

11209.

20/21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL.

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

TEMA:

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.

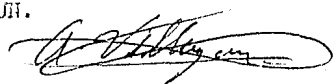
TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL.

PRESENTA:

DR. RODRIGO OCTAVIO ROJAS DIAZ.

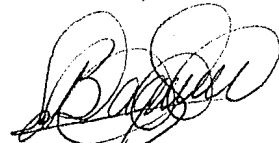
PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

DR. ALBERTO VILLAZON SANAGUN.



DIRECTOR DE LA TESIS:

DR. ANILDO DAQUEIRO CEMECH.



MEXICO, D.F. A 25 DE MAYO DE 1982.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I.- INTRODUCCION	1
a) Objetivos	2
II.- DEFINICION	3
III.-CLASIFICACION	3
a) Trastornos extrabdominales	3
b) Trastornos intrabdominales no Qx.	5
c) Trastornos intrabdominales Qx.	6
IV.- CUADRO CLINICO	8
a) Síntomas	8
Dolor	9
Náusea y vómito.....	10
Habito intestinal	11
Historia menstrual	12
Función urinaria	12
Antecedentes	13
B) Signos	14
Inspección	15
Palpación	16
Percusión	18
Auscultación	18
Examen rectal y pélvico	19
V.- Laboratorio	19
Biometría	20
Amilasa y lipasa	20
Transaminasas	21
Electrolitos	21
Química sanguínea	21
Gasometría	21
Examen general de orina	21

Examen de las heces	21
VI.- GABINETE	21
a) Placa simple de abdomen	21
Placa normal	21
Hallazgos Anormales	22
b) Placa de tórax	25
VII.- Procedimientos especiales	25
a) Rayos X.	25
Cólon por enema	26
Serie esófagogastridudional	26
Urografía excretora	26
Colangiografía intravenosa	26
b) Radisótopos	26
Colecentellografía	26
c) Ultrasonografía	26
d) Función y lavado peritoneal	26
VIII.- Tratamiento	27
a) Clasificación de procesos quirúrgicos	28
b) Análisis retrospectivo de 126 casos	29
IX.- Conclusiones	36
a) Esquema de estudio del paciente con abdomen agudo	36
X.- Bibliografía	39

I.- INTRODUCCION

Los trastornos agudos del abdomen son uno de los problemas más controvertidos en la medicina. Los médicos jóvenes (internos y residentes) son los que con mayor frecuencia se enfrentan a estos problemas en los servicios de urgencias. Su reconocimiento temprano y su tratamiento oportuno son indispensables para disminuir la morbimortalidad. Con demasiada frecuencia el abdomen agudo deja perplejos a médicos experimentados. Hay pocas áreas en la medicina en donde el aforismo de Hipócrates- El arte es grande, la vida breve, la decisión difícil y el retardo peligroso-sea más aplicable que en esta condición.

Esta monografía es una revisión bibliográfica de los aspectos fundamentales de la clasificación y diagnóstico de los pacientes con trastornos abdominales agudos que requieren cirugía, así como un estudio retrospectivo de 126 casos de abdomen agudo que ingresaron en el servicio de urgencias del Hospital Español de México en un periodo de 12 meses. Todos los pacientes se sometieron a laparotomía y se demostró patología intrabdominal que justificaba la cirugía.

Se excluyeron todos los casos de dolor abdominal no quirúrgico.

OBJETIVOS.

- 1.- Metodología de estudio del paciente con abdomen agudo.
- 2.- Cual es el momento adecuado para la cirugía.
- 3.- Ventajas de la laparotomía temprana.
- 4.- Utilidad e indicaciones de los estudios especiales.

II.- DEFINICION

El problema se inicia desde el momento que no existe una definición precisa.

Intentar definir al abdomen agudo resulta difícil y confuso ya que en realidad el problema es amplio y abarca no solamente - los trastornos abdominales que requieren cirugía, sino muchos - estados intra y extrabdominales que simulan un abdomen quirúrgico y en los cuales no está indicada la cirugía o incluso contraindicada. (1,2,3,4.)

Los diferentes libros de texto y revisiones bibliográficas - que tratan sobre el tema no coinciden en sus definiciones e in - cluso se contradicen. (1,2,3,4,5,7,10.)

La presente revisión se enfoca a los cuadros de abdomen agudo que requieren tratamiento quirúrgico. Podemos decir que el abdomen agudo quirúrgico denota una condición patológica intrabdominal que necesita intervención quirúrgica oportuna.

III.- Clasificación

Los trastornos agudos del abdomen pueden ser de origen ex - tra abdominal, intrabdominal, quirúrgicos y no quirúrgicos. (2,5, 7,10.)

A.- Trastornos extrabdominales que simulan un abdomen agudo.

1.-Cardiacos

- a) isquemia del miocardio
- b) insuficiencia cardiaca congestiva
- c) endocarditis
- d) pericarditis
- e) fiebre reumática activa

2.-Pulmonares

- a)neumonía
- b)pleuresía
- c)empiema
- d)infarto pulmonar
- e)tromboembolia pulmonar

3.-Hematológicos

- a)crisis hemolítica
- b)leucemias
- c)purpura de Henoch-Shonlein
- d)purpura trombocitopénica
- e)anemia de cel. falciformes
- f)sangrado por anticoagulantes

4.-Neurológicos

- a)radiculitis
- b)tumores de los cordones nerviosos
- c)tabes dorsal
- d)osteomielitis dorsal
- e)fractura vertebral
- f)herpes zoster
- g)epilepsia abdominal

5.-Genitourinarias

- a)pielonefritis
- b)hidrocefrosis
- c)cistitis
- d)prostatitis
- e)epididimitis
- f)vesiculitis seminal

6.-Metabólicos

- a)diabetes mellitus
- b)hiperlipidemia
- c)porfiria aguda intermitente
- d)crisis hipercalcémica
- e)uremia
- f)crisis Addisoniana

g) fiebre del mediterráneo

7.-Tóxicas

- a) picadura de insectos
- b) envenenamiento
- c) fármacos
- d) toxinas bacterianas (tétanos)

B.-Causas intrabdominales no quirúrgicas

1.-Inflamatorios

A) Viscera sólida

- a) gastroenteritis
- b) enteritis regional
- c) parasitosis
- d) colitis ulcerativa, bacteriana o amebiana
- e) enfermedad acidopéptica no complicada
- f) hernia hiatal

B) Viscera sólida

- a) pancreatitis
- b) hepatitis
- c) absceso hepático amebiano
- d) hepatomegalia
- e) esplenomegalia

C) Mesenterio

- a) adenitis mesentérica

D) Órganos pélvicos

- a) quiste de ovario
- b) endometritis
- c) salpingitis
- d) endometriosis

E) Vasculares

- a) isquemia intestinal

C.- Causas intrabdominales quirúrgicas

1.-Intraperitoneales.

A)Viscera hueca

- a)apendicitis aguda
- b)colecistitis aguda
- c)úlceras pépticas complicadas
- d)perforación de víscera hueca
- e)diverticulitis
- f)divertículo de Meckel
- g)obstrucción intestinal(adherencias, hernias, vólvulos, intususcepción, tumores)
- h)obstrucción de las vías biliares(cálculos, tumor)

B)Viscera sólida

- a)desgarro hepático
- b)desgarro esplénico
- c)laceración de páncreas

c)Mesenterio

- a)desgarro del mesenterio
- b)torsión del mesenterio

D)Vascular

- a)trombosis mesentérica (arterial o venosa)
- b)desgarro del hilio esplénico o hepático
- c)desgarro de la arteria o vena mesentérica
- d)ruptura de aneurismas de la hepática

E)Organos pélvicos

- a)embarazo ectópico
- b)quiste de ovario torcido
- c)absceso tubo-ovarico
- d)ruptura de la vejiga
- e)perforación uterina
- f)aborto séptico.

2.- Extraperitoneales.

A) Riñón

- a) absceso renal o perirenal
- b) infarto renal
- c) laceración renal
- d) desgarró del hilio renal
- e) obstrucción ureteral (calculus, tumor)

B) Páncreas

- a) pancreatitis necrohemorrágica
- b) laceración del páncreas.

C) Grandes vasos

- a) disección o ruptura de un aneurisma de la aorta
- b) laceración de la aorta
- c) laceración de la cava.

IV.-CUADRO CLINICO

A)SINTOMAS

El diagnóstico de un abdomen agudo puede compararse a la resolución de un rompecabezas; las piezas del rompecabezas de - ben enbonar perfectamente para resolver el problema. La histo - ría clínica, el examen físico, los hallazgos de laboratorio, así como las técnicas por imágenes como Rx., ultrasonografía, ra - dioisotopos y la tomografía axial computada son en ocasiones - piezas fundamentales para resolver el rompecabezas. De estas - la historia clínica y el examen físico son lo que más informa - ción proveen para resolver el problema, a pesar del desarrollo - de los métodos del laboratorio y gabinete.(2,5.)

La historia del padecimiento actual tiene mucha importan - cia. Pero no deben ser menos importantes los antecedentes fa - miliares, de enfermedades previas, medicación y alergias. Tal información puede ser significativa para el diagnóstico así co - para el manejo pre-trans y postoperatorio. Nunca una historia clínica detallada y un examen físico completo deben retrasar el tratamiento. El control de una hemorragia es más importante - que obtener una historia clínica detallada. El tiempo empleado en la elaboración de la historia clínica y el examen físico de - penderá de la urgencia del tratamiento.

Edad y Sexo; La edad y sexo de los pacientes son importan - tes en el diagnóstico de ciertas enfermedades. Las obstruccio - nes intestinales debidas a defectos de desarrollo como atresias, estenosis, bandias congénitas, ano imperforado ocurren en el re - cion nacido. La estenosis pilórica congénita afecta a los in - fantes durante las tres primeras semanas de vida. La apendici - titis aguda es rara antes de los dos años. La hernia estrangula - da, la apendicitis aguda y la úlcera péptica perforada es más - común en adolescentes y adultos jóvenes. El embarazo ectópico, - la salpingitis y las complicaciones del embarazo ocurren más -

en mujeres en edad fértil. Mientras que la colecistitis aguda, la pancreatitis y obstrucción intestinal por adherencias son más frecuentes en la edad media. La diverticulitis sigmoidea, la insuficiencia vascular mesentérica, aneurisma de la aorta abdominal, típicamente se ven en la edad avanzada. (2,3,4,5,6,10)

DOLOR.- De los síntomas que se presentan, el dolor es el más constante. El paciente debe ser cuidadosamente interrogado a cerca del inicio, duración, localización, irradiación, carácter, factores que lo aumentan y disminuyen.

Inicio; El dolor que despierta a un paciente es muy significativo y casi siempre es de origen orgánico. (2,4,5,6).

El inicio del dolor en individuos con una úlcera perforada es súbito y dramático; tan dramático, que en la mayoría de los casos puede determinarse con exactitud el momento de la perforación. El dolor cólico se presenta bruscamente, mientras que el dolor de la inflamación es gradual. (2,3,4,5,6,13).

Duración; Hasta no demostrar lo contrario, el dolor de 6hs. de evolución ó más debe ser atribuido a un abdomen agudo. (1,2,3,5). La duración del dolor nos orienta sobre la progresión del dolor. Por ejemplo el dolor de la apendicitis aguda de menos de 24hs. de evolución, usualmente se localiza a la víscera, mientras que la apendicitis aguda de más de 48hs. se extiende al peritoneo parietal. (2,3,13).

Localización; El dolor de origen visceral es pobremente localizado y referido a la dermatoma con su nervio suplementario correspondiente. El dolor de la apendicitis aguda temprana es referido a la región periumbilical, y el dolor de la colecistitis aguda a el epigastrio. Cuando la inflamación se ha extendido al peritoneo parietal adyacente, el dolor se vuelve agudo y se localiza al área de irritación del peritoneo parietal. Por esta razón, cuando la inflamación progresa el dolor periumbilical de la apendicitis temprana se desvía al cuadrante inferior derecho y el dolor epigástrico de la colecistitis se localiza en el cuadrante superior derecho. (2,3,4,5,6,13,14).

Irradiación; En algunas instancias la irradiación del dolor - es característicamente conocida y útil para la localización de su origen. El dolor del cólico biliar es típicamente irradiado al área escapular derecha, el cólico ureteral a la ingle ipsilateral. La irritación diafragmática se irradia al hombro. (2,3,4,5,7,10,19.)

Carácter; El dolor tipo cólico es agudo e intermitente, entre los ataques el paciente puede estar libre de dolor. El dolor agudo y continuo resulta de la irritación del peritoneo parietal. (2,3,6,10).

Factores que lo agravan y que lo disminuyen; El dolor es - agravado por los movimientos en pacientes con peritonitis, la elongación de las fibras musculares contiguas a la zona de inflamación agrava el dolor. Cuando una apéndice aguda inflamada se apoya sobre el musculo iliopsoas y el muslo es flexionado, al intentar extenderlo aumenta el dolor. (2,3,13,14,15,16).

El dolor que aumenta con la micción , sugiere la presencia de una víscera inflamada en íntimo contacto con la vejiga. (2,10) Los cambios de la postura pueden aliviar el dolor en ; el dolor de la pancreatitis disminuye flexionándose hacia adelante, el dolor del hombro que se produce por la irritación diafragmática por extravasación de sangre, disminuye al poner al paciente en semirecta. (2,3,5,6.)

El dolor se alivia por el vómito en la estenosis pilórica y no es raro que el paciente se provoque el vómito para sentir alivio. (2,5).

NAUSEA Y VÓMITO.- Las náuseas y el vómito pueden considerarse como distintos grados del mismo síntoma en estados quirúrgicos agudos del abdomen. Los umbrales del vómito suelen variar en cada individuo. En las enfermedades quirúrgicas pueden ser tempranos y severos y siempre están precedidos por el dolor, como en la obstrucción intestinal alta; o bien se presentan en forma tardía, como en la obstrucción intestinal baja. La relación entre el comienzo del dolor y el inicio del

del vómito es uno de los puntos más útiles en el diagnóstico diferencial. (3).

El vómito puede ser de carácter reflejo, obstructivo o tóxico. (3) El último se observa rara vez en los trastornos quirúrgicos del abdomen; la diferenciación de los dos primeros puede ser posible si se toman en cuenta ciertos hechos básicos. El vómito reflejo temprano suele acompañar al dolor grave; a pesar de que a menudo contiene bilis y recurra en varias ocasiones no se vuelve de tipo fecaloide. El vómito obstructivo temprano en ausencia de elementos reflejos, se acompaña de un material parecido al anterior, pero es más persistente y se acompaña de algún grado de distensión. El vómito obstructivo tardío suele acompañarse de distensión intensa y el aspecto del líquido va cambiando de contenido gástrico hasta tomar la clásica coloración del vómito fecaloide de la obstrucción intestinal baja. (2,3).

El vómito reflejo tardío no suele ser de tipo progresivo, y no habrá distensión, o esta será leve, a menos que se acompañe de íleo paralítico. Se pone de manifiesto que el dato constante para el diagnóstico diferencial es algún grado de distensión compatible con el tiempo que ha transcurrido antes de que aparezca el vómito obstructivo. (3)

Habito intestinal.- La valoración del estado del paciente debe incluir una estimación de la función intestinal. Esto muchas veces resulta más difícil que otras funciones del tracto gastrointestinal. Ya que la diarrea puede sugerir la presencia de un cuadro de gastroenteritis en un paciente con dolor abdominal y quizá en realidad tenga un cuadro de apendicitis aguda. (4) El descubrimiento de obstipación acompañado de distensión abdominal, sugiere el diagnóstico de obstrucción intestinal. (4) Sin embargo en pacientes con pancreatitis, cole-

cistitis y problemas inflamatorios de vísceras abdominales, pueden desarrollar un íleo con distensión e imposibilidad para expulsar gases o heces. (3,4) Así pues, debe tenerse presente la función del intestino junto con otros datos de la historia clínica. Deben vigilarse el carácter y número de las evacuaciones, presencia o ausencia de sangre, moco y otras anomalías.

HISTORIA MENSTRUAL.- En una mujer es incompleta la historia clínica si no se revisan los antecedentes gineco-obstétricos. La fecha del último período y los datos sobre el ciclo menstrual deben incluirse en el interrogatorio de toda mujer con dolor abdominal. Hay que indagar si el último período fué normal tanto en carácter como en cronología. Hay que buscar la relación entre el dolor y el ciclo menstrual.(4,5,9)

En las mujeres en edad fértil la historia menstrual tiene especial importancia. El dolor en la parte baja del abdomen a la mitad del ciclo menstrual es usualmente debido a la ruptura de un folículo de Graaf. La salpingitis gonocócica usualmente ocurre en la parte inicial del ciclo. Un período ausente en pacientes que presentan dolor en la parte inferior del abdomen y sangrado vaginal, sugiere fuertemente un embarazo ectópico. La náusea, el vómito y las molestias de la parte baja del abdomen, que se presentan en el embarazo normal, pueden atribuirse a otras causas, si no se le da importancia a la historia menstrual.(2,5,9)

FUNCION URINARIA.- Las molestias en los cuadrantes inferiores del abdomen que se acompañan con disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, deben hacernos sospechar la presencia de cistitis o uretritis. El dolor abdominal intenso en la parte baja del abdomen con tenesmo vesical y hematuria se ven con frecuencia en la impacción de un cálculo en la parte terminal del uretero.(2,5,7) En pacientes deshidratados hay oliguria y orina concentrada.(2).

ANTECEDENTES.- La importancia de la historia previa nos proporciona datos para el diagnóstico que no deben ser ignorados. Un abdomen agudo en ocasiones es debido a complicaciones que ocurren en el curso de una enfermedad crónica. El reconocimiento de las enfermedades crónicas subyacentes nos ayuda al diagnóstico correcto. Por ejemplo un paciente que presenta un dolor abdominal agudo y una historia de úlcera péptica crónica, lo más factible es que se haya perforado; un dolor abdominal agudo en pacientes con cólicos biliares previos, lo más probable es que tenga una colecistitis. La obstrucción del cólon izquierdo secundaria a un Ca. va precedido de molestias intestinales, cambios en el hábito intestinal y rectorrágia. Un abdomen agudo en un paciente con enfermedad inflamatoria del intestino, son precedidos por cuadros similares con diarrea, moco y sangre y calambres intestinales. Ataques recurrentes de dolor abdominal son característicos en afecciones no quirúrgicas tales como; porfiria aguda intermitente, desordenes hemolítico, fiebre del mediterráneo y otras alteraciones familiares. (2,4,5,10.)

Una historia de alergia al Médico, antibióticos y otros medicamentos, influyen en los métodos de investigación y selección de drogas para el tratamiento. El antecedente del uso de anticoagulantes es de particular importancia, ya que el sangrado secundario a anticoagulantes, puede ser el factor responsable del dolor abdominal. O bien cuando la anticoagulación se asocia a otra patología, hay que corregirlas antes de la operación. En los pacientes que reciben corticosteroides, el proceso inflamatorio puede ser enmascarado.(2)

B) SIGNOS

El examen general, cuando el tiempo lo permite debe ser completo, tomando al paciente en forma integral. El examen físico completo es esencial para excluir las causas no quirúrgicas del abdomen agudo. Un examen detallado descubrirá enfermedades subyacentes concomitantes que puede influir la preparación preoperatoria, la selección del procedimiento operatorio y el manejo postoperatorio. La inspección general del sujeto puede darnos datos de valor en el diagnóstico, y debe ser observado cuidadosamente mientras se toma la historia. Los pacientes con peritonitis permanecen inmóviles o se mueven con mucha precaución, ya que el movimiento agrava el dolor.(2,5,6.). En contraste los pacientes con cólico cambian frecuentemente de posición.(1,3,4.)

La taquipnea, taquicardia y palidez, son indicativos de hemorragia(2,5,10.). La taquipnea en ausencia de otros signos de hemorragia puede ser un dato para el diagnóstico de neumonía.(2,10).

Los pacientes con colecistitis, colangitis y pancreatitis pueden estar icterícos.(2,4,5,6,10.)

La frecuencia cardíaca, temperatura, tensión arterial y frecuencia respiratoria deben tomarse rutinariamente en todos los pacientes. No debe confiarse en la ausencia de cambios en los signos vitales para excluir el diagnóstico de abdomen agudo. Los cambios que ocurren en un período de tiempo son de utilidad en el diagnóstico y la progresión de la enfermedad. La fiebre no es muy elevada en los procesos inflamatorios, a menos de que se compliquen con un absceso. En ausencia de abscesos o peritonitis la fiebre elevada es usualmente (pero no siempre) característica de enfermedades médicas febriles. La fiebre puede ser muy frecuente en los niños con dolor abdominal, mientras que en los viejos puede no presentarse a pesar de un proceso severo. El pulso es un pobre indicador de abdomen agudo y puede elevarse en; hipovolemia, inflamación y ansiedad. La hipotensión puede señalar, deshidratación, hemorragia o choque séptico. (2,3,4,5,6)

INSPECCION.- El abdomen debe descubrirse completamente para examinarse bajo una luz adecuada, si no se hace así, se pasarán por alto datos importantes. Debe inspeccionarse la restricción de los movimientos respiratorios en el abdomen, cicatrices antiguas, rash, distensión, coloración, masas y pulsaciones. Normalmente el abdomen se mueve simétricamente en ambos lados con los movimientos respiratorios; cuando hay rigidez muscular los movimientos se restringen. Que la restricción sea localizada o generalizada depende de la extensión de la irritación peritoneal.(2,4,5).

Las cicatrices nos indican la naturaleza de operaciones anteriores; una cicatriz en el cuadrante inferior derecho señala la probabilidad de una apendicectomía, una cicatriz subcostal derecha es sugiere una colecistectomía. En pacientes con obstrucción intestinal y cicatrices abdominales, la causa más probable son las adherencias postoperatorias. Los rash y cambios de coloración de la piel del abdomen no deben ignorarse; un paciente con dolor abdominal sin hallazgos anormales y la presencia de unas cuantas vesículas cutáneas orientas en diagnóstico de herpes zoster. La coloración azulosa alrededor del ombligo (signos de Cullen), se ve en la ruptura de un embarazo ectópico. La equimosis en los flancos (Grey Turner) se ve en la pancreatitis aguda; puede ocurrir en cualquier causa de hemorragia retroperitoneal; las equimosis de la pared abdominal también ocurren por trauma, sangrado secundario a anticoagulantes y en disercias sanguíneas.(2,4,5,6,10.)

La distensión abdominal puede producirse por gas, líquido ó un feto. En un paciente con obstrucción intestinal y aerofagia, la distensión sera por gas.(2,3,4,5,6.).

Los fluidos se acumulan en la cavidad abdominal por efectos secundarios a cirrosis, insuficiencia cardíaca, inflamación, hipoproteinemia y hemorragia.(2,4,5.)

Las masas vistas en la inspección pueden originarse del hígado, bazo, riñón, páncreas, vísceras pélvicas, vejiga, aorta abdominal ó en relación con cualquier estructura de la pared del abdomen o la cavidad peritoneal. Los sitios potenciales de hernias deben ser cuidadosamente inspeccionados.(2,5,6,9)

PALPACION.- Antes de palpar un abdomen debe interrogarse al paciente sobre el sitio de máximo dolor; los pacientes con dolor de origen visceral difícilmente podran precisar el área de máximo dolor y frecuentemente colocan toda la mano en el área abdominal. En contraste los pacientes con dolor por la irritación del peritoneo parietal rapidamente localizan el punto máximo de dolor con la punta del dedo. La palpación debe llevarse a cabo con extrema gentileza; evitando presionar el abdomen con la punta de los dedos. Si la palpación no es generosa se producira dolor y el paciente contraira voluntariamente los músculos abdominales, dificultando la exploración. Las manos frias sobre el abdomen produzcan contracción de los músculos abdominales. Esto puede evitarse facilmente calentando las manos antes de la palpación, frotandolas o lavandolas con agua caliente. Es preferible iniciar la palpación en el área más alejada del punto máxima de dolor y gradualmente acercarse a ella; esta maniobra tranquilizará al paciente de que no sera notado a molestias innecesarias; un paciente tranquilo rara vez presenta contracción muscular voluntaria. Los signos que se buscan durante la palpación son rigidez muscular, hipersensibilidad, rebote y masas abdominales.(2,5.)

La rigidez ó defensa muscular de la pared del abdomen se produce por reflejo o contracción involuntaria producida por irritación del peritoneo parietal. La rigidez en maderá de la perforación de una úlcera es tan fuerte que palpando una, es difícil volverse a equivocar. De cualquier forma en otras condi-

ciones donde la rigidez no es tan fuerte, la diferenciación de la contracción voluntaria de los músculos abdominales es difícil. La rigidez abdominal puede estar ausente en pacientes moribundos, sépticos o bajo la terapia de esteroides. Uno debe olvidar que la inflamación pélvica produce muy poca o ninguna rigidez.(2,4,5,9.).

La hipersensibilidad que se presenta en todo el abdomen es debida a peritonitis generalizada. La hipersensibilidad localizada, se debe a irritación del peritoneo parietal subyacente y ayuda al diagnóstico por su localización. La hipersensibilidad en el cuadrante inferior derecho es más común en las apendicitis aguda, y en el cuadrante superior derecho a colecistitis aguda, en el epigastrio a pancreatitis aguda, y en el cuadrante inferior izquierdo a diverticulitis sigmoidea.(2,3,4,5,6,13,14,15,19).

El rebote es dolor producido por fricción entre dos superficies peritoneales inflamadas. Esto puede producirse por varias maniobras, la más simple, es pedir al paciente que tosa; si el dolor se agrava el signo es positivo. El rebote puede producirse también por la aplicación gradual de presión sobre el área de hipersensibilidad y entonces repentinamente se retira la presión; la fricción entre las superficies inflamadas con la repentina descompresión produce dolor. El rebote puede buscarse también por el desplazamiento de la estructura inflamada, através de la aplicación de presión en un sitio alejado de la zona comprometida. En la apendicitis aguda la presión sobre el cuadrante inferior izquierdo agrava el dolor en el cuadrante inferior derecho por desplazamiento de la víscera y es la base para el signo de Rovsing. La búsqueda del rebote causa molestias severas y no debe realizarse cuando el diagnóstico es obvio; sino reservarlo para casos de duda.(2,3,4,5,6,7,13,14,15,19).

La sensación de masas durante la palpación abdominal son siempre importantes. Las masas pueden ser intra o extraperitoneales y debe evaluarse su localización, consistencia, movilidad, sensibilidad y presencia o ausencia de pulsaciones. El hígado se

presenta como una masa en el hipocondrio y flanco derecho teniendo un borde agudo y una superficie lisa y se mueve con los movimientos respiratorios. En presencia de cirrosis o metástasis el hígado se vuelve nodular. El bazo es identificado por su localización en el cuadrante superior izquierdo y la presencia de la muesca esplénica. Una vesícula biliar inflamada y distendida, se siente como una masa globular dolorosa en el cuadrante superior derecho, que se mueve con la respiración. Excepto los riñones las masas retroperitoneales no se mueven con la respiración. Las masas pélvicas son mejor evaluadas por palpación bimanual. Los abscesos se sienten como masas quísticas; el aneurisma de la aorta abdominal típicamente pulsa. Las masas en sitios conocidos de hernias deben ser consideradas como tales hasta demostrar lo contrario. Debe recordarse que el tumor más frecuentemente palpado en la parte baja del abdomen es la vejiga distendida. (2,3,4,18,19.)

PERCUSION.- Es útil en la diferenciación de las causas de distensión abdominal y delinear los bordes de las masas palpadas. La distensión abdominal por aire sera timpánica, mientras que la distensión por líquido sera mate. Cuando una gran cantidad de líquido esta presente, una onda de fluido puede ser sentida, golpeando con la mano en un flanco y sintiendo el impacto transmitido con la otra mano en el flanco opuesto. La matidez variará con los cambios de posición del paciente y es útil para demostrar fluidos de menor cantidad. Las vísceras sólidas se percuten mate. La matidez hepática normal se pierde cuando escapa suficiente gas de una víscera perforada dentro de la cavidad abdominal. La matidez del hígado puede perderse tambien por interposición de colon entre el hígado y el diafragma. (2,4,5.)

AUSCULTACION.- Es útil para encontrar cambios en los ruidos intestinales y soplos vasculares. Los ruidos abdominales en la obstrucción intestinal son de tonalidad alta (metálicos) e hiperactivos, mientras que en la gastroenteritis son hiperactivos pero sin tonos metálicos. El íleo paralítico o dinámico presenta ausencia de ruidos; debe escucharse durante un minuto para

confirmar su ausencia. Cuando dos superficies inflamadas se friccionan se producen frotos, pero este hallazgo es muy raro. En pacientes viejos los soplos vasculares secundarios a la estrechez arteriosclerótica de las arterias viscerales son comunes, y la presencia de un soplo por si mismo no es de valor diagnóstico, excepto como un indicador de vaso estrecho. Con la obstrucción completa el soplo desaparece; la desaparición de un soplo previamente conocido; puede tener importancia cuando se sospecha isquemia intestinal. (2,3,4,5,)

EXAMINACION RECTAL Y PELVICA.-

La examinación de pacientes con abdomen agudo es incompleta sin un examen rectal; el examen rectal proporciona importantes datos diagnósticos los cuales no son aparentes en la exploración abdominal sola, y nunca debe omitirse. Uno debe palpar buscando hipersensibilidad, masas, y líquidos en los fondos de sacos. Las masas, cuando estan presentes son a menudo mejor evaluadas por palpación bimanual. (1,2,4,5,7,9)

En pacientes femeninos, el examen pélvico suplementa el examen rectal. La secreción vaginal y la hipersensibilidad en las glándulas de Bartolini debe buscarse. La presencia de hipersensibilidad pélvica, puede deberse a salpingitis, apendicitis pélvica, o torsión de un quiste ovárico. La movilización del útero en presencia de peritonitis pélvica es muy dolorosa. Como en un examen rectal, las masas pélvicas deben ser examinadas bimanualmente.

(2,3,4,5,9).

V.-LABORATORIO

Aunque existe un gran número de pruebas sofisticadas de laboratorio solo unas cuantas bien seleccionadas pueden darnos una ayuda invaluable en el diagnóstico y manejo del paciente. Aunque el estudio clínico del enfermo constituye, como hemos insistido tantas veces y como creemos haber demostrado, la base del diagnóstico. En muchas ocasiones el laboratorio es indispensable para el diagnóstico y aún cuando el diagnóstico se haya hecho por medios clínicos los datos de laboratorio ayudan a ratificarlo ó rec

tificarlo. En general los datos son concordantes y se refuerza el diagnóstico clínico. Conviene recordar un consenjo de Comenfor; si los datos clínicos y los de laboratorio discrepan, repetir los estudios de laboratorio; si los datos persisten discordantes, repetir la historia clínica, si aún así discrepan arrojar los datos de laboratorio a la basura.

Las determinaciones de hemoglobina y hematocrito son de valor limitado. Los niveles permanecen sin cambios inmediatamente despues de la hemorragia. Posteriormente declinan gradualmente según progresa la hemodilución compensadora; los valores normales de cualquier forma no excluyen un sangrado. La toma de muestras seriadas tiene mayor valor indicador.

Cuando se encuentran niveles bajos de hemoglobina y hematocrito al inicio de un cuadro de abdomen agudo, debe buscarse un proceso crónico. Un frotis de sangre periférica proporcionará la evidencia de una perdida crónica de sangre por la presencia de hipercrómia, anisocitosis, y poiquilocitosis, siendo tambien de utilidad para la detección de parásitos, leucemias, ausencia de celulas falciformes (2,5,7,8)

La leucocitosis se asocia con procesos inflamatorios, pero su ausencia no excluye la inflamación, puede estar ausente en los episodios tempranos de una condición inflamatoria o en pacientes inmanodeprimidos. Un incremento en los polinucleares y en las bandas, aún cuando la cuenta total sea normal es un importante indicador de un proceso inflamatorio. Un incremento gradual de las cel blancas es evidencia de la progresión del proceso inflamatorio. En parasitosis y alergias aumenta la cuenta de eosinófilos. La leucopenia es frecuente en la salmonelosis e infecciones virales. (2,10, 11).

Los niveles de la amilasa sérica son de valor en el diagnóstico de la pancreatitis aguda; sin embargo debe puntualizar que niveles normales no excluyen normales y los niveles elevados no son patognómicos de esta condición. La amilasa sérica puede elevarse en otras condiciones tales como; obstrucción de los conductos de la parótida, obstrucción intestinal, colecistitis, coledocolitiasis, úlcera perforado, pseudoquistes del pán -

creas, embarazo ectópico roto y macroamilasemia. Los niveles de amilasa sérica se elevan rápidamente después del inicio del ataque y usualmente retornan a lo normal en 48hs. Los niveles de amilasa urinaria permanecen elevados un tiempo más prolongado y son más confiables en el diagnóstico, la excreción de más de 3000 somogy en orina por hora se considera anormal. Los niveles de lipasa sérica se empieza a elevar a las 24hs. del inicio del ataque y alcanza su pico máximo a las 48hs. y retorna a niveles normales a las 72hs. y es una ventaja sobre la amilasa en pacientes vistos 48hs. después del inicio del cuadro. (2,5,10,11)

La elevación de las transaminasas glutámico piruvica y - glutámico oxalacética son indicativos de daño hepático y sugieren hepatitis viral en pacientes con dolor en cuadrante superior derecho. Las determinaciones de electrolitos séricos, química sanguínea y gasometría arterial son útiles no solo para el diagnóstico sino para reconocer alteraciones fisiopatológicas. (2,4,5,11.)

El examen general de orina debe practicarse a todo paciente con dolor abdominal, ya que es de mucha importancia en el diagnóstico diferencial. Un examen de orina anormal en un paciente con dolor abdominal puede hacer sospechar infección del tracto urinario, litiasis o tumores. (2,11)

La examinación de las heces no debe hacerse rutinariamente, y reservarse aquellos casos donde se sospechen parasitosis. (2)

VI.-GABINETE.

PLACA SIMPLE DE ABDOMEN.— De los diferentes procedimientos de gabinete existentes para la valoración de pacientes con abdomen agudo la placa simple de abdomen es la más rápida de obtener y proporciona información significativa en un período breve de tiempo. Se obtiene el máximo beneficio si se obtiene en dos posiciones y la placa es de buena calidad. Idealmente la placa debe ser tomada de pie y en decubito dorsal; pero cuando el paciente no pueda asumir la posición erecta, la placa en decubito lateral debe sustituirla.

En la interpretación de la placa uno debe estudiar sistemáticamente su apariencia general, posición del diafragma, tamaño

y localización de los órganos sólidos (hígado, riñones, bazo), patrón del gas intestinal (exceso, ausencia, desplazamiento), localización anormal (neumoperitoneo, neumoretroperitoneo, vías biliares, vena porta, pared del intestino, tracto urinario y cavidades de abscesos), claridad de los psoas, masas anormales en tejidos blandos, densidades radiopacas y estructuras óseas (columna vertebral, pélvis y últimas costillas. (2,3,4,5,7,8).

Placa normal; en una placa de buena calidad deben delinearse claramente las estructuras normales, son claramente visibles ambas sombras del psoas, aumentado de ancho de arriba abajao con un borde lateral liso. Las sombras renales son bien delimitadas al lado del psoas, el riñon derecho es más bajo que el izquierdo.

El borde hepático por detras, es visible a nivel de la decimo primera ó decimosegunda costilla, el borde inferior derecho se extiende 5 a 7cm. por arriba de la cresta iliaca; la sombra esplénica puede ó no ser visible; ambas sombras diafragmáticas se observan lisas y redondeadas; deben verse claramente los senos costo diafragmáticos, en el lado derecho, los niveles del diafragma varian de la octava a la decimo primer costilla dependiendo de la fase respiratoria, el nivel del lado izquierdo es ligeramente más bajo. Hallazgos anormales;

Aspecto general; la claridad de una placa puede ser oscurecida por líquido libre en la cavidad abdominal, dando un aspecto de vidrio despulido. Dependiendo de la localización del líquido puede haber zonas que presentan particularmente este aspecto.

Posición del diafragma; puede alterarse por condiciones tanto tóraxicas como abdominales, cuando hay alteraciones inflamatorias intrabdominales, los músculos abdominales se contraen y se restringen los movimientos del diafragma. La elevación de un hemidiafragma resulta de colapso pulmonar o absceso subfrénico del lado afectado.

Patrón gaseoso; En el neonato la presencia de gas se inicia en el estomago inmediatamente después del nacimiento y progresa a lo largo del tubo digestivo dentro de las primeras 12 a 24hs. En el adulto no hay gas en el intestino delgado normalmente, pero se encuentra en el estómago y en intestino grueso. La presencia de gas

en el estómago forma nivel hidroaéreo en la placa de pie. La presencia de gas y materia fecal en el cólon permite que se pueda observar desde el ciego hasta el recto. La posición del cólon transverso es variable. El patrón gaseoso aumentanta en la aereofagia y la obstrucción interstinal; con la aereofagia en intestino se llena de gas pero no forma niveles hidroaéreos, en contraste esto son típicos en la obstrucción intestinal, por acursado de gas y secreciones intestinales. El intestino distal permanece colapsado después de haberse vaciado. Generalmente el nivel de la obstrucción se puede determinar por la distribución de gas. La ausencia de gas en el cólon y distensión importante del intestino delgado, indican obstrucción completa del intestino delgado, mientras que la distensión de solamente una porción del cólon sugiere obstrucción del intestino grueso, el estado de continencia de la válvula íleo-cecal es el punto clave del cuadro radiológico de la obstrucción mecánica del intestino grueso, describiéndose tres tipos de obstrucción. La obstrucción asociada con la incontinencia de la válvula íleo-cecal, provoca muy poca distensión del ciego, asociada con distensión múltiple de asas de intestino delgado por reflujo de gas desde el cólon. Cuando la válvula íleo-cecal es continente, se observa el intestino grueso dilatado con un ciego de paredes muy delgadas, notablemente distendido y sin dilatación del intestino delgado; al progresar esta situación aparece la distensión del intestino delgado debido a obstrucción secundaria, como resultado de una válvula íleo-cecal cerrada y un ciego dilatado. A medida que se alcanza el nivel crítico de distensión cecal (8cm.) aumenta también la probabilidad de perforación del ciego. Los niveles hidroaéreos que se ven tanto en intestino delgado como en el grueso, sugieren íleo adinámico. El intestino delgado normalmente se identifica por la situación regular de las válvulas continentales y el cólon por la presencia de aústras. El diámetro del segmento distendido no sirve para tratar de determinar la localización de la obstrucción. La forma característica del estómago y el ciego pueden ayudarnos a reconocerlos cuando están distendidos.

Los niveles hidroaéreos se pueden observar en cavidades de abacesos.

El desplazamiento de las vísceras que normalmente están llenas de gas nos pueden ayudar a localizar el sitio de la patología; el estómago puede ser desplazado por el bazo, páncreas y el lóbulo izquierdo del hígado. Las masas pélvicas desplazan el cólon y al intestino delgado fuera de la pelvis.

La presencia de gas fuera del tubo digestivo es anormal. El neumoperitoneo se observa en la perforación del tubo digestivo (úlceras pépticas, diverticulitis, apendicitis). El aire subdiafrágico es mejor observado en la placa de tórax, también puede observarse aire en la pared del intestino o el ligamento falciforme. La cantidad de gas en la cavidad peritoneal después de una perforación depende de la cantidad de gas existente en la víscera en el momento de la perforación y la rapidez con que se sella. Debe recordarse que la ausencia de neumoperitoneo no excluye la perforación y que el neumoperitoneo no es patognomónico de la perforación; el neumoperitoneo es visto después de laparotomía, diálisis peritoneal, paracentesis diagnóstica, inanección de las trompas de Falopio en las mujeres. La presencia de aire libre en el espacio retroperitoneal puede ser el único dato de perforación de la tercera porción del duodeno ó el recto. La presencia de aire en la pared del intestino (neumatosis) y en la vena porta o sus tributarias indican necrosis intestinal. El gas en las vías biliares se debe a colecistitis enfisematosa ó fístula biliodigestiva. Densidades Radiopacas; Deben observarse cuidadosamente para determinar si son la causa del abdomen agudo. Los flebolitos y los nódulos linfáticos mesentéricos calcificados son de poco valor clínico; las calcificaciones pancreáticas y de los vasos sanguíneos pueden o no tener importancia. Las calcificaciones en el recién nacido indican peritonitis meconial. La presencia de dentaduras, pasadores y monedas es muy significativo. Los cálculos radiopacos que aparecen en el cuadrante superior derecho en varios tamaños, formas y número pueden diferenciarse los cálculos renales por su posición anterior; puede observarse la vesícula calcificada,

o aumento de la densidad de la bilis. Las calcificaciones en la topografía del riñon, uretero o vejiga son sospechosos de litiasis urinaria. Un apendicolito se presenta como una densidad en el cuadrante inferior derecho.

Las calcificaciones de la pared de los vasos no tienen dificultad para reconocerse y es comun en los viejos. Las calcificaciones pueden observarse en las glandulas adrenales, quistes renales, - neoplasias y fibrosis.

Las masas en tejidos blandos pueden deberse a vejiga, urinaria - distendida, crecimiento uterino, zonas de fibrosis, quistes de ovario, pseudoquistes del pancreas y abscesos; la presencia de masas tambien se sospecha por el desplazamiento de las estructuras llenas de gas como; estómago, ciego, intestino delgado.

Las estructuras óseas nunca deben pasarse por alto; las fracturas de las ultimas costillas nos puede ayudar al diagnóstico de lesión de los organos subyacentes (hígado, bazo); las fracturas de una vertebra pueden ser la causa del dolor abdominal y distensión.

Las sombras de los pecos normalmente visibles, pueden borrarse por hemorragia intrabdominal, procesos inflamatorios y gas dentro del tubo digestivo. (2,4,5,6,8).

PLACA DE TÓRAX.- Parte del estudio radiológico de los pacientes con abdomen agudo debe incluir una placa de tórax, y por ningun motivo debe omitirse, ya que se pueden cometer errores en la evaluación y diagnóstico. Puede observarse consolidaciones pulmonares, colapsos, neumotórax, neumomediastino, derrame pleural ó pericardico y aire subdiafragmático. Los hallazgos en el tórax deben tomarse con mucha precaución, ya que pueden ser la causa del dolor ó hallazgos incidentales.

VII.- PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.

RAYOS X.- Cuando las condiciones generales del paciente lo permitan, pueden emplearse procedimientos especiales de Rx. para identificar condiciones especificas responsables de abdomen agudo; el enema baritado es de mucha utilidad en cuadros de obstrucción y perforación intestinal; cuando una perforación se sospecha debe ejecutarse con precaución y de preferencia usar medio hidro-

soluble. La serie esofagogastroduodenal es de utilidad para la identificación de una úlcera péptica, esofagitis por reflujo y el sitio de perforaciones o penetración al páncreas, estenosis pilórica, gastritis y deformación del bulbo duodenal. La urografía excretora es útil en el diagnóstico de litiasis de las vías urinarias, pielonefritis, hidronefrosis y tumores. La colangiografía intravenosa puede demostrar la obstrucción del cístico; la secuencia, visualización y el tiempo de eliminación del medio de contraste dependen del estado funcional del órgano a través del cual se excreta; cuando la función es pobre el estudio es de poco valor. Antes de indicar estudios intravenosos con material yodado debe investigarse alergias. (2,3,4,5,6,8,10)

RADIOISÓTOPOS.— Son útiles en la demostración de obstrucción del conducto cístico y de abscesos hepáticos. La colecentellografía tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 95% para colecistitis aguda y tiene la ventaja que hace el diagnóstico diferencial entre colecistitis y absceso hepático amibiano. Este método está libre de reacciones alérgicas, se necesita un período corto de tiempo para obtener el estudio. La colecentellografía a superado a la colangiografía IV. (2,16,20,21)

ULTRASONOGRAFÍA.— Es un método no invasivo que puede ser repetido en varias ocasiones sin molestias para el paciente, la veracidad del estudio no depende de la función del órgano, no existe ningún peligro de reacción alérgica, los pacientes requieren muy poca preparación; de cualquier forma tiene sus limitaciones. La obesidad, la disnea y la distensión interfieren con la resolución óptima. Tiene utilidad en la detección de litiasis vesiculares y de cálculos, lesiones hepáticas, cisterna, flegones y pseudoquistes del páncreas, aneurismos de la aorta abdominal, embarazo ectópico, quiste de ovario, tumor del útero, embarazo normal (después de 8 semanas), trauma abdominal y en la diferenciación de masas quísticas de sólidas. (2,6,16,21,22).

FUNCION Y LAVADO PERITONEAL.— El líquido peritoneal por aspiración, proporcionan datos de gran valor en el diagnóstico de pacientes bien seleccionados. Las características del fluido nos in

Indica la patología subyacente pero no establece el diagnóstico etiológico; la aspiración de sangre nos indica una hemorragia intrabdominal, la puse de un proceso inflamatorio, la de líquido intestinal de una perforación de víscera hueca, de orina de ruptura de la vejiga, la presencia de amilasa de compromiso pancreático. Una punción negativa no excluye el diagnóstico de abdomen agudo. El procedimiento es muy útil cuando cuando una buena historia no puede ser obtenida o es difícil de interpretar por alteraciones del sensorio; pacientes politraumatizados, adictos a las drogas, cuando hay trastornos metabólicos con probabilidades de cirugía. No debe practicarse en pacientes con obstrucción intestinal, cirugía previa o trastornos de la coagulación. (2,4,5,21,22,23,24)

VIII.- TRATAMIENTO

Cuando se sospecha un abdomen agudo debemos hacernos la siguiente pregunta: ¿que pacientes deben operarse y en que momento? La respuesta y decisión correcta están relacionadas directamente con el diagnóstico de la condición específica responsable del cuadro (apendicitis, colecistitis, trauma abdominal, etc.). Siempre es deseable el diagnóstico etiológico preciso, sin embargo no es absolutamente necesario para indicar la operación; en ocasiones la persistencia del intento de identificar la condición específica responsable del abdomen agudo no es prudente, ya que en estos casos el precio de la veracidad diagnóstica es un aumento en la morbimortalidad. La importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno deben enfatizarse ya que el tiempo entre el inicio de la enfermedad y la operación es de valor pronóstico, y mientras más se prolongue, aumentaran considerablemente las incidencias de morbilidad y mortalidad.

De cualquier manera en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo deben revisarse frecuentemente la lista de causas no quirúrgicas que simulan un abdomen agudo para no pasarlas por alto.

La decisión de operar o no hacerlo se basa en la historia clínica y el examen físico.

Establecido el diagnóstico de abdomen agudo e iniciado las

medidas generales, el siguiente paso es tratar de definir la causa y enseguida establecer el tratamiento. Para lo que es útil clasificar a los padecimientos de acuerdo a la urgencia del tratamiento. Son muchas las condiciones que afectan al abdomen y esto no es sorprendente si consideramos el número de estructuras en la cavidad peritoneal, pélvica y retroperitoneal que pueden ser afectadas por torsión, inflamación, hemorragia o trauma. De esto se desprende que algunos pacientes requieren operación inmediata, otros un periodo de preparación preoperatorio y otros aún un período de observación para comprobar la verdadera existencia de un abdomen agudo. Con algunas excepciones en la mayoría de los casos, es prioritario la estabilización hemodinámica del paciente como en las hemorragias masivas, donde el paciente puede morir durante la inducción anestésica si no se hace una reposición adecuada de volumen. Generalmente hay tiempo para la evaluación integral básica del paciente, historia clínica y exámenes de laboratorio esenciales.

Algunos pacientes mueren si no son operados rápidamente, otros que requieren cirugía temprana y existen otros que pueden operarse electivamente. Debe seleccionarse adecuadamente el momento para cada caso evitando cometer errores. De las diversas clasificaciones nosotros seguimos la que se indica a continuación:

I.-PROCESOS POTENCIALMENTE LETALES A CORTO PLAZO;

Incluye aquellos trastornos abdominales agudos que en un momento dado evolucionan fatalmente, a menos de que el beneficio de la cirugía se efectue oportunamente. Comprende los siguientes padecimientos; embarazo ectópico roto, aneurisma de la aorta roto o disecante, traumatismos abdominales con lesión de vísceras sólidas o de los grandes vasos y/o sus ramas, tromboembolia mesentérica arterial, procesos infecciosos fulminantes etc..

II.- PROCESOS RAPIDAMENTE EVOLUTIVOS :

Son aquellos que evolucionan clínicamente en pocas horas; y si el tratamiento preciso no se establece con prontitud se desarrollan complicaciones y aumenta la mortalidad. Comprende los siguientes padecimientos, apendicitis aguda, colecistitis aguda complicada, obstrucción intestinal (adherencias, hernias, volvulos, intususcepción, tumor), perforación de víscera hueca (diverticulitis, apendicitis, úlcera péptica, salmonella y trauma), etc..

III.- PROCESOS CON RIFERUSION SISTEMICA :

Incluye todos los padecimientos que desde su inicio o durante su evolución se manifiestan con efectos fisiopatológicos en otros aparatos y sistemas. El ejemplo más típico es la pancreatitis necrohemorrágica o padecimientos inflamatorios que han evolucionado a peritonitis o choque séptico.

IV.- CIRUGIA ELECTIVA.

Los procesos que no cumplan con las condiciones anteriores y permiten diferir el momento de la cirugía sin aumento de la morbilidad, son los que deben incluirse en este grupo, el ejemplo más típico es la colecistitis aguda no complicada.

ANALISIS RETROSPECTIVO DE 126 CASOS DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.

Realizamos un estudio retrospectivo de 126 casos de abdomen agudo quirúrgico que ingresaron por el servicio de urgencias del Hospital Español de México del 1 de noviembre de 1980 al 31 de octubre de 1981. Se excluyeron todos los casos no quirúrgicos y aquellos que no llenaban los requisitos de;

Historia clínica completa

Biometría hemática, general de orina

Placa simple de abdomen y tórax

Comprobación histopatológica.

Se analiza el cuadro clínico, tiempo de evolución, tiempo entre el inicio de los síntomas y la laparotomía, certeza diagnóstica con el estudio clínico habitual, estudios especiales, complicaciones, mortalidad y días de estancia hospitalaria.

Las edades variaron de 8 a 89 años con una media de 42 años. 58 fueron masculinos y 68 femeninos.

El cuadro clínico se caracterizó por :

SINTOMAS

Dolor	124 pacientes	98.4%
Vómito	82 pacientes	65.0%
Cambios en el Hab. Int.	50 pacientes	39.6%
Fiebre	42 pacientes	33.0%

SIGNOS

Distensión	47 pacientes	37.3%
Hipersensibilidad	76 pacientes	60.3%
Defensa muscular	94 pacientes	75.4%
Rebote	96 pacientes	77.9%
Alteraciones del Perist.	74 pacientes	58.0%

LABORATORIO

Leucocitosis	74 pacientes	58.0%
Segmentados	103 pacientes	81.7%
Bandas	81 pacientes	64.2%
Hb. y Hto.	7 pacientes	5.5%
Amilasa	4 pacientes	3.1%

CABINETE

Placa simple de abdomen	98 pacientes	77.7%
Tele de tórax	9 pacientes	7.1%

Con la interpretación del estudio clínico habitual - que incluye historia clínica, biometría hemática y placas - de abdomen y tórax se llegó al diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico en los 126 casos, se hizo el diagnóstico de certeza en 84 pacientes, el 66.6% y dudoso en 42 pacientes, el 33.3%.

Para aclarar o confirmar el diagnóstico se realizaron 53 estudios especiales que fueron: (38 casos)

Colecentellografía	14 pacientes
Ultrasonografía	13 Pacientes
Cólon por enema	11 pacientes
Colangiografía IV	5 pacientes
Colecistografía oral	4 pacientes
Transito intestinal	2 pacientes
Urografía excretora	1 paciente
Serie EGD	1 paciente
Angiografía	1 paciente
Rectosigmoidoscopia	1

54 pacientes presentaban enfermedades agregadas, el 42,8%.

Se presentaron complicaciones en 29 pacientes, el 23%. La mortalidad fué de 8.7%, 11 pacientes.

Los días de hospitalización variaron de 1 a 89, con un promedio de 7.8 días.

Entre las causas que encontramos de abdomen agudo quirúrgico tenemos por orden de frecuencia;

Apendicitis aguda	60 casos 47.6%
Obstrucción intestinal	23 casos 18.2%
Colecistitis aguda	20 casos 15.8%
Anexitis	7 casos
Trauma abdominal	3 casos
Diverticulitis	3 casos
Perforación de víscera hueca	3 casos
Trombosis mesentérica venosa	2 casos
Trombosis mesentérica arterial	1 caso
Embarazo ectópico	1 caso
Aneurisma de la aorta	1 caso
Colitis amibiana fulminante	1 caso

Absceso hepatico ambiano 1 caso
 Pancreatitis hemorragica 1 caso.

Dividimos al grupo de 126 pacientes que fueron sometidos a cirugía y demostrado patología intrabdominal que ameritaba cirugía. En aquellos que fueron operados en las primeras 24hs a partir de que habían ingresado al hospital y aquellos operados después de 24 hs. de haber ingresado.

El primer grupo comprende 96 pacientes, 51 del sexo masculino y 45 del sexo femenino, con edades de 8 a 73 años, con un promedio de 42 años. El segundo grupo, operado más de 24hs. después de su ingreso comprende 13 casos, 4 pacientes del sexo masculino y 9 del sexo femenino, sus edades variaron entre 31 y 89 años con un promedio de 55 años. 17 casos se operaron electivamente y se analizan por separado. El diagnóstico de certeza en el primer grupo fué de 81% (68 pacientes) y dudoso en 19% (26 pacientes). En el segundo grupo el diagnóstico de certeza fue de 31% (4 pacientes) y dudoso de 69% (9 pacientes). Las complicaciones en el primer grupo fueron del 14.5% (14 pacientes) y en el segundo grupo fué del 53.8% (7 pacientes). La mortalidad en el primer grupo fué del 3.1% (3 pacientes) y en el segundo grupo fué de 53.8% (7 pacientes).

Analizando por separado y por orden de frecuencia encontramos los siguientes datos:

De los 126 casos, 60 correspondían a apendicitis aguda, 48%, 27 del sexo femenino y 33 del sexo masculino, la edad varió de 8 a 72 años con un promedio de 45 años.

33 de estos casos fueron operados antes de 6hs. de haber ingresado, 18 del sexo masculino y 15 del sexo femenino, con un promedio de edad de 34 años. El diagnóstico de certeza fué de 81% y dudoso en 18.2%. Se presentaron complicaciones en el 9%, 3 pacientes que presentaron perforación de la apéndice e infección de la herida. Se realizó un cólón por enemacon técnica para apéndice en 1 paciente. El promedio de estancia hospitalaria fué de 5.1 días.

11 pacientes fueron laparotomizados de 7 a 12hs. después de haber ingresado. 8 del sexo masculino y 3 del femenino con un promedio de 33.2 años. El diagnóstico de certeza fué de 72.7% y dudoso en el 27.3%, se presentaron complicaciones en el 9.9% y corresponde a una paciente con perforación y absceso apendicular, peritonitis, sepsis de la herida, fístula del muñón apendicular, choque séptico y muerte. Se realizó cólon por enema en un caso. El promedio estancia hospitalaria fué de 5 días.

11 pacientes fueron operados de 13 a 24hs. después de haber ingresado, 4 pacientes del sexo masculino y 7 del femenino, con un promedio de edad de 35.6 años. El diagnóstico de certeza fue del 63.3% y dudoso en 26.7%. Se presentaron complicaciones 36.7%, 3 casos de perforación apendicular, y otro caso de peritonitis generalizada. El promedio de estancia hospitalaria fué de 7.2 días.

5 pacientes fueron operados con más de 24hs. de haber ingresado. 3 masculinos y 2 femeninos. Con un promedio de edad de 49 años; el diagnóstico de certeza fué del 40% y dudoso 60%, se realizó cólon por enema en 2 pacientes. Las complicaciones fueron del 40%. 2 pacientes con perforación apendicular y sepsis de herida. (ver grafica adjunta.)

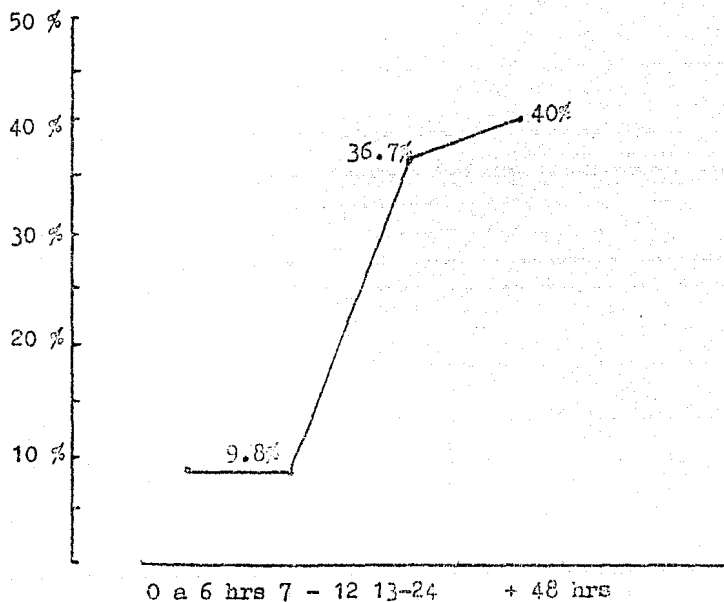
Obstrucción intestinal. Comprende 23 pacientes, 11 con obstrucción por bridas, 5 casos de hernia estrangulada, 2 casos de vólvulos de ciego, 2 casos de vólvulos de sigmoides, 1 caso de hernia interna, 1 caso de íleo biliar y un caso de ileitis regional. De estos 12 fueron laparotomizados antes de Cas. de haber ingresado, 6 pacientes del sexo masculino y 6 del sexo femenino con un promedio de edad de 55 años. Se hizo el diagnóstico de certeza en 75% y dudoso en el 25%, presentaron complicaciones el 25%. Un caso de Ca. de cólon con sepsis de herida. Un caso de obstrucción por bridas que presentó sangrado de tubo digestivo alto y neumonía. Otro paciente con obstrucción por bridas con necrosis de intestino delgado. No hubo mortalidad en este grupo.

3 pacientes se operaron de 7 a 12 hs después de haber ingresado, 1 hombre y 2 mujeres, en los 3 casos se hizo el diagnóstico de certeza, no hubo mortalidad ni complicaciones. Otros 3 pa -

PROCESOS RAPIDAMENTE EVOLUTIVOS -

APENDICITIS

COMPLICACIONES



HOSPITAL ESPAÑOL

Rojas - Ordóñez .

se operaron de 7 a 12hs. despues de haber ingresado al hospital, 1 hombre y dos mujeres, se hizo el diagnostico de certeza en 2 casos. no hubo complicaciones ni mortalidad.

6 pacientes se laparotomizaron más de 24hs. después de haber ingresado 2 hombres y 4 mujeres con un promedio de 80 años. se hizo el diagnóstico de certeza en 2 casos y dudoso en 4. se complicaron 5 pacientes. Un caso de tromboembolia pulmonar en un paciente con obstrucción por bridas. Los 4 restantes que se complicaron fallecieron; un caso de hernia crural incarcerada con necrosis de un segmento de intestino delgado, que desarrollo insuficiencia renal aguda, choque séptico y muerte. Un paciente con obstrucción por bridas con acidosis metabolica y choque hipovolemico irreversible. Otro caso de obstrucción por bridas con necrosis y perforación de intestino delgado, con choque hipovolemico, que desarrollo sangrado de tubo digestivo alto, acidosis mixta, neumonía, bloqueo auriculoventricular completo y muerte. Otro caso de obstrucción intestinal por bridas con necrosis y perforación de intestino delgado. acidosis metabolica, choque hipovolemico y muerte.

Colecistitis aguda.

20 pacientes, 9 del sexo masculino, 11 del femenino. con edades de 27 a 85 años, con promedio de 55 años, se hizo el diagnostico de certeza en en 12 casos y dudoso en 8. se realizaron estudios especiales en 15 pacientes, 11 ultrasonografías, 10 cecantellografías 2 colangiografías IV y un caso de colecistografia oral.

6 casos presentaban complicación; dos casos de vesícula perforada, dos casos de vesícula gangrenada y dos casos de pigo colecisto. 5 eran masculino, 1 femenino y todos mayores de 75 años, y la paciente femenino de 27 años. Se hizo el diagnóstico de certeza en 2 casos y dudosos 4 casos. Solo un pacientes desarrollo sepsis de la herida. y no hubo mortalidad, todos los pacientes se operaron dentro de las primeras 24hs.

Los 14 restantes de colecistitis aguda fueron operados electivamente en un plazo de 36 a 72hs. el diagnóstico de certeza se hizo en 10 pacientes y dudoso en 4 pacientes; 4 pacientes del se

zo masculino y 10 del sexo femenino, con un promedio de edad de 45 años. De éstos cuatro casos de acompañaron de coledocolitiasis. Se complicó un paciente, el cual sufrió trauma esplénico trasoperatorio, desarrollando en el postoperatorio pancreatitis aguda, neumonía, acidosis mixta y muerte.

El resto de los casos correspondió a 7 casos de anexitis, 3 casos de trauma abdominal, 3 casos de diverticulitis, dos casos de trombosis mesenterica venosa, dos casos de perforación intestinal, un caso de embarazo ectópico roto, colitis amibiana fulminante, trombosis mesenterica arterial, úlcera duodenal perforada, pancreatitis necrohemorrágica y aneurisma roto de la aorta.

Agrupando a los padecimientos según la clasificación de urgencia del tratamiento encontramos lo siguiente.

I.-Procesos potencialmente letales a corto plazo

6 casos; 3 casos de traumatismo abdominal, un embarazo ectópico roto, un caso de colitis amibiana fulminante y un aneurisma de la aorta roto.

II.-Procesos rápidamente evolutivos

Este grupo comprende 103 pacientes, 60 apendicitis, 26 casos de obstrucción intestinal, 7 casos de anexitis, 6 casos de colecistitis aguda complicada, 2 casos de perforación intestinal y un caso de úlcera duodenal perforada.

III.- Procesos con repercusión sistémica

Un caso de pancreatitis necrohemorrágica.

IV.- Cirugía electiva.

17 pacientes; 14 colecistitis aguda, 3 casos de diverticulitis.

IX.- CONCLUSIONES

- 1.- Más del 60% de los casos de abdomen agudo quirúrgico, pueden diagnosticarse con certeza, solo con la historia clínica, examen físico, Rx., y placas de abdomen y tórax.
- 2.- La laparotomía temprana en pacientes con datos clínicos de abdomen agudo, aún cuando el diagnóstico preciso no se tenga, disminuye considerablemente la morbimortalidad. Y el tiempo -

transcurrido entre el inicio de los síntomas y la laparotomía es de valor pronostico.

3.- El retraso de la laparotomía para aclarar el diagnóstico aumenta la morbilidad.

4.- De los exámenes de laboratorio el más util es la cuenta de células blancas y tiene más valor el aumento de segmentados y bandas que la cuenta total.

5.- Nunca debe omitirse le examen general de orina, la química - sanguínea y la amilasa, para el diagnóstico diferencial de pacientes con abdomen agudo.

6.- De los estudios de gabinete la placa simple de abdomen es la que más rapido se puede obtener y brinda información significanti en un lapso muy breve de tiempo.

7.- Nunca debe omitirse la placa de tórax en la valoración de un abdomen agudo.

8.- Los estudios especiales deben utilizarse en los casos de duda. Deben preferirse lo no invasivos. La secuencia que se debe seguir con los estudios radiológicos con medio de contraste es; urografía excretora, colangiografía IV, colon por enema y por, ultimo SEGD.

9.- Los errores diagnósticos son más frecuentes en mujeres y especialmente en edad fértil. No debe olvidarse la historia menstrual.

10.- El diagnóstico incorrecto es más frecuente en pacientes por arriba de 55 años.

11.- Los viejos con dolor abdominal, tienen con mayor frecuencia condiciones quirúrgicas que los jóvenes.

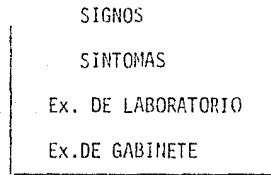
12.- La exploración rectal y pélvica mejora la proporción de certeza diagnóstica. Nunca debe omitirse.

13.- La causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis.

Por ultimo presentamos un resumen esquematizado del estudio clínico habitual del paciente con dolor abdominal.

ESQUEMA DE ESTUDIO DEL ABDOMEN AGUDO

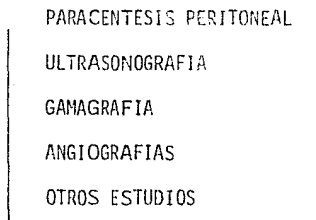
ESTUDIO CLINICO HABITUAL



ABDOMEN AGUDO

D. ETIOLOGICO DUDOSO ↔ D. ETIOLOGICO PRECISO

- T. MEDICO
- C. URGENCIA
- C. DIFERIDA



LAPARATOMIA EXPLORADORA

- 1.- Abdominal pain
Currie.
Mc Graw-Hill, New York. 1979.
Pag. 66-77
- 2.- Acute disorders of the abdomen.
Diagnosis and treatment.
Shoenivar.
Springer-Verlag. New York-Berlin. 1980
Pag. 3-45.
- 3.-Acute abdominal and emergente of the
gastrointestinal tract.
H. Hawthorne.
Interamericana. 1969
Pag. 1-36.
- 4.-Tratado de Patología Quirúrgica.
Davis-Cristopher.
Interamericana. Decimoprimer edición 1978.
Pag. 747-767
- 5.-Principles of surgery.
Schwartz.
Mc.Graw-Hill Tercera edición. 1980.
Pag. 967-1008
- 6.-Abdominal Operations.
Maingot.
Appleton-Century-Crofts. Septima edición. 1980
Pag. 431-450, 1012-1033, 13-71-1390, 1432-1450
- 7.-Urgencias Médicas
Ralph.
Manual Moderno 1975.
Pag. 3-55
- 8.-The Acute Abdomen
Felson
Grune-New York. 1973.
Pag. 1-75
- 9.-Obstetricia
Williams. Salvat. 1975.
Pag. 51-95, 466-470

- 10.- Principles of Internal Medicine
Harrison.
Mc.Graw-Hill. Nine Edition 1980.
Pag. 198-223
- 11.- Interpretation of Diagnostic Tests.
Wallach
Litte Brown, Tercera edición. 1978.
Pag. 1-19; 193-205
- 12.- Cases estudies in ultrasound
Barteom.
Saunders. 1979
Pag. 168-169, 220-221, 430-433
- 13.- Incidental apendicectomy in the elderly ?
Steven R.
Surgery, Agosto 1980, vol. 88, #2
Pag. 301-306
- 14.- Alternative approach to the managente of acute perforación apendicitis.
Richard.
Surg Gynecol Obstet. Abril 1981 Vol. 152 #4
Pag. 469-472
- 15.- Apendicitis in the elderly
Bernard.
Annals Of Surgery. Vol. 187 #4 1978.
Pag. 392-396.
- 16.- Cholecystosonography for the diagnosis of cholecystolithiasis.
Annals of Surgery. Vol. 187 #5 Mayo 1978.
Pag. 465- 674.
- 17.- Diagnostic valor of the white blood count and neutrophil percentage in the evaluation of abdominal pain in children. RICHARD.
Surg. Ginecol. Obstet. Vol. 152, #4 abril 1981.
Pag. 424-426.

- 18.- The abdominal Examination.
David Stone.
Clinical Viewpoint. 1975
Pag. 10-12
- 19.- Abdominal Drainage following appendectomy
and cholecystectomy.
H. Harlan Stone
From The Department of Surgery, Emory University
School of Medicine, Atlanta Georgia. (reprint)
December 1977. Lippincott Company.
Pag. 606-612
- 20.-Acute Cholecystitis Complicating Trauma
Robert Dupries,
From de Maryland Institute for emergency Medical
Services, University of Maryland School Hospital
Baltimore, Maryland. (reprint.)
Lippincott Company. Febrero 1978.
Pag. 64-69
- 21.-The symptoms of an abscess of the liver
simulating an acute surgical abdomen.
Krettek.
Surg, Gynecol & Obstetrics. Vol. 148, abril 1979
Pag. 552-556.
- 22.-Radiology of Blunt Abdominal Trauma.
Kurtzman
Surg, Clin, of NA. Vol. 57 # 1 febrero de 1977.
- 23.- Diagnostic Peritoneal Lavage in Acute Abdominal Disease:
Normal Findings and Evaluation in 100 Patients.
Veith.
Annals of Surgery. Vol 166, # 2, agosto 1967.
- 24.- Early Prediction Of severity of acute pancreatitis
using peritoneal lavage.
Memahan.
Acta Chir Scand 146:171-175 1980.