

11217

18 2e4



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES**

**LAPAROTOMIA DE URGENCIA EN  
ABDOMEN AGUDO EN  
GINECOLOGIA.  
(C. H. 20 de Noviembre)**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A:**

**DR. DAVID RENAN CARRILLO CERVANTES**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **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 está 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.

T I T U L O

LAPAROTOMIA DE URGENCIA EN ABDOMEN

AGUDO EN GINECOLOGIA.

## INDICE

I	Introducción.....	1
II	Generalidades.....	4
	1 Síndrome abdominal agudo.....	4
	2 Dolor pélvico en la mujer.....	7
	3 Causas ginecológicas de abdomen agu- do.....	10
	4 Diagnóstico clínico de abdomen agu- do en ginecología.....	15
	5 Laboratorio y gabinete.....	16
	6 Tratamiento.....	18
III	Objetivos.....	20'
IV	Material y métodos.....	21
V	Resultados.....	23
VI	Análisis y comentarios.....	32
VII	Conclusiones.....	42
VIII	Bibliografía.....	44

## INTRODUCCION

El dolor abdominopélvico aunado a otras manifestaciones clínicas pueden presentar o simular un cuadro de abdomen agudo.

Son múltiples los padecimientos ginecológicos que pueden presentar un síndrome abdominal agudo, ahora bien hay otros padecimientos no ginecológicos que pueden manifestar datos de abdomen agudo y que se podría pensar de origen ginecológico.

El síndrome abdominal agudo se manifiesta por dolores o menos intenso, persistente y se acompaña de signos o síntomas que traducen procesos intraabdominales que tarde o temprano ocasionan peritonitis y por lo tanto es necesario llevar un tratamiento quirúrgico de urgencia. Los mecanismos básicos de los procesos patológicos que producen irritación peritoneal son: infección, perforación, hemorragia, obstrucción, torsión e isquemia; todos ellos pueden estar en diferentes padecimientos ginecológicos.

Para el diagnóstico clínico del abdomen agudo ginecológico se requieren por lo tanto precisar la existencia de este síndrome y de su origen ginecológico.

En casos hiperagudos basta sospechar el diagnóstico y operar con urgencia dado que se pone en peligro la vida de la paciente. Cuando las condiciones generales de las pacientes no están comprometidas y el diagnóstico es poco claro se puede esperar un período "razonable" durante el cual se deben hacer exámenes físicos repetidos y solicitar estudios complementarios tales como análisis clínicos generales, estudios radiológicos o ultrasonográficos y si la duda diagnóstica continúa se pueden

efectuar procedimientos diagnósticos tales como colpocentesis, laparoscopia, paracentesis, con el fin de evitar laparotomías innecesarias y sus potenciales complicaciones.

Se efectuó un estudio retrospectivo de 80 pacientes internadas por presentar cuadro de abdomen agudo de origen ginecológico a quienes se les efectúa laparotomía.

Los padecimientos que ameritaron esta intervención en orden de frecuencia son : embarazo ectópico 54%, lesiones ováricas 24%, infección pélvica 11.25%, malformaciones genitales 2.5% y enfermedad invasora del trofoblasto 1.25% .

Los hallazgos postoperatorios no demostraron causas de abdomen agudo en 11.25% de los casos.

Se puede concluir que en la división de ginecología y obstetricia del C. H. 20 de Noviembre el diagnóstico preoperatorio es adecuado y el tratamiento en forma oportuno en la mayoría de los casos de abdomen agudo y las complicaciones son mínimas. No obstante encontramos que los estudios complementarios y los procedimientos diagnósticos se dan a desear.

## GENERALIDADES

Síndrome abdominal agudo:

Este síndrome de muy variada etiología, se caracteriza por dolor abdominal mas o menos intenso, persistente y se acompaña de signos y síntomas que traducen procesos intraabdominales que tarde o temprano ocasionan peritonitis y por lo tanto la necesidad de llevar a cabo un tratamiento quirúrgico de urgencia.

En ginecología este síndrome se presenta a todas las edades pero es más frecuente en las jóvenes y adultas. De su diagnóstico precoz y su tratamiento oportuno dependerá la evolución de la enferma ( 1 ).

La base del diagnóstico con éxito está constituida por la historia clínica y la exploración física detallada.

A menudo se incluyen muchos trastornos en el diagnóstico diferencial, de problemas del área del cirujano como del ginecólogo.

No existe un criterio único, pero el abdomen agudo se puede dividir en tres grupos:

- 1.- Casos hiperagudos, en estos se sospecha el diagnóstico y se considera que se debe operar con urgencia. Quizá se requiera de maniobras de resucitación.
- 2.- Casos agudos, se trata de pacientes que no están graves o cuyo diagnóstico es incierto y pueden ser valoradas en forma repetida con seguridad razonable durante un período.
- 3.- Casos crónicos, pacientes con dolor recurrente o crónico de la parte baja del abdomen.

La mayoría de las pacientes pertenece al segundo grupo. La investigación más importante de los casos dudosos son la observación continua y la exploración física repetida. Existe una continuidad entre los dos primeros grupos y algunas alteraciones patológicas pueden ser comunes a las dos dependiendo del estrófo clínico.

Los mecanismos básicos de los procesos patológicos que producen irritación peritoneal son: infección, perforación, hemorragia, obstrucción, torsión e isquemia ( 19 ).

Aspectos clínicos generales.- Durante la elaboración de la historia clínica, la observación cuidadosa de la actitud de la enferma puede darnos indicios importantes. Aquella que tiene hemorragia aguda puede estar pálida, sudorosa y apática en forma característica, mientras que la que sufre de dolor cólico intestinal o ureteral estará inquieta y la de peritonitis muy quieta, temerosa de moverse. Muchas pacientes jóvenes conservan una presión normal o la tienen solamente disminuida en etapas incipientes de choque hipovolémico, pero la frecuencia del pulso está aumentada y su volumen es filiforme. El dolor intenso puede acompañarse de vómitos reflejos, pero los vómitos repetidos pueden ser importantes.

En caso de apendicitis la anorexia es común, pero variable y aunque la diarrea y disuria no son características notables, suelen ocurrir en la apendicitis retrocecal o pélvica. Cuando hay gastroenteritis este antecedente suele ser el indicio principal, puesto que náuseas, vómitos o diarrea preceden al inicio del dolor y en caso de apendicitis el dolor es virtualmente el síntoma inicial. Mialgias difusas, fotofobia y cefalea pueden sugerir una enfermedad viral.



Nunca es diagnóstico por sí mismo el grado de fiebre; sin embargo son raras las temperaturas cercanas a 40°C en caso de apendicitis aguda y frecuentes en las enfermedades virales, pielonefritis y septicemia. Un síntoma que indica irritación diafragmática es el dolor en el hombro, es de utilidad la producción del dolor al elevarse los pies.

La intensidad de los signos de peritonitis guarda una correlación pobre con la cantidad o naturaleza del líquido que se encuentra en la cavidad abdominal. El contenido gástrico, duodenal, la bilis y las enzimas pancreáticas producen irritación notable. El pus y la sangre manifiestan signos más variables, esta última a menudo notable.

Los signos físicos para el diagnóstico del dolor son hipersensibilidad abdominal y rigidez muscular o hipersensibilidad pélvica. La hipersensibilidad del rebote a veces es útil para confirmar el cuadro de irritación peritoneal. Las pruebas especiales, signos del obturador, del psoas e hiperestesia solo confirman la sospecha. No se debe omitir el examen general de orina. En casos raros, la pancreatitis y la úlcera péptica perforada pueden producir dolor en la parte baja del abdomen (19).

El cólico renal o ureteral puede manifestarse como dolor en cualquiera de las fosas ilíacas y cierta hipersensibilidad abdominal, puede haber irradiación a la ingle, no suele haber hipersensibilidad de rebote, hay sangre microscópica en la orina y las radiografías de abdomen pueden mostrarnos signos de litiasis.

Se deben explorar los sitios de los orificios herniarios en busca de hernia obstruida o estrangulada. Aspectos sugerentes de estrangulación son choque, fiebre, dolor abdominal continuo, hipersensibilidad, rigidez abdominal y leucocitosis notable.

Causas médicas de dolor en la parte baja del abdomen. - El dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes por lo que se acude al médico. Existe una gran variedad de trastornos médicos en los que puede ser prominente el dolor y una de las causas más comunes puede ser el síndrome de colon irritable, aunque entre otras tenemos: diverticulitis colónica, pólipos del colon, enfermedad de Crohn, estreñimiento etc. ( 16 ).

Dolor pélvico en la mujer:

El dolor de la parte baja del abdomen a veces se debe a una lesión en los genitales internos. La fuente del dolor se puede encontrar en otro órgano pélvico o abdominal; pero también puede ser de origen psicológico, como lo sugieren algunos resultados ( 5 ).

Cualquiera de los genitales internos que experimente enfermedad o situación incorrecta puede producir dolor abdominal. Las trompas de Falopio son los sitios más comunes de enfermedad, ya que se infectan con frecuencia, a menudo contienen un embarazo ectópico y a veces experimentan rotación aunque ésta es muy rara ( 23 ).

El dolor uterino es producido más frecuentemente por problemas relacionados con el embarazo, pero puede presentarse en la degeneración roja de los fibromiomas, dolor constante, progresivo localizado en el sitio del fibromioma, es hipersensible y se puede acompañar de náuseas o vómitos. La piometra es otra causa de dolor, la cual generalmente es secundaria a estrechamiento u obliteración del conducto cervical por carcinoma, cambios seniles, conización u otros procedimientos en el cervix. También la causa del dolor puede ser secundario a hematometra por estenosis cervical, malformaciones uterinas con cuerno rudimentario no

comunicante a vagina o bien secundaria a tabique vaginal transverso en una púber con amenorrea primaria ( 4-7 ). Tanto piometra como hematometra producen dolor crónico - de grado bajo que se exacerba en el momento de la menstruación.

Los quistes ováricos pueden experimentar torsión, hemorragia en su interior o rotura. Todos estos fenómenos pueden producir dolor abdominal agudo localizado en la parte baja del abdomen, a veces de tipo cólico y en otras constante. Hay que tener en cuenta la endometriosis que además del dolor por el tejido endometrial ectópico produce, las alteraciones adherenciales que ocasiona puede producir un cuadro de oclusión intestinal.

También los quistes del paraooforo pueden experimentar torsión y producir un cuadro clínico semejante a la torsión de un quiste ovárico ( 2 ).

La historia clínica es un intento para llegar a un diagnóstico adecuado y dado que el dolor es lo que la paciente presenta, se debe investigar su origen. El dolor de tipo psicógeno generalmente tiene antecedentes psicosociales o familiares de importancia ( 5 ).

Indicadores sobre el origen del dolor son: momento en que se inició y forma en que se desarrolló. Es común el inicio súbito en las lesiones como degeneración roja de un fibroma o ser más lento como en caso de una salpingitis. El dolor cólico intermitente sugiere que hay un órgano hueco que trata de expulsar un cuerpo extraño, en tanto que el dolor constante sugiere peritonitis o hemorragia hacia los tejidos. La rotación de un quiste puede iniciarse en forma intermitente, que más tarde se vuelve constante ( 23 ), Es útil la irradiación del dolor: hacia el muslo si es ureteral, ampular u ovárico o hacia los hombros si se trata de irritación frénica ---

Pueden ser útiles la hemorragia regular y otros síntomas acompañantes, pero también producen náuseas, vómitos y alteraciones intestinales en cualquier problema pélvico. Quizá hay alteración reciente en el patrón menstrual y el dolor abdominal se acompaña en muchos casos de menorragia irregularidades en el ciclo, dismenorrea o amenorrea.

El dolor a la mitad del ciclo, ovulalgia o mittelschmerz dado su frecuencia y que la intensidad del dolor puede ser variable hay que tenerlo presente para el diagnóstico diferencial. La menorragia sugiere fibromas, endometriosis, infección pélvica crónica o alteraciones de la función que podrían ser psicógenas.

La amenorrea puede ser causada por tumores productores de hormonas pero cualquier paciente que tenga retraso por uno o más períodos menstruales, debe considerarse embarazada hasta demostrar lo contrario.

De gran importancia es el método de anticoncepción utilizada. La falta de estas medidas aumentan la posibilidad de embarazo. La inserción reciente de un DIU puede ser la causa del dolor. La administración de un progestágeno de bajas dosis incrementa la posibilidad de un embarazo ectópico, así como también la aumenta el uso del DIU ( 12 ). La dispareunia puede acompañar a la endometriosis y a la infección pélvica crónica, pero el origen también puede ser un disgusto contra el marido o ansiedad.

Son importantes los antecedentes de instrumentaciones intrauterinas ya que puede dar complicaciones inmediatas como perforación uterina por legrado, biopsia de endometrio o salpingografía y mediatas o tardías como salpingitis o absceso pélvico posterior a la aplicación de un DIU ( 28 ).

Causas ginecológicas que producen abdomen agudo:

1) Infección.- La infección de los órganos genitales internos es mixta; está compuesta en grado variable de participación tubaria, extensión a los ovarios o al peritoneo pélvico. El cuadro clínico se agrupa como enfermedad inflamatoria pélvica aguda.

Los gérmenes involucrados son el gonococo y bacterias piógenas los que comunmente producen un cuadro agudo de peritonitis ( 5-9 ). El origen más frecuente en nuestro medio continúa siendo el piógeno, derivado de manipulaciones intrauterinas generalmente para provocar un aborto. A diferencia con el gonococo que generalmente sigue una vía ascendente por la mucosa, el estreptococo o el estafilococo llegan generalmente por las venas o los linfáticos de los ligamentos anchos, lo que puede dar como resultado una tromboflebitis o linfangitis que precede a una celulitis y finalmente terminar en absceso de ligamento ancho.

La salpingitis gonorreica produce obstrucción tubaria y en ocasiones piósalpinx, salida de pus hacia el ovario ( pioovario ) o hacia el peritoneo pélvico ( absceso pélvico ).

El peritoneo pélvico acompaña frecuentemente a la infección gonocócica o piógena. Como resultado de la irritación por el material infectado se producen adherencias entre los distintos órganos pélvicos e intestinos o lo que es más frecuente aparición de abscesos pélvicos.

No es fácil distinguir al examen ginecológico entre tumoraciones producidas por un absceso tuboovárico y un absceso pélvico extratubario.

En los últimos años debido al empleo cada vez más frecuente del DIU, han habido reportes de complicaciones sépticas y muerte por peritonitis en algunos casos( 28 ).

a pesar de hay discusión de si el proceso infeccioso es directamente secundario a la aplicación del DIU o es consecuencia de un proceso añadido ( 13-14 ).

El diagnóstico de la forma gonocócica se sospecha cuando hay antecedentes de uretritis gonocócica, pero éste es raro. La presencia de dolor de la parte baja del abdomen, durante o poco después de la menstruación con hiporestesia, rigidez y cierta distensión es esa región. Además existe ataque al estado general, fiebre, náusea, vómito y leucocitosis. El examen pélvico muestra intenso dolor a la exploración bimanual.

La infección piógena generalmente sigue al puerperio de un parto o un aborto. Los síntomas son semejantes a la antes descrita y puede prolongarse más tiempo. Para la identificación precisa de los gérmenes es necesario pensar en la elevada frecuencia que tienen los anaerobios en este tipo de infecciones ( 9-10 ).

El examen de las radiografías simples de abdomen puede mostrar signos de íleo, pero este dato es inespecífico.

La ultrasonografía es probable sea el auxiliar más útil en el diagnóstico ya que nos puede mostrar desde alteraciones inflamatorias hasta colecciones francas de líquidos.

2) Accidente vascular.- A) Embarazo ectópico. Es la causa más frecuente de abdomen agudo ginecológico y se calcula alrededor del 2%.

El cuadro típico de ruptura de un embarazo ectópico no ofrece duda diagnóstica. Es una combinación de dolor abdominal de aparición brusca seguido de hemorragia genital, después de un retraso menstrual de corta duración, con repercusión en el estado general en forma de choque.

La presencia de sangre en la cavidad peritoneal produce irritación del mismo con la aparición en grado variable de los signos usuales, con elevación térmica moderada,

La dificultad para el diagnóstico, crece a medida que el cuadro no es típico y aún más si no es agudo. Los factores de error son básicamente historia clínica deficiente, mala exploración de los anexos durante el legrado uterino por diagnóstico de aborto incompleto, falta de medidas auxiliares como punción del saco de Douglas o de laparoscopia en caso de duda diagnóstica. Las radiografías son poco útiles en esta entidad ( 21 ).

La ultrasonografía hace el diagnóstico al encontrar crecimiento uterino, engrosamiento anexial, masa anexial y líquido abundante en fondo de saco, en caso de ser ectópico roto; puede haber error en ausencia de líquido libre en fondo de saco. La seguridad del diagnóstico por ultrasonido está en relación al tiempo de ruptura del saco gestacional y se encuentra entre 60-80% ( 20 ).

B) Torsión de un tumor de ovario. Es la causa más común de la complicaciones de los tumores del ovario ( 32 ) en ocasiones la primera manifestación de la existencia del tumor; pueden ocurrir torsiones parciales y restablecimientos espontáneos. Lo primero que se ve afectado es la circulación venosa y posteriormente se interrumpe la circulación arterial. El tumor adquiere un tono purpúreo que termina por volverse casi negro; al producirse la trombosis de los vasos del pedículo sobreviene la gangrena, del tumor se desprende algo de exudado y el peritoneo adyacente se inflama, esto provoca contractura de los músculos del abdomen, son comunes las náuseas y los vómitos y se registra un aumento moderado de la temperatura, la frecuencia del pulso y de los leucocitos. Los avances de estos signos y síntomas constituyen una indicación qui-

rurgica inmediata ( 22 ). Las radiografías pueden mostrar imágenes poco densas o bien formadas como en caso de dientes en caso de un teratoma benigno. El ultrasonido da el diagnóstico en casi todos los casos.

C) Ruptura de un quiste ovárico. Es un accidente poco común. Cuando su origen es no neoplásico se debe a una sobredistensión de los folículos o a una hemorragia excesiva del cuerpo amarillo. Lo que simula es un cuadro de embarazo ectópico roto; la menstruación suele estar ligeramente retrasada, aparece hemorragia genital anormal y al ocurrir la ruptura hay manifestaciones de dolor e irritación peritoneal. A la exploración puede encontrarse la masa anexial y al momento de la laparotomía efectuarse el diagnóstico ( 22 ). No se encuentran alteraciones radiográficas generalmente. Por ultrasonido puede encontrarse desde crecimiento ovárico, escaso líquido libre en fondo de saco, hasta hematocolpos franco.

3) Traumático. La perforación uterina es un accidente relativamente común durante un legrado uterino o por la aplicación de un DIU. En caso de aborto provocado este antecedente puede ser negado por la enferma, lo que haría difícil el diagnóstico. Por otra parte no siempre que se perfora un útero se sigue un abdomen agudo por peritonitis o hemorragia. El cuadro clínico no es específico pero debe sospecharse en caso de dilatación y legrado. Se debe efectuar laparotomía en caso de haberse efectuado la perforación por una tercera persona una posible lesión intestinal o después de manipulación excesiva de la supuesta cavidad uterina ( 29 ).



4) Neoplásico, Corioadenoma destruens, en este pa-  
decimiento las vellocidades coriales, perforan la pared-  
uterina con la posibilidad de producir hemorragia en la  
cavidad abdominal. El cuadro clínico es el de un embara-  
zo complicado con hemorragia uterina persistente que pue-  
de coincidir con otras manifestaciones de mola benigna -  
( hiperemesis, crecimiento aumentado del útero, títulos e-  
levados de gonadotropinas ) o en casos graves desarrolla  
un cuadro de dolor abdominal agudo seguido de choque hi-  
povolémico. En ocasiones se confunde con embarazo ectó-  
pico( 29 ).

5) Químico, Ocasionalmente la histerosalpingogra-  
fia es causa de abdomen agudo. La irritación química so-  
la o acompañada con un proceso infeccioso explican la  
causa del cuadro peritoneal. Es indistinguible de un cua-  
dro inflamatorio pélvico agudo por infección, lo que se  
aclara por el antecedente del estudio efectuado ( 29 ).  
El tratamiento es médico.

6) Congénito. Las anomalías del tipo cuerno rudi-  
mentario, utero bicorne con cuello no comunicante, con  
producción de hematometra y hematosalpinx, pueden produ-  
cir hemoperitoneo por reflujo y manifestaciones doloro-  
sas secundarias a la distensión uterina, principalmente  
asociadas al período menstrual.

Durante la exploración se encuentran tumoraciones  
paraúterinas; el diagnóstico se puede sospechar por ante-  
cedentes de amenorrea y otras malformaciones de la vagi-  
na o de las vías urinarias ( 7-8-30 ).

**Digánóstico clínico de abdomen agudo ginecológico:**

1) Precisa la existencia del síndrome, tomando en cuenta que se compone de dos grupos de datos;

**A) Irritación peritoneal,**

Dolor.

Naúsea y vómito.

Distensión abdominal.

Defensa muscular.

Rebote positivo.

**B) Alteraciones del estado general.**

Fiebre.

Taquicardia.

Sudoración.

Hipotensión arterial.

Deshidratación.

Oliguria.

Angustia, inquietud, indiferencia, estupor,

**2) La etiología ginecológica:**

Amenorrea o posibilidad de embarazo.

Hemorragia genital anormal.

Antecedentes de exploraciones intrauterinas.

Tumor en hemiabdomen inferior.

Presencia de DIU.

Fondos de sacos vaginales ocupados.

Dolor a la movilización cervical.

Dolor en parametrios.

Tumor anexial.

### Estudios de laboratorio, gabinete y procedimientos:

Biometría hemática, Con respecto a la hemoglobina un solo resultado normal, no excluye hemorragia reciente ya que quizá no haya transcurrido tiempo suficiente para que se produzca hemodilución, sin embargo sirve como base para comparaciones con lecturas futuras y la secuencia de valores decrecientes sugiere hemorragia. La cuenta de leucocitos generalmente se encuentra dentro de valores normales a no ser que se trate de procesos infecciosos pélvicos severos en los que predomina la leucocitosis generalmente entre 15000 y 25000 con poliformonucleares y bandas muy por encima de lo normal, aunque a veces puede presentarse leucopenia,

Se puede encontrar también datos de hemoconcentración secundaria a fiebre o deshidratación.

Se deben evaluar los electrolitos para utilizar los requeridos en los líquidos que serán administrados, además que pueden encontrarse grandes variaciones, secundarios a secuestro por un intestino paralizado.

Las radiografías del abdomen suelen rebelar obstrucción intestinal, litiasis del tracto urinario, cuerpos extraños, pero por lo demás no tienen mucho valor para el diagnóstico de dolor ginecológico, salvo para mostrar la opacidad de un quiste de ovario, un útero crecido o la presencia de un DIU.

La ultrasonografía es útil en el diagnóstico de casi cualquiera anomalía pélvica ya que por lo común se pueden demostrar todas las estructuras normales y anormales, si se cumplen los requisitos necesarios, los cuales apoyados en la historia clínica se acercan más a un diagnóstico correcto. Así tenemos que es útil en la agenesia uterina o vaginal, útero doble o bicorne, búsqueda de cuerpos extraños (DIU). En infecciones se puede demos-

trar un absceso de fondo de saco posterior, pero pueden presentarse otras masas líquidas en esa área, como un asa intestinal llena de líquido, un quiste ovárico, ascitis o sangre, sin embargo un absceso tiene un aspecto característico y sobre todo un cuadro clínico diferente. El aumento de volumen de las trompas por lo general se debe a infección o a un embarazo ectópico, el ultrasonograma más el cuadro clínico deberán conducir al diagnóstico. Los crecimientos ováricos funcionantes o neoplásicos son fácilmente detectables mediante éste estudio ( 11-15 ).

La laparoscopia se ha convertido en uno de los procedimientos más útiles en especial para fines diagnósticos y para la esterilización de la mujer, Las indicaciones aumentan con la experiencia del clínico y a medida que las innovaciones técnicas mejoren,

Para el diagnóstico del dolor abdominal tenemos: diferenciar entre las masas ováricas, tubarias y uterinas; posibles adherencias, endometriosis, embarazo ectópico, quiste ovárico torcido o sangrante, salpingitis, absceso pélvico no roto, apendicitis, miomatosis uterina y dolor pélvico psicógeno ( 18-31).

La culdoscopia ha sido substituida por la laparoscopia. La culdocentesis también tiende a ser substituida por el ultrasonido y la laparoscopia, dado que se ha usado para el diagnóstico poco claro de hemorragia intraabdominal de origen ginecológico.

### Tratamiento:

En todo caso de abdomen agudo se debe establecer una buena vigilancia de los signos vitales, cambios en las manifestaciones clínicas de importancia, en tanto se decide el tratamiento quirúrgico.

Para el manejo de líquidos se debe colocar un catéter central y una sonda vesical para valorar los volúmenes urinarios. De acuerdo a la distensión abdominal se valorará la aplicación de una sonda de Levin.

### Procedimientos quirúrgicos:

**Infección pélvica.** La endometritis y la salpingitis generalmente responden favorablemente al tratamiento médico ( 9 ).

Requieren tratamiento quirúrgico los cuadros de piósalpinx, absceso pélvico y absceso tuboovárico. La opinión más generalizada es de iniciar un tratamiento con antibióticos, mejorar la hidratación y corregir la acidosis. Si se obtiene mejoría con este manejo en las primeras 48 horas, se podría diferir el tratamiento quirúrgico o bien efectuarlo hasta que la paciente este afebril y con la leucocitosis disminuida.

La magnitud de la cirugía comprende la extirpación total del foco séptico, lo cual se consigue mediante histerectomía total con salpingooforectomía bilateral ( 17 ) También se puede valorar la posibilidad de proceder en forma conservadora para preservar la función endocrina o la reproductora o bien en pacientes muy obesas, con enfermedad asociada o en pacientes con enfermedad concomitante grave, mediante colpotomía posterior en caso de abscesos cerca del fondo de saco, de la línea media, disecantes del tabique rectovaginal y fluctuantes para drenaje y aplicación de canalizaciones ( 9-24-25-26 ), aunque el problema es generalmente bilateral, las adherencias existentes pue

-den ser causa de lesión intestinal mediante este procedimiento y existe la posibilidad de recaída, que obligue a una reintervención en peores condiciones para la paciente. En conclusion, el tratamiento quirurgico agresivo y precoz constituye el mejor método para manejar el absceso anexial ya que a pesar de un tratamiento médico intenso, las exacerbaciones son frecuentes, el embarazo extremadamente raro y una gran parte de ellas requiere cirugía posteriormente ( 27 ).

Embarazo ectópico. Como la consecuencia inmediata de esta entidad es la hemorragia, que puede ser de magnitud importante con repercusión severa en el estado general, en ocasiones puede provocar la muerte. En estos casos, la conducta inicial es la atención al estado general corrigiendo la hipovolemia mediante la administración de líquidos intravenosos y practicamente en forma simultanea el abordaje quirúrgico. En la mayoría de los casos se efectua salpingectomía y de ser posible se debe conservar el ovario. Cuando se trata de un embarazo ectópico no roto se podría utilizar cirugía conservadora (salpingostomía) sobre todo en la mujer que no tiene hijos ( 21 ), aunque otros refieren que la conservación de ésta o de fragmentos no mejoran la posibilidad de fertilidad en casos en que la otra trompa está ausente o enferma ( 29 ).

Lesiones ováricas. Cuando la hemorragia por ruptura de un quiste de ovario es la causa de abdomen agudo con manifestaciones de choque, generalmente se controla con la aplicación simple de puntos en el área de hemorragia, pero también puede requerir ooforectomía.

En el caso de torsión de un tumor de ovario gene-

-ralmente queda implicada la trompa y se debe efectuar --salpingooforectomía. En casos de quistes pequeños se debe intentar la extirpación simple del quiste.

En caso de sospechar cancer ovárico por el aspecto macroscópico del tumor se evaluará el problema antes de decidir una cirugía más amplia.

Los problemas uterinos se resuelven en general mediante hemostasia, como en caso de una perforación por le grado o bien histerectomía en caso de miomas degenerados.

En casos de malformaciones uterinas con hematometra se efectúa el drenaje de éste y los procedimientos --plásticos de éste órgano se efectuarán de acuerdo al tipo de malformación.

**OBJETIVOS**

- 1 Conocer la certeza diagnóstica en el preoperatorio,
- 2 Conocer la fidelidad de los métodos diagnosticos utilizados.
- 3 Señalar la frecuencia de los padecimientos que ocasionan esta intervención en ginecología.
- 4 Valorar el tratamiento en función del tiempo y del padecimiento.
- 5 Conocer las complicaciones de esta intervención en ginecología.



## MATERIAL Y METODOS.

De la libreta de control de trabajo del área toquirúrgica del C. H. 20 de Noviembre se buscaron los nombres de las pacientes que fueron sometidas a laparotomía en el período comprendido del 1° de Julio de 1982 al 31 de Diciembre de 1983.

De 165 pacientes se localizaron solamente 115 expedientes y de éstos se eliminaron 35 por no cumplir los criterios de inclusión (pacientes internadas por urgencias de ginecología obstetricia en quienes no se había efectuado operación pélvica reciente o complicación de la misma, que posteriormente fueron sometidas a laparotomía por personal de ésta división ). Los restantes 80 expedientes se incluyen en este estudio y se les extrajo la siguiente información: nombre, número de expediente, edad, cirugía pélvica previa, hipertensión, diabetes, menarca, ritmo menstrual, eumenorrea o dismenorrea, control de la fertilidad, gesta, para, abortos, fecha de última menstruación, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica y fecha del último evento obstétrico. En el padecimiento actual se investigó el tiempo de inicio y de evolución del dolor, sus características, localización, irradiaciones, síntomas acompañantes (hemorragia genital, náusea, vómito, lipotimia, pesantes o inflamación abdominal y fiebre en días previos).

Al examen físico: presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura. A la exploración del abdomen se valoró dolor a la palpación, rebote, masa y peristaltismo. Al examen ginecológico se valoró: leucorrea, crecimiento uterino, masa anexial y consistencia de esta, fondos de saco vaginales, dolor y datos de gestación en útero y mamas. Fueron valorados los análisis de laboratorio

y gabinete, así como los procedimientos efectuados. Se revisaron los diagnósticos inicial, preoperatorio y final. Se valoró el tiempo comprendido entre el ingreso y la intervención, se analizan las complicaciones y se valora el tiempo de hospitalización.

De los datos señalados anteriormente en los que no se observó significancia no serán analizado en nuestro estudio.

## RESULTADOS:

Los 80 casos se dividieron por diagnóstico final encontrándose 43 casos de embarazo ectópico, 19 de lesiones ovaricas, 9 de infección pélvica, 4 diversos ( se incluyen 1 hematometra por tabique vaginal transverso, 1 utero bicorne bicollis, 1 enfermedad del trofoblasto y 1 caso de apendicitis aguda ), finalmente 5 pacientes con genitales internos normales.

A continuación revisaremos los datos en los siguientes cuadros:

Edad ( cuadro 1 ),

	Promedio años
Embarazo ectópico (Ee)	28.3
Lesiones ovaricas (Lo)	23.7
Infección pelvica (Ip)	29.6
Diversos (D )	33.7
Normales (N )	31.

Cirugía previa ( cuadro 2 )

Tipo	Ee	Lo	Ip	D	N
cesarea	7	3	1	1	0
Salpingoclasia	2	2	0	0	1
Plastfa tubaria	0	1	0	0	0
Embarazo ectópico	2	0	0	0	0
Ovárica	0	3	0	0	1
Histerectomfa	0	1	0	0	0
Total	11	10	1	1	2

## Control de la fertilidad ( cuadro 3 )

Tipo	Ee	Lo	Ip	D	N
Definitivo	2	3	0	0	1
Hormonales	13	0	0	1	1
DIU	9*	0	3**	0	1
Total	23	3	3	1	3

\* 6 pacientes tenían DIU in situ.

\*\* 1 paciente tenía DIU in situ.

## Amenorrea ( cuadro 4 ).

Tiempo	Ee	Lo	Ip	D	N
<6 sem	20	2	3	0	1
7-8 sem	11	1	0	0	3
>9 sem	6	1	0	1	0
Total	37	4	3	1	4

## Dolor abdominal al interrogatorio ( cuadro 5 )

Características		Ee	Lo	Ip	D	N
Tipo	Cólico	38	16	2	2	4
	Continuo	5	3	7	2	1
Loc.	Hipogastrio	24	12	8	3	4
	Fosa ilfaca	19	7	1	1	1
Tiempo	< 24 horas	12	4	1	0	3
	> 24 horas	31	15	8	4	2

## Síntomas acompañantes ( cuadro 6 )

	Ee	Lo	Ip	D	N
Lipotimia	10	1	0	0	1
Naúsea-vom.	12	9	2	2	0
Hem. vaginal	28*	2	3**	0	4
Distensión	16	7	6	4	1
Fiebre	2	0	6	2	0

\* 2 legrados uterinos previos.

\*\* 2 legrados uterinos previos.

## Signos vitales ( cuadro 7 )

	Ee	Lo	Ip	D	N
Normotensa	19	15	8	4	4
Hipotensa	24	4	1	0	1
Taquicardia	10	1	2	2	0
F. C, normal	33	18	7	2	5
Hipertermia	5	1	4	2	0

## Exploración abdominal ( cuadro 8 )

Hallazgos		Ee	Lo	Ip	D	N
Intensidad del dolor	Leve	2	2	0	0	2
	Moderado	34	13	7	4	3
	Severo	7	4	2	0	0
Rebote	Positivo	27	8	4	1	1
	Dudoso	6	5	2	0	1
	Negativo	10	6	3	3	3
Masa peristalsis.	Normal	28	18	6	4	5
	Disminuido	10	1	2	0	0
	Ausente	5	0	1	0	0
Masa	Si	0	4	1	2	0
	No	43	15	8	2	5

## Examen ginecológico ( cuadro 9 )

Hallazgos	Ee	Lo	Ip	D	N
Crecimiento uterino	22	3	4	2	2
Masa anexial o engrosamiento	30	12	8	0	4
Dolor anexial	43	15	9	2	4
Sacos abombados	24	3	1	0	0
Datos de gestación	30	3	3	0	2

## Biometría hemática ( cuadro 10 )

Hallazgos	Ee	Lo	Ip	D	N
Hemoglobina					
<11 g.	13	2	2	1	2
≥11 g.	26	12	7	3	3
Leucocitosis	4	0	7	1	1
Neutrofilia	2	0	4	1	1
Bandemia	0	0	4	0	1

## Ultrasonido pélvico ( cuadro 11 )

	Ee	Lo	Ip	D	N
Diagnóstico certero	13	5	2	4	0
Aproximado	8	1	2	0	0
Equivocado	3	2	1	0	2
Realizados	24	8	5	4	2

## Diagnóstico de embarazo ectópico ( cuadro 12 )

	Inicial	Preoperatorio	Postoperatorio
Certero	37	41	41
Diferencial o equivocado	27	5	2*

\* Se demostró por histopatología que se trataban de embarazos ováricos.



## Diagnóstico de lesiones ováricas (cuadro 13)

	Inicial	Preoperatorio	Postoperatorio
Certero	15	14	17
Diferencial o equivocado	15	10	2*

\* Se penso de embarazo ectópico en 1 y en el otro EIP resultaron quiste ovárico hemorrágico y endometriosis pélvica respectivamente.

## Diagnóstico de infección pélvica ( cuadro 14 )

	Inicial	Preoperatorio	Postoperatorio
Certero	8	6	7
Diferencial o equivocado	2	4	2*

\* Ambos casos se trataron de salpingitis.

## Diagnóstico de diversos ( cuadro 15 )

	Inicial	Preoperatorio	Postoperatorio
Certero	2*	2*	4
Diferencial o equivocado	3	2	0

\* Los casos de malformaciones

## Perfodo entre ingreso y operación ( cuadro 16 )

Tiempo	Ee	Lo	Ip	D	N
< 1 hora	10	0	0	0	0
1-6 horas	10	13	2	0	0
6-12 horas	8	1	0	0	4
12-24 horas	10	2	4	0	1
> 24 horas	5	3	3	4	0

## Complicaciones ( cuadro 17 )

<u>Padecimiento</u>	<u>Transfusiones</u>	<u>Fiebre</u>	<u>Urosepsis</u>	<u>Quirurgica</u>
E. ectópico	25	0	3	1*
L. ovárica	5	0	0	3**
I. pélvica	3	2°	0	0
Diversos	3	0	0	1***
Normales	2	0	0	0

° 1 fiebre persistente y 1 ovaritis residual.

\* Reoperación por cuerpo extraño en abdomen.

\*\* 1 caso con hematoma de pared, 1 aborto y 1 suboclusión intestinal y muerte posteriormente por causa no directa de la intervención.

\*\*\* Laceración del sigmoides.

Tiempo promedio de estancia hospitalaria( cuadro 18 )

Embarazo ectópico	5.74 días.
Lesiones ováricas	6.73 días.
Infección pélvica	8.55 días.
Diversos	7.75 días.
Normales	6.4 días.

## ANÁLISIS Y COMENTARIOS:

Edad ( cuadro 1 ). Los diferentes padecimientos estudiados tiene como característica que en su mayoría se presentó en la edad reproductiva de la mujer, como lo son la tercera y cuarta década de vida.

Embarazo ectópico ( 43 pacientes );

Dentro de los antecedentes de cirugía pélvica previa ( cuadro 2 ) encontramos que 7 de éstas tenían cesárea y 2 embarazo ectópico, que apoya a lo señalado en la literatura (12) en cuanto a favorecer las adherencias,

El control de la fertilidad ( cuadro 3 ) observamos que 13 usaban métodos hormonales, se reporta en la literatura que los progestágenos y sobre todo los de microdosis al no impedir la ovulación y por su efecto sobre la motilidad tubaria favorecen este padecimiento; 2 pacientes utilizaban éstos últimos ( 12 ). 6 tenían DIU in situ lo cual se explica que el DIU favorece la presencia de EIP y al evitar el embarazo intrauterino favorece esta situación ( 12 ). 2 tenían salpingoclasia, como se sabe las recanalizaciones espontáneas de la luz tubaria impide el transporte normal del huevo. (12).

Amenorrea ( cuadro 4 ), se presenta en forma secundaria al existir embarazo, 37 presentaron este síntoma que es un dato muy importante para el diagnóstico de este problema.

El dolor abdominal ( cuadro 5 ) fue de tipo cólico en 38, con localización a hipogastrio y fosas ilíacas, el tiempo de evolución fue de más de 24 horas en 31 pacientes; el dolor cólico se explica por espasmos de la trompa para expulsar un cuerpo en su luz y la localización va a depender de la irritación del peritoneo parietal.

El síntoma acompañante más frecuente (cuadro 6) -- fue la hemorragia genital encontrada en 28, la cual se produce por la alteración en la producción de hormonas - por el trofoblasto implantado en un área inadecuada y por laceración de vasos sanguíneos. 16 presentaron distensión abdominal, secundaria a hemoperitoneo y la consecuente -- irritación peritoneal, 10 presentaron lipotimia, la presencia de este síntoma va a depender de la magnitud de la hemorragia intraabdominal, estado hematológico previo al accidente hemorrágico y a las condiciones típicas de la paciente. 12 presentaron náusea o vómito la que se explica por la gestación misma o bien por la irritación peritoneal

Signos vitales ( cuadro 7 ). Se observó hipotensión en 24 pacientes como manifestación directa de la pérdida hemática; taquicardia en 10 como respuesta compensatoria para mantener el gasto cardíaco. Se encontró hipertermia en 5 como respuesta a la liberación de pirógenos producida por la hemolisis peritoneal.

Exploración abdominal ( cuadro 8 ). La intensidad del dolor se encontró moderado en 34, severo en 7, el rebote fue positivo en 27 pacientes y dudoso en 6, solo en 15 se encontró disminuida la peristalsis; todos estos signos son secundarios a irritación peritoneal. Dado la localización intrapélvica de la lesión y las pequeñas dimensiones de ésta no se palpó masa abdominal en ningún caso.

Exploración ginecológica ( cuadro 9 ). Todas las pacientes presentaron dolor anexial; se encontró masa en 30 lo cual pudo haber influido por su localización, el tamaño o a la intensidad del dolor durante el examen; 24 tenían los fondos de saco abombados, que es producido por sangre libre en la cavidad pélvica. En 30 se encontraron datos de gestación y crecimiento uterino se mencionó en 22, éstos -

se producen por la actividad hormonal aumentada.

Biometría hemática ( cuadro 10 ). 13 tenían la he moglobina por debajo de 11 g., lo cual es una manifestación de la hemorragia que presentaban. No se encontraron alteraciones en la fórmula blanca ni en el diferencial.

Ultrasonido pélvico ( cuadro 11 ). Se realizó en 24 y en 3 de éstos se reportaron erróneamente, sabemos que para este diagnóstico se requiere la presencia en este estudio de masa anexial, crecimiento uterino y endometrial y hemoperitoneo ( 21 ). Fue certero en 13 ( 54% ).

No se efectuó ningún procedimiento para el diagnóstico en este grupo de pacientes.

Diagnóstico ( cuadro 12 ). El diagnóstico inicial fue certero en 37, en el preoperatorio certero en 41 al igual que en el postoperatorio, los 2 restantes se sospechó de lesiones ováricas, las cuales mediante el estudio de patología se demostró gestación. Lo anterior muestra que los criterios diagnósticos utilizados en nuestro servicio son adecuados, para este padecimiento.

Período comprendido entre ingreso y operación ( cuadro 16 ) 47% fueron operadas antes de 6 horas y 88% antes de 24 horas, lo que indica que el manejo es muy oportuno y que el 12% restante eran casos atípicos.

Para la resolución de este padecimiento las técnicas utilizadas en orden de frecuencia fueron: salpingectomía, salpingooforectomía, histerectomía y resección en cuña de ovario. La técnica quirúrgica empleada estuvo relacionada a la localización del embarazo y a las dificultades técnicas.

Complicaciones del tratamiento ( cuadro 17 ). Se requirieron transfusiones en 25 pacientes, en 3 se encontró urosepsis probablemente secundaria a sondeo vesical y 1 fue reoperada por cuerpo extraño en abdomen.

El promedio de estancia fue de 5.7 días.

Lesiones ováricas ( 19 pacientes ):

Cirugía pélvica previa ( cuadro 2 ). 10 pacientes tenían este antecedente, como se ha reportado que cualquier factor que altere la circulación ovárica favorece la aparición de procesos funcionales o quísticos.

No se observaron alteraciones con respecto al uso de control de la fertilidad con métodos temporales,

Amenorrea ( cuadro 4 ). 4 pacientes presentaron este síntoma, como sabemos las lesiones ováricas funcionales se manifiestan en el endometrio ( 23 ),

El dolor abdominal ( cuadro 5 ), El más frecuente fue el de tipo cólico en hipogastrio, con un tiempo de evolución de más 24 horas. Mientras que la circulación de la lesión ovarica no se vea comprometida va a tener la característica de ser cólico y al comprometerse completamente el dolor se manifiesta en forma continua, la localización va depender del nervio somático y del compromiso del peritoneo parietal, la cronicidad de este dolor puede deberse a torsiones parciales que ceden con cambio de posición.

Síntomas acompañantes ( cuadro 6 ), 9 presentaron náusea o vómito y 7 distensión abdominal, los primeros secundarios a reflejo vagal y los segundos a irritación peritoneal.

Se observó hipotensión ( cuadro 7 ) en 4 pacientes y taquicardia en 1, la cual se explica en 2 de ellas porque tenían folículos ováricos hemorrágicos y en las otras probablemente como reflejos vagales producidos por el dolor.

Exploración abdominal ( cuadro 8 ). La intensidad del dolor fue moderada en la mayoría de los casos, el rebote positivo o dudoso en 13; no se observaron alteraciones importantes en el peritálismo; en 4 se palpó masa -

abdominal. El dolor y el rebote se producen por la irritación del peritoneo parietal continuo a la zona isquémica de tumoración ovárica y la presencia de masa palpable va a depender del tamaño del tumor y de las características de la pared abdominal de la paciente.

Examen ginecológico ( cuadro 9 ), 15 tenían dolor anexial y masa anexial en 12, el crecimiento uterino y los datos de gestación son secundarios al funcionamiento hormonal de la lesión y los sacos abombados por la presencia de líquido libre que bien puede ser sangre, exudado o bien el propio tumor, que se encontró en 3 pacientes,

Biometria hemática (cuadro 10). 2 pacientes tenían la hemoglobina por debajo de 11 g, que correspondió a las que tenían quistes hemorrágicos. No se apreciaron alteraciones en la fórmula blanca ni en el diferencial.

Ultrasonido pélvico ( cuadro 11 ). De los 8 realizados, 2 tenían el diagnóstico equivocado que fueron los correspondientes a los quistes hemorrágicos que dieron imagen de hemoperitoneo.

Diagnóstico ( cuadro 13 ). El inicial fue correcto en 15, el preoperatorio en 14 y 17 en el postoperatorio, los 2 errados en el postoperatorio correspondieron en 1 caso a sospecha de embarazo ovárico y en el otro a EIP que por patología resulto endometriosis.

Período comprendido entre ingreso e intervención. En 16 fue dentro de las 24 horas y las 3 restantes posteriormente, debido a las características clínicas de los casos.

Se realizaron 16 salpingooforectomías, 2 histerectomías y 1 extirpación de quiste del paraovario. No se comentaron los hallazgos transoperatorios, pero 2 pacientes no presentaban alteraciones de importancia, uno de éstos fue un quiste folicular de 4 cm y el otro cuerpo luteo de embarazo de 5 cm de diametro.



Complicaciones ( cuadro 17 ). 5 requirieron transfusiones. 3 tuvieron complicaciones quirúrgicas una de éstas hematoma de pared abdominal, un aborto por la extirpación del cuerpo luteo del embarazo y la otra presentó suboclusión intestinal y posteriormente muerte ignorándose la causa de ésta.

La estancia hospitalaria promedio fue de 6 a 7 días,

Infección pélvica ( 9 pacientes ):

No se encontraron datos de importancia con respecto a la cirugía abdominopélvica previa.

Control de la fertilidad ( cuadro 3 ), 3 pacientes eran portadoras del DIU y como sabemos el DIU al romper las barreras anatómicas contra la infección favorece la aparición de EIP ( 9-10-14-15 )..

Amenorrea ( cuadro 4 ). 3 pacientes tuvieron amenorrea de 6 semanas, secundaria a que la congestión pélvica ocasiona cambios en el funcionamiento ovárico que se puede asociar con alteraciones menstruales ( 9-10 ).

Dolor abdominal ( cuadro 5 ), 7 de éstas lo tenían continuo, localizado en hipogastrio y con un tiempo de aparición de mas de 24 horas en todos los casos. Las características del dolor se debe principalmente a la inflamación peritoneal que se manifiesta en forma continua y la duración mayor de 24 horas por lo insidioso del inicio.

Síntomas acompañantes ( cuadro 6 ), 5 manifestaron fiebre en días previos, 6 distensión abdominal, 2 con náusea o vómito; todos éstos se presentaron por irritación del peritoneo, De 3 pacientes que refirieron hemorragia genital 2 de ellas habían sido sometidas a legrado uterino obstetrico, que fue el origen de esta infección.

Signos vitales ( cuadro 7 ). 1 tuvo hipotensión, 2 taquicardia y 4 hipertermia, la hipertermia así como la taquicardia fueron secundarias a liberación de pirógenos del sitio de infección.

Exploración abdominal ( cuadro 8 ). Todas tuvieron dolor moderado a severo, el rebote fue positivo o dudoso en 6 y el peristaltismo se encontró disminuido o ausente en 3 casos; todo esto producido por la pelviperitonitis que ocasiona el proceso infeccioso. En 1 se encontró masa abdominopélvica que se trataba de una absceso de 12 cm de diametro.

Examen ginecológico ( cuadro 9 ). Todas presentaron dolor anexial y masa anexial en 8, 4 con crecimiento uterino por la congestión pélvica y 3 con datos de gestación que puede ser explicado en 2 por la gestación previa y en la restante por congestión pélvica por la infección.

Biometria hemática ( cuadro 10 ). 2 pacientes tenían cifras menores a 11 g. de hemoglobina, 7 presentaban leucocitosis ( en promedio de 18,600 ), 4 con neutrofilia y bandemia. Los cuales son debidos a la reacción leucocitaria como mecanismo de defensa contra un proceso infeccioso.

Ultrasonido pélvico. Se realizó en 5 pacientes -- con falla en el diagnóstico en 1 de éstos.

Se efectuó laparoscopia en 1 caso y el diagnóstico fue equivocado.

El diagnóstico inicial fue certero en 8 pacientes -- en el preoperatorio en 6 y el postoperatorio de 7, debido a que la salpingitis no es de resolución quirurgica los diagnósticos preoperatorios estuvieron orientados a otras entidades.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Periodo entre ingreso e intervención (cuadro 16).  
6 paciente fueron operadas dentro de las primeras 24 horas, no fue en forma inmediata dado que en estos casos - como se reporta en la literatura primero deben ser manejados para mejorar las condiciones generales y posteriormente un manejo agresivo y precoz ( 17 ).

En 4 pacientes se efectuó histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, 3 con lavado de cavidad abdominal y 2 con salpingectomía.

Complicaciones( cuadro 17 ). 3 requirieron transsiones y 2 tuvieron fiebre como manifestacion de mal control de la infeccion ( una manejada en forma agresiva la otra con tratamiento conservador ).

La estancia fue en promedio de 8.5 dias.

Diversos ( 4 pacientes ):

Por ser los padecimiento diferentes y solo 4, se analizarán los problemas que se encontraron en ellos ( 1 caso de hematometra por tabique vaginal transverso, 1 caso en una paciente puber con utero bicornu bicollis con un cuello no comunicante a vagina, 1 con coriocarcinoma y la última con apendicitis aguda).

La resolución quirúrgica fue como sigue; la de hematometra por tabique vaginal mediante histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, por la edad de la paciente; la puber mediante drenaje de la hematometra y sección de saco vaginal; la del coriocarcinoma mediante histerotomía y legrado por vía retrograda con toma de biopsia transoperatoria, actualmente controlada con quimioterapia; la de apendicitis mediante apendicectomía.

**Normales ( 5 pacientes ):**

Se incluyeron en este grupo aquellas pacientes -- que durante la laparotomía no se encontraron datos pélvicos anormales como causa de abdomen agudo ginecológico.

Cirugía previa ( cuadro 2 ). 2 tenían éste antecedente sobre los anexos. 3 usaban algún método para el control de la fertilidad.

Amenorrea ( cuadro 4 ). 4 presentaron este síntoma, que sin duda intervino para la sospecha de gestación ectópica, aunque también toda mujer en alguna época de la vida presenta alteraciones menstruales.

Dolor abdominal ( cuadro 5 ). 4 acusaron cólico localizado a hipogastrio, en 3 de ellas con evolución de menos de 24 horas, a diferencia de los otros padecimientos estas pacientes refirieron un tiempo más breve y en un momento determinado el dolor cólico pudo haber sido producido por alguna viscera.

Síntomas acompañantes ( cuadro 6 ). 4 refirieron hemorragia genital anormal, dato que evidentemente con los datos expuestos anteriormente pudo haber orientado al clínico en pensar en un embarazo ectópico, la lipotimia referida por una paciente fue secundaria a la anemia que padecía. Es importante que una paciente refirió disgusto familiar e inmediatamente apareció el cuadro doloroso " dolor psicósomático " ( 5 ).

Signos vitales ( cuadro 7 ). 1 presentó hipotensión ignorándose la causa de ésta, los demás signos se encontraron normales en todas las pacientes.

Exploración abdominal ( cuadro 8 ). El dolor fue referido de leve a moderado en todas las pacientes, el rebote fue positivo a dudoso en 2 de ellas, la peristalsis fue normal y no se encontraron masas abdominales en todas las pacientes.

Examen ginecológico ( cuadro 9 ). Se encontró masa y dolor anexial en 4 pacientes, crecimiento uterino y datos de gestación en solo 2, la masa pélvica se explica en 1 caso dado que tenía cirugía anterior con las probables adherencias y el crecimiento uterino a hipertrofia de este órgano. Se ha observado que se presenta congestión pélvica en respuesta a una reacción psicósomática en pacientes que refiere dolor de origen ginecológico ( 5 ).

Biometría hemática ( cuadro 10 ). 2 pacientes tenían hemoglobina menor de 11 g. , una de ellas secundaria a aborto incompleto y la otra por mala absorción por falta de factor intrínseco dado que tenía gastrectomía subtotal, en ésta última se encontró leucocitosis, neutrofilia y bandemia, la cual no podemos explicar.

Se efectuó ultrasonido pélvico en 2 pacientes, en ambos casos el diagnóstico fue equivocado, sugiriendo embarazo ectópico, lo que aunado a otras manifestaciones clínicas pudo haber influido en la decisión de la intervención.

Diagnóstico. El inicial en 1 caso fue acertado y como es de esperar todos los preoperatorios fueron equivocados, los datos referidos por las pacientes, los antecedentes y lo hallado en la exploración física orientaron al cirujano hacia un problema de tipo quirúrgico.

Todas fueron intervenidas en menos de 24 horas, en 4 se efectuó laparotomía y cierre y en una se liberaron adherencias a la pared anterior.

2 pacientes fueron transfundidas para tratamiento de la anemia y el promedio de estancia fue de 6 a 7 días. Ninguna se complicó.

**CONCLUSIONES:**

La frecuencia de padecimientos que ameritaron laparotomía de urgencia en nuestro medio fueron en orden decreciente: embarazo ectópico 54%, lesiones ováricas 24%, infección pélvica 11.25%, malformaciones genitales 2.5% y enfermedad invasora del trofoblasto 1.25%.

En las pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico encontramos los siguientes datos de importancia: factores de riesgo como son la cirugía pélvica previa y algunos métodos anticonceptivos, amenorrea, datos de abdomen agudo, hipotensión arterial, taquicardia, masa anexial, signos de embarazo y anemia. El ultrasonido pélvico fue utilizado en la mitad de los casos con una certeza diagnóstica del 54% más los diagnósticos aproximados nos indican una confiabilidad de 87%. La certeza diagnóstica en el preoperatorio fue adecuado, el tratamiento oportuno y las complicaciones bajas. El tiempo de estancia hospitalaria fue de 5 a 6 días, considerado adecuado.

En las pacientes con diagnóstico confirmado de lesiones ováricas encontramos los siguientes datos: la cirugía pélvica previa como factor de riesgo, alteraciones menstruales, datos de abdomen agudo, masa pélvica, el ultrasonido dió una confiabilidad del 75% a pesar de los que se manifestaron como cuadros hemorrágicos. La certeza diagnóstica en el preoperatorio, fue adecuado y el tratamiento fue oportuno. La mortalidad se presentó en un caso y no estuvo relacionada con la cirugía y la morbilidad baja del tipo de complicación quirúrgica. La estancia hospitalaria fue adecuada.

En las pacientes con diagnóstico confirmado de infección pélvica encontramos los siguientes datos: factores de riesgo tales como el DIU como control de la fertilidad, la instrumentación intrauterina, cuadro de abdomen agudo, hipertermia, masa o engrosamiento anexial, leucocitosis y bacteriemia. El diagnóstico preoperatorio fue adecuado en dos tercios de las pacientes y fueron intervenidas en un tiempo adecuado. La morbilidad fue de tipo infeccioso por el padecimiento de fondo. La estancia promedio fue adecuada.

La operación realizada en el total de los casos dependió de los hallazgos, criterio del cirujano, dificultades técnicas y antecedentes y condiciones de las pacientes.

Fueron intervenidas 5 pacientes en las que se halló que se encontraban normales y evidentemente no debían ser operadas, sin embargo se encontraron datos que orientaban hacia un proceso que ameritaba manejo quirúrgico como son: amenorrea, dolor abdominal, masa anexial y anemia. No se presentaron complicaciones y la estancia fue adecuada.

Con el análisis de los casos y valorando en forma retrospectiva, no se debieron haber operado 9 pacientes ( 11,25% ) que son: las 5 normales, 2 con alteraciones ováricas fisiológicas y 2 con salpingitis. Lo cual se podría disminuir si el ultrasonido y la laparoscopia como métodos diagnósticos se usaran en toda su capacidad.

Finalmente puedo concluir que el manejo en nuestro servicio de las pacientes que cursan con cuadro de abdomen agudo es adecuado, el diagnóstico preoperatorio correcto en la mayoría de los casos y el tratamiento oportuno.

- 1.- Atello C. Vicenzo Dr. , Bravo Ll. José Dr. Síndrome abdominal agudo, Edit. A.M.G.O. Cirugía general para el - ginecoobstetra, Junio de 1982
- 2.- Barlow Barbara MD. et al. Hidatid torsión cyst. Am. J.- Dis. child vol. 132 año 1978 pags. 1216-1217
- 3.- Benson Ralph Dolor intermenstrual ciclico, Edit Manual Moderno Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos -- 1982 pag 112.
- 4.- Bernal B. Sergio Dr. y cols. Tabique vaginal transverso informe de tres casos. Edit A.M.G.O. vol. 50 No 308 --- 1982 pags 333- 336.
- 5.- Beard R.W. et al. Pelvic pain in women. Am. J. Obst and gynecology jul. 1977 vol. 128 No 6 pags 566-570
- 6.- Bravo Sandoval Jorge Dr. Sepsis en ginecología y obstetricia Edit A.M.G.O. Mayo de 1984 pags. 243-252.
- 7.- Dewhurst Jhon Sir Obstrucción de vias genitales. Clin. Ped de N.A. Edit Interamericana vol. 2 1981 pags 234 .
- 8.- Escalante U Manuel. Metroplastias Edit A.M.G.O. Bases y práctica de la cirugía ginecológica Enero de 1984.
- 9.- Eschembach David MD. et al. Acute pelvic inflammatory-disease: current concepts of pathogenesis. Clin Obst - ginecol vol. 18 pags 135-152 año 1975.
- 10.- Eschembach David. MD. Acute pelvic inflammatory disease- etiology, risk and pathogenesis vol. 19 143-165 1976.
- 11.- Fleischer A.C. et al. Differential diagnosis of pelvic masses by gray scale sonography. Am J. Roentgenol Vol. 131 , pag 469 año 1978.
- 12.-Franklin III Ernest, Zeiderman A. Tubal ectopic pregnancy. Etiology and obstetric and ginecologic sequelae Am. J. obst and ginecol vol 117 No.2 pags 220-5 1973



- 13.- Ginsburg David MD. et al. Tuboovarian abscess. A retrospective review. Am J. Obst and gynecology vol. -. 138 No 7 part 2 pags 1055-1058, año 1980.
- 14.- Golde Steven H. et al. Unilateral tuboovarian abscess A distinct entity. Am. J. Obst. and gynecol. april 15 pags 807-810 año 1977.
- 15.- Hobbins J, C. MD. et al. 'Ultrasound in the diagnosis of congenital anomalies' Am. J. Obstet and Gynecol vol. 134 pags 331 año 1979.
- 16.- Hanid M.A. and Levi A.J. Causas médicas de dolor de la parte baja del abdomen. Ginecología y obstetricia-temas actuales. Edit. Interamericana vol.1 pags 17-29 año 1981.
- 17.- Kaplan Alan MD. et al. Aggressive management of pelvic abscess. Am. J. Obst an gynecol vol 98, No 4 pags --- 482-487 , año 1967.
- 18.- Levinson J.M. MD. The role of laparoscopy in the intrabdominal diagnosis Del. Med J. vol 50:5:1978
- 19.- Lyons P.F., Lewis J.D. Punto de vista quirurgico. Ginecología y obstetricia, temas actuales Edit. interamericana vol. 1 pags 9-27 , año 1981.
- 20.- López G.R., Vera H.A. La ultrasonografía en el diagnóstico ginecológico. Edit A.M.G.O. marzo de 1982 --- pags 343-357.
- 21.- Llaca Rodriguez Victoriano. Embarazo ectópico. Edit.- A.M.G.O. pags 69-83, Mayo de 1984.
- 22.- Mattingly R.F. Tumores anexiales. Ginecología operativa, Edit Ateneo 5a edición pags 700-703, 1980.
- 23.- Mcfaydyen Ian MD. Dolor ginecológico de la parte baja del abdomen. Ginecología y obstetricia, temas actuales vol 1 pags 35 ss , año 1981.
- 24.- Mickal Abe et al. Ruptured tuboovarian abscess. Am. J. Obstet and gynecol vol. 100 No. 3 pags 432-35, 1968

- 25.- Mickal Abe and Sellman Adolph. Tratamiento del absceso tuboovárico. Clin. Obstet and gynecol March 1969 pags 252-264.
- 26.- Rivlin Michel MD. Clinical autcome following vaginal - drainage of pelvic abscess. Am. J. Obst. and gynecol - vol. 61 No. 2 pags 169-173, february 1983.
- 27.- Santos G. Javier y cols. Consideraciones clinicopatológicas del absceso anexial. Edit A.M.G.O. vol 27 No. - 163 pags 613-618, año 1970.
- 28.- Taylor Stewart E. MD. et al. The intrauterine device- and tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. and gynecol. - vol. 123 No.4 pags 338-345. 1975.
- 29.- Villalobos Roman Manuel. Abdomen agudo en ginecologfa- Edit A.M.G.O. pags 54-86, Mayo de 1984.
- 30.- Vincent Capraro. Anomalias congenitas. Clinicas obst.- y ginecologicas, Edit Interamericana pags 988-1012, -- Diciembre 1974.
- 31.- Wheelles Jr. Cliford. Laparoscopfa. Clinicas obstet y ginecológicas. Edit interamericana pags 277-297, 1976
- 32.- Whelton James A. Tumores ginecológicos en la adolescencia. Clinicas obstet y ginecológicas. Edit interamericana, pags 788-797, sept 1966.