicará si es factible la frenación con tocolíticos.

Se ha mencionado esporádicamente un cuadro obstructivo del sigmoides por el útero grávido. Harer menciona en su serie un episodio obstructivo por esta causa. Comprobó radiológicamente la obstrucción que trató con enemas, posición genupectoral (para desplazar el útero hacia adelante) y sigmoidoscopia con introducción de un tubo rectal.

Los otros cuadros obstructivos del intestino grueso son casi siempre del tipo "asa cerrada". Es obvio que estos casos requieren cirugía inmediata. Si es necesaria una resección intestinal, como se interviene sobre un colon no preparado, es de regla una colostomía de descarga.

En la seudo obstrucción del colon no complicada se recomienda el tratamiento conservador inicial y el control radiológico seriado. El diámetro crítico (con riesgo de perforación) se mide en el ciego. En general se indica la laparotomía con diámetros mayores de 9 cms. En series nacionales los cuadros operados se han tratado exitosamente con una cecostomía descompresiva. Se han comunicado casos manejados con colonoscopia. Sin embargo, la experiencia con esta técnica en el embarazo es reducida.

PRONOSTICO

La mortalidad materna en las series extranjeras es del 10 al 20% con una incidencia de pérdida fetal y parto prematuro de 33 a 50%. Esta frecuencia se refiere generalmente a los casos acontecidos en el tercer trimestre como resultado del shock materno.

Las series nacionales no mencionan mortalidad materna por esta causa

BIBLIOGRAFIA

1. De Vore, G.R.: Acute abdominal pain in the pregnant patient due to pancreatitis, acute appendicitis, cholecystitis or peptic ulcer disease. *Clin. Perinatol* 7 (2):349,1980.
2. Clark, D.H.: Peptic ulcer in women. *Br. Med. J.* 1:1259,1953
3. Becken-Anderson, H. and Husfeld, V.: Peptic ulcer in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 50:391, 1971
4. Clark, D.H. and Tankel, H.I.: Gastric acid and plasma histaminase during pregnancy. *Lancet* 2:886, 1954.

5. Gray, G.: Peptic ulcer disease. In Rubinstein, E. and Federman, D (eds). *Scientific American Medicine*. Vol I sec II. NYSA, 1980.
6. Fordtran, J.S.: Reduction of acidity by duct antacids and anticholinergic agents. In Sleisenger, M.H. and Fordtran, J.S. (eds) *Gastrointestinal disease pathophysiology diagnosis and management*. Philadelphia W.B. Saunders Co. pp. 178. 1973.
7. Zulli, P. and Dinisio, Q.: Cimetidine treatment during pregnancy. *Lancet* 2: 945, 1958.
8. Saunders, P. and Milton, P.J.D.: Laparotomy during pregnancy: and assesment of diagnostic accuracy and fetal wastage. *Br. Med.J.* 3:165. 1973.
9. Fitzgerald, D.: Pancreatitis following pregnancy. *Br. Med. J.* 1:349, 1955.
10. Wilkinson, E.J.: Acute pancreatitis in pregnancy: a review of 18 cases and report of 8 cases. *Obstet. Gynecol Surv.* 28:281. 1973.
11. Barck, J.E.; Smith, B.H. and Akrawi, M.M.: Pregnancy pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol* 56:216, 1971.
12. Ramer, J.F. and Carey, L.C.: Pancreatitis: a clinical review. *Am J. Surg* 111:795,1960.
13. Gray, G.: Diseases of the pancreas: In Rubenstein, E. and Federman, D. (eds) *Scientific American Medicine* Vol.I sec V NYSA, 1979.
14. Salt, W. and Schenker, S.: Amylase, its clinical significance. A review of the literature. *Medicine* 55:269, 1976.
15. Dreiling, D.A., Leichtling, J.J. and Jowitz, H.D.: The amylase/creatinine ratio. *Am. J. Gastroenterol.* 61:290, 1974.
16. Welch, C.E. and Malt R.A.: Abdominal Surgery part I. *New Engl. J. Med.* 300:648, 1974.
17. Castillo, O.; Seitz, J.; Raddatz, A.; Ibañez, L.; Fernández, M.; Reyes, M.: Cirugía Abdominal y embarazo. *Rev Chil. Cir.* 36(2):255. 1984.
18. Schnider, S.M.; Webster, G.M.: Maternal and fetal hazards of surgery during pregnancy. *Am.J. Obst. Gynecol.* 92: 891, 1965.
19. Fanning, J. and Cross, B.: Postcesarean section cecal volvulus. *Am. J. Obstet Gynecol* 158:1200, 1988
20. Harer, B.: Intestinal obstruction associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 19:11, 1962.
21. Díaz, A.; Csendes, A.; Ashutte, H. y Braghetto, J.: Efecto de la cirugía abdominal no obstétrica sobre la evolución del embarazo. *Rev. Med. Chil.* 110:440, 1982.
22. Bannura, G.; Díaz, L.; Vera, E. y cols.: Cirugía y Embarazo. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 52(3):159, 1987.
23. Hill, L.M.; Symmonds, R.S.: Small bowell obstruction in pregnancy. *Obstet Gynecol* 19:170,1977.
24. Ogilvie, H.: Large-Intestine colic due to sympathetic deprivation: A new clinical syndrome. *Br. Med J.* 2:671, 1948.
25. Bannura, G.: Pseudo obstrucción del colon postcesárea (Síndrome de Ogilvie). *Rev. Chil. Obstet. y Ginecol* 50 (1): 21, 1985.
26. Ravo, B.; Pollane, M., Gez, R.: Pseudo-obstruction of the colon following cesarean section. *Dis Col. Rectum* 26:440, 1983.
27. Kammerer, Ws: Non obstetric surgery during pregnancy. *Med. Clin NA* 63:1157, 1979.