

Dolor en Obstetricia

Autores:

Dra. Leticia de Anda Aguilar
Médica Gineco-Obstetra del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México O. D.

Dra. Rocío Guerrero Bustos
Médica Gineco-Obstetra del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México O. D.

La valoración en el tratamiento del dolor gineco-obstétrico debe abordarse a sabiendas de los antecedentes farmacológicos y patológicos que la paciente haya experimentado durante su embarazo.

Durante el embarazo el dolor es un síntoma frecuente¹ debido tanto a problemas pélvicos como extrapélvicos, ya que la mujer embarazada es susceptible de presentar los mismos padecimientos álgicos que la no embarazada. La gran diferencia es el hecho de que en su manejo se comprometen dos vidas: la de la madre y la del producto. A ello se suma que durante la gestación se producen múltiples cambios metabólicos, anatómicos y bioquímicos que hacen difícil establecer el diagnóstico correcto, mismo que cobra una gran importancia.²

El dolor en obstetricia es tema meritorio de un libro, sin embargo, aquí se hará una revisión concreta y breve de las causas más frecuentes de dolor, obstétricas y no obstétricas, que pueden ocurrir durante el embarazo. Cuando aparece el dolor en obstetricia se debe poner especial atención en la historia clínica, ya que el interrogatorio y la exploración brindarán la información necesaria para determinar el posible factor desencadenante del dolor durante el embarazo,² pero ante todo se deben considerar las alteraciones fisiológicas que existen en dicho estado. Las causas de dolor en el embarazo propiamente obstétricas, son:

Primera Mitad del Embarazo

- **Amenaza de aborto:**³ Manifiesto por hemorragia uterina anormal escasa o moderada, acompañada o no de dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, sin que existan modificaciones en el cuello uterino con un orificio cervical cerrado.
- **Aborto:**³ Expulsión o extracción del embrión o del feto cuyo peso es de 500 gr o menos (equivalente a 20 o 22 semanas completas de

Bibliografía

1. Carrea Macía JM. Protocolos de obstetricia y medicina prenatal. Barcelona, España. Masson-Salvat, 1992. Pp 198-200.
2. Biojo R. Abdomen agudo y embarazo. En Cifuentes R. Acuña JM, Agudelo A. Obstetricia de alto riesgo Cali, Colombia, XYZ Impresores Ltda 1994. Pp. 831-863.
3. Llaca V, Fernández J. Pérdida gestacional temprana. En Llaca V, Fernández J. Obstetricia clínica. DF., México Interamericana McGraw-Hill; 2000. Pp 101-107.
4. Vanrell A, Del Sol J. Embarazo ectópico. En González-Merllo J, Del Sol J. Obstetricia. Barcelona, España. Masson, S.A., 1999. Pp 330-350.
5. Lejarcegui JA, Del Sol J. Enfermedad trofoblástica. En González-Merllo J, Del Sol J. Obstetricia. Barcelona, España. Masson, S.A., 1999. Pp. 318-329.
6. Polto J. Desprendimiento prematuro de la placenta. En Dex S, Carrea J. Tratado de obstetricia, tomo II Patología obstétrica. Barcelona, España. Salvat Editores, 1987. Pp. 98-105.
7. Llaca V, Fernández J. Ruptura uterina. En Llaca V, Fernández J. Obstetricia Clínica. DF., México Interamericana McGraw-Hill, 2000. Pp. 256-257.
8. Llaca V, Fernández J. Nacimiento pretérmino. En Llaca V, Fernández J. Obstetricia clínica. DF., México Interamericana McGraw-Hill, 2000. Pp 275-283.
9. Vanrell A. Parto normal en presentación de vicio. En González-Merllo J, Del Sol J. Obstetricia. Barcelona, España. Masson SA 1999. Pp. 226-248.
10. Llaca V, Fernández J. Canal de parto y trabajo de parto. En Llaca V, Fernández J. Obstetricia clínica. DF., México Interamericana McGraw-Hill, 2000. Pp 327-339.
11. Álvarez A. Síndrome abdominal agudo de origen ginecológico. Vázquez E, Albnso Álvarez B. Ginecología obstetra y maestro. Su obra. DF., México: Asociación de exalumnos del Profesor Dr. Albnso Álvarez B. 1993. Pp. 144-152.
12. Karlman R, Madanes A. Círgia durante el embarazo. En Gleicher. Medicina clínica en obstetricia. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1996. Pp. 1275-1285.
13. Paller M. Enfermedades renales. En Buraw G, Ferris T. Complicaciones médicas durante el embarazo. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1996. Pp. 264-281.
14. Florensa R, Arrandellas J. Problemas neurológicos en el embarazo y en el puerperio. En Dex S, Carrea J. Tratado de obstetricia, tomo II Patología obstétrica. Barcelona, España. Salvat Editores, 1987. Pp. 361-362.
15. Connon J. Complicaciones gastrointestinales. En Buraw G, Ferris T. Complicaciones médicas durante el embarazo. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1996. Pp. 285-300.

gestación), con dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior intermitente de intensidad y frecuencia progresiva, condicionado por la contractilidad uterina que provoca el acortamiento del cuello uterino y dilatación de su orificio externo e interno, así como la expulsión del producto de la concepción y de las secundinas membranas y placenta, con hemorragia uterina.

- **Embarazo ectópico:**⁴ Implantación y desarrollo del blastocisto fuera del endometrio que reviste la cavidad uterina; prácticamente en 95 por ciento de estos casos es de localización tubaria y 98 por ciento de las mujeres presenta dolor súbito y difuso en hipogastrio o en una o ambas fosas iliacas. Al principio el dolor es de poca intensidad para luego aumentar, especialmente tras la ruptura tubaria se vuelve lacerante; en ocasiones es tipo cólico y se acompaña de lipotimia.

- **Embarazo molar:**⁵ Degeneración hidrópica de las vellosidades, las cuales son de tamaño variable desde la cabeza de un alfiler a un grano de uva; se traduce en dolor leve en hipogastrio. Sólo hasta que se comienza la expulsión de las vesículas se presentan dolores de características semejantes a los del aborto o parto, acompañado de hemorragia, síntomas vegetativos exacerbados que llegan a la hiperémesis y crecimiento uterino mayor al de la edad gestacional.

Segunda Mitad del Embarazo

- **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta:**⁶ Existe separación de la placenta parcial o completa (normalmente implantada) de la pared del útero después de las 20 semanas de gestación; el dolor es violento y brusco, continuo en todo abdomen o en ocasiones en un sector del útero grávido y hay hipertonía uterina e hipersensibilidad a la palpación del mismo

- **Ruptura uterina:**⁷ Se manifiesta en el curso del parto, aunque puede presentarse antes, y

tiene antecedentes de cirugía en útero o anomalías uterinas congénitas. Está caracterizada por dolor abdominal súbito con sensación subjetiva de desgarramiento (antes o durante de la ruptura) y se acompaña de repentinos datos de choque hipovolémico. Es muy fácil palpar las partes fetales en abdomen.

- **Amenaza de parto pretérmino:**⁸ Hay presencia de seis o más contracciones uterinas dolorosas en el lapso de una hora, posterior a la semana 20 de gestación y antes de la trigésimo séptima semana; según características previas al desencadenamiento de la contractilidad uterina y su frecuencia e intensidad, puede haber cambios en el reblandecimiento, borramiento y dilatación del cérvix, con expulsión transvaginal de secreción mucosa o sangre, que de no detenerse culmina en un trabajo de parto pretérmino y de término.

- **Trabajo de parto pretérmino y de término:**^{9,10} Se refiere a fenómenos activos y pasivos que tienen por objeto la expulsión del producto, la placenta y sus anexos a través del canal de parto, que se manifiestan en contracciones uterinas rítmicas, progresivas y dolorosas de mediana intensidad, ubicadas en hipogastrio y región púbica y que se irradian a región lumbar, por cuyo efecto se acorta y dilata el cérvix, permitiendo con ello la expulsión del producto.

Las causas de dolor durante el embarazo no obstétricas comprometen cualquier región anatómica. Debido a lo extenso de este apartado, se mencionarán sólo las más frecuentes, particularmente las relacionadas con el abdomen agudo en el embarazo.

Causas de Manejo

Quirúrgico Inmediato ²

- **Apendicitis aguda:**¹⁵ La progresión general del dolor visceral inespecífico a la peritonitis localizada es igual en el embarazo que en ausencia del mismo. El dolor abdominal es el síntoma más constante e inicia en epigastrio o

en la zona periumbilical, puede ser vago y mínimo; posteriormente se localiza hacia el flanco. Durante el primer y segundo trimestre es común un dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho; a medida que el embarazo progresa, se dirige al hipocondrio ya que hay una rotación antihoraria del apéndice hacia la profundidad del cuadrante superior derecho, por lo cual es difícil localizar el dolor por palpación en los últimos tres meses de embarazo. Las contracciones pueden mimetizar la ubicación del dolor, pero si se modifica de posición a la paciente y el dolor cambia, se establece que es uterino, mas no cuando es apendicular. Se acompaña de náusea y vómitos que pueden o no coexistir. La fiebre es un hallazgo infrecuente.

• **Colecistitis:**¹⁵ El dolor es igual que en las no gestantes y persiste hasta varias horas, se localiza en hipocondrio derecho y se irradia a epigastrio o en tirante a región escapular derecha; se origina en cualquier punto del cuadrante superior derecho, región altamente álgida e hipersensible. No hay relación específica con la ingesta de alimentos grasos. El embarazo *per se* no altera la manifestación del dolor, donde contrario al dolor de la úlcera péptica, su aparición es impredecible. La colecistitis aguda puede aparecer en cualquier momento del embarazo, provoca dolor más severo y de mayor duración que el cólico biliar; se observan diversos grados de hipertermia, vómitos, taquicardia e hipotensión, lo cual depende de la sepsis vesicular. Puede dar origen a pancreatitis o colangitis.

• **Obstrucción intestinal:** Se manifiesta en una tríada de dolor abdominal intermitente intenso tipo cólico, distensión abdominal y vómito que puede ser porráceo o fecaloide, con imposibilidad para canalizar gases y ausencia de evacuaciones.

• **Hernia estrangulada (inguinal o crural):**¹¹ Es común que el dolor se irradie a epigastrio y que en la exploración física se detecte una hernia irreductible.

• **Sangrado de tubo digestivo:** Es una compli-

cación de la úlcera péptica que causa dolor epigástrico quemante, hematemesis, hipersensibilidad y dolor a la palpación en epigastrio, y deberá ser tratada como si la paciente no estuviera embarazada.

• **Ruptura o torsión de tumoración anexial:** Se caracteriza por una tumoración anexial localizada, cuyo dolor progresivamente va en aumento; existe desarrollo de signos peritoneales. Las tumoraciones de ovario se identifican durante el embarazo, cerca de 50 por ciento son menores de 5 cm, 25 por ciento de 5 a 10 cm y 25 por ciento mayores de 10 cm. En 95 por ciento de los casos las tumoraciones son unilaterales, con un elevado porcentaje de involución espontánea. De las tumoraciones detectadas en el primer trimestre que persisten, entre 2 y 5 por ciento son de tipo maligno. Los tumores de ovario durante el embarazo tienen mayor ruptura que fuera del mismo.

• **Quistes coledocianos:** Se observa dilatación esférica del conducto del colédoco con estrechamiento distal. En este caso se sugiere que el efecto compresivo del útero altera el vaciamiento del quiste, lo que produce la aparición o agravamiento de su sintomatología en el embarazo. Los síntomas característicos son dolor, ictericia y tumoración en cuadrante superior derecho. De los cuatro tipos, el tipo I es el más frecuente durante el embarazo.

Causas de Manejo Quirúrgico Medio

• **Pancreatitis aguda o crónica:**² Provoca dolor súbito, constante y severo en epigastrio y mesogastrio, que a la palpación supera la defensa abdominal e irradia a espalda, pero también puede hacerlo a tórax anterior, lo que dificulta más el diagnóstico. Es frecuente una posición de plegaria mahometana para aliviar el dolor, mismo que se acompaña de náusea y vómito.

• **Úlcera péptica:**¹⁵ Se sospecha en la presencia de dolor epigástrico quemante, más severo en ayuno, y que mejora con la ingesta de alimen- ➤

tos o de antiácidos. A la exploración presenta dolor a la palpación de punto solar (epigástrico) e hipersensibilidad al mismo nivel. Puede complicarse como perforación, obstrucción o hemorragia gastrointestinal, lo cual requeriría de un manejo quirúrgico mayor.

• **Esofagitis por reflujo:** Se hace presente mediante la sensación de dolor quemante y malestar subesternal que irradia al cuello y al dorso. Debe distinguirse de un dolor cardiaco, disfagia por acalasia y patología biliar.

• **Colecistitis aguda:** Responde a manejo médico inmediato.

Causas no Quirúrgicas

• **Pielonefritis:** Es la complicación del tracto genitourinario más común, caracterizada por dolor intenso en los flancos que pueden simular un abdomen agudo. A la exploración física se refleja por Giordano positivo, puntos renales costovertebrales y costomusculares, acompañado de escalofríos, fiebre, náuseas, poliaquiuria, disuria y tenesmo vesical.

• **Cólico renal por litiasis:**¹³ La frecuencia de los cálculos urinarios es la misma que en las mujeres no embarazadas, y es muy probable que éstos sean la causa de internamiento más común por dolor abdominal durante la gestación, el cual se manifiesta por dolor en el flanco o en el abdomen, así como hematuria microscópica o macroscópica.

• **Neumonía.** Se distingue por presentar hipertermia, escalofríos, dolor torácico pleurítico de comienzo brusco y tos productiva con esputo purulento o sanguinolento. Hay signos de consolidación localizada.

• Crisis abdominales

• **Diabetes:** Es manifestación de la neuropatía con gastroparesia severa que provoca cuadro semejante a una oclusión (dolor, náusea y vómito).

• **Porfiria intermitente aguda:** Se caracteriza por fotosensibilidad, dolor abdominal agudo y neuropatías.

• **Cefaleas:**¹⁴ Es uno de los síntomas neurológicos más frecuentes durante el embarazo y tiene diversos tipos de presentación:

a) **Cefalea tensional:** Su inicio es lento, persistente y localizado, sobre todo en cráneo, de preferencia en el vértex.

b) **Migraña:** Es una cefalea grave, pulsátil, unilateral, asociada con náusea o vómito y a menudo está precedida por una fase prodrómica de escotomas centellantes, que puede empeorar en el embarazo o iniciarse en el primer trimestre.

c) **Cefalea en brotes:** Puede aparecer en el embarazo durante un periodo prolongado de semanas, con al menos un periodo álgico diario que se acompaña de problemas vasosecretores (inyección conjuntival, epifora y rinorrea). El dolor es periorbital, su presentación es nocturna y despierta a la paciente, o bien, se siente a primera hora de la mañana y se exacerba con el consumo del alcohol.

d) **Hipertensión intracraneal benigna:** Está caracterizada por cefaleas recurrentes con papiledema bilateral y con frecuencia hay parálisis del VI par craneal. Se registra en mujeres jóvenes (menores de 45 años) y obesas; se desconoce cuál es su etiología, pero se ha sugerido un trastorno hidroelectrolítico secundario a una alteración hormonal.

e) **Síndromes neurológicos con cefalea:** Se observa en lesiones intracraneales ocupantes de espacio, como los hematomas subdurales, tumores o abscesos cerebrales. Se distingue por cefaleas con inicio paroxístico, a menudo más intenso por la mañana al levantarse, sigue un curso irremisible y a veces se acompaña de vómitos.

f) **Cefalea por hemorragia subaracnoidea:** Tiene un inicio violento y está seguida por rigidez de nuca que se acompaña de fotofobia y cambios hemorrágicos en el fondo del ojo. **DOLOR**