



11209
2 ej 41

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores
Facultad de Medicina

HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE

**" MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL ABDOMEN
AGUDO "**

Hospital Tacuba ISSSTE

Presentación de 60 Casos

T E S I S

Que para obtener el título en la especialidad de:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. RAUL GUZMAN MEDINA



México, D. F.

Enero 1987



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.

INDICE	PAG.
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	2
ASPECTOS HISTORICOS	4
ASPECTOS CLINICOS	10
MATERIAL Y METODOS	25
RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFIA	47

ABDOMEN AGUDO

Introducción.

El Abdomen Agudo sigue siendo un problema Médico Quirúrgico cuya incógnita a aclarar es cuál es el órgano o cuales son los órganos enfermos y si amerita o no intervención quirúrgica y si ésta debe ser realizada de urgencia.

Son tantos los órganos de la cavidad peritoneal y los elementos vecinos (tórax y retroperitoneo) que pueden ocasionar o semejar Abdomen Agudo, que se le ha denominado con atinencia Síndrome Doloroso Abdominal Agudo, ya que si bien cada órgano tiene más o menos su "lenguaje" propio de protesta, en ocasiones el cuadro clínico es tal, que resulta difícil al clínico más experimentado conocer el origen y sitio de la enfermedad. Afortunadamente en otros casos el daño es tan evidente que facilita el diagnóstico, abrevia el periodo de inicio del tratamiento y mejora el pronóstico del paciente.

Intentar revisar integralmente el tema de Abdomen Agudo, además de que no es el propósito en este trabajo, sería extenso por demás; no creo tener la autoridad suficiente para hacerlo y por otro lado, hay volúmenes completos al respecto. Sin embargo, es elemental que todo clínico, sobre todo si es Cirujano, conozca las manifestaciones clínicas del Abdomen Agudo de una manera concienzuda, cuales son las alteraciones de laboratorio y de gabinete con las que actualmente contamos, para lo cual, es necesario saber la fisiopatología de los órganos de la cavidad peritoneal y la repercusión en ellos de patologías vecinas y sistémicas.

JUSTIFICACION

Para dar a entender mejor la razón que me movió a escoger éste tema transcribiré un fragmento que el Dr. Harold Ellis describe en el capítulo de Peritonitis Secundaria en el libro de Operaciones Abdominales del Dr. Maingot:

"Hace 20 años la apendicitis aguda aparecía como la causa más común de peritonitis aguda en la mayoría de casuísticas publicadas. Las estadísticas típicas sobre incidencia señalan a la apendicitis como responsable del 50% de los casos. Esta es seguida por la úlcera péptica perforada con el 25%, por las peritonitis posoperatorias con el 10% y las ginecológicas en el 5%. No existen dudas de que en los últimos años se han observado cambios muy notables en éstas estadísticas. La úlcera péptica perforada es una causa menos frecuente, la apendicitis a menudo es tratada antes de que se produzca la gangrena y la perforación del apéndice, y en la mayoría de los centros quirúrgicos se comprueba que las causas posquirúrgicas están constituyendo una proporción más inquietante del total de casos de peritonitis. Bohnen y cols. (1983), recientemente han publicado importantes estadísticas del Royal Victoria Hospital, de Montreal, que reflejan éstos cambios. Documentaron 176 casos de peritonitis consecutivos de peritonitis ocurridos en 1978, 1979 y 1980 en la población adulta de edad comprendida entre 17 y 91 años. La lista es encabezada por 60 casos posquirúrgicos, representado el 34%. El siguiente grupo en número es el de úlcera duodenal perforada (40 casos), seguido por el a-

pendicitis aguda (28 casos). Los 48 casos restantes, se debieron a perforación o inflamación de otra víscera, incluyendo 6 casos de diverticulitis del sigmoide, 6 de perforación de carcinoma colónico y 5 de infarto mesentérico".

La intención de éste trabajo va dirigido a conocer la morbilidad y la mortalidad de las causas de abdomen agudo en el Hospital General Tacuba del ISSSTE, para obtener un conocimiento de causa. Conocer en número de días camas-hospital que repercute en el aspecto socioeconómico del ISSSTE, y, prevenir si ésto es posible las causas que provocan el Síndrome Doloroso Abdominal Agudo, ayudando, quizás, a gastar un poco menos al Instituto, a evitar encamamientos prolongados y sobre todo, a abordar con un criterio estadísticamente más clínico el problema del abdomen agudo.

HISTORIA Y FISIOPATOLOGIA

Antecedentes.

Los estudios de la naturaleza del dolor abdominal datan de más de 300 años. En 1760, el fisiólogo suizo Van Haller demostró que el peritoneo visceral, al igual que el pericardio y pleura viscerales, eran insensibles a los estímulos mecánicos, como pellisco y corte. A pesar de la importancia de éstas observaciones, hubo poco cambio hasta el siguiente siglo. Con la aparición de la neuroanatomía y de la neurofisiología hacia finales del siglo XVII, el problema de los sitios de origen del dolor abdominal fué un tema de interés muy relevante. Pronto se aclaró la controversia respecto a la existencia de dolor verdadero, y el acalorado debate continuó hasta bien entrado el siglo actual. En esencia, existieron dos escuelas de pensamiento, una, a cargo de Ross como cabeza principal, sostenía que había dos tipos diferentes de dolor visceral: esplácnico, o dolor visceral verdadero, experimentado en la región del órgano estimulado, y somático, o dolor referido, experimentado en los tejidos somáticos inervados por el mismo segmento neural. La segunda escuela con Mackenzie como protagonista principal, consideraba que todo dolor visceral era de tipo referido. Según éste concepto, las vísceras abdominales carecen de fibras nerviosas. Sin embargo, existían vías aferentes capaces de transmitir impulsos no dolorosos desde un órgano visceral hasta la médula espinal, a través del sistema simpático. Estos impulsos podían producir un "foco irritable" al alcanzar la médula espinal, lo que originaba estimulación de las vías adyacentes y, en conse-

cuencia, sensación de dolor en tejidos somáticos inervados por el mismo segmento de la médula espinal. Esta opinión fué sostenida por los estudios de Lennander, quien, al igual que Von Haller, de mostró que las vísceras abdominales eran insensibles a las aplica ciones de dolor y frío, pelliscamiento, corte y quemadura con cáus ticos. Por otro lado, aparecía dolor cuando los nervios somáticos de peritoneo parietal, mesenterio y tejido conectivo subseroso eran estimulados por torsión o tracción. El debate de éstas escuelas se ha disipado con el tiempo. Muchas de las hipótesis emitidas durante éste primer periodo de estudio ya han sido descartadas. Quedan, sin embargo, muchas observaciones críticas y cuidadosas. Un ejemplo notable es la contribución de Head, quien de mane ra sistemática trazó la distribución periférica del dolor referido para cada uno de los segmentos neurales de la médula espinal. Insistió también en que la hiperalgesia era un hallazgo común en una zona de dolor referido. Para su crédito, el término "zonas de hiperalgesia de Head" sigue usándose para señalar ésta característica importante del dolor referido.

Actualmente se acepta que los tejidos viscerales tienen, de hecho, un aparato sensitivo que puede originar la sensación del dolor cuando se estimulan de manera adecuada. Aunque están menos desarrollados que el sistema somático sensitivo correspondiente con respecto al tamaño y número de fibras nerviosas, los estudios de Hertz, y más tarde Ryle, demostraron que el dolor puede ser des pertado por estiramiento y distensión de los órganos viscerales, o por su contracción, si es de naturaleza rápida y extrema. La ob

servación de René Leriche añadió más pruebas de que el dolor visceral verdadero podía ser producido por contracción vigorosa del tubo digestivo. Sin embargo, bajo ciertas condiciones incluso los estímulos mecánicos ordinarios pueden despertar dolor. Los estudios muy amplios de Wolff y Wolff demuestran de manera convincente que pelliscamiento o estimulación farádica originan dolor visceral cuando la mucosa de un órgano visceral está inflamada, congestionada o edematosa. Más aún, la isquemia debida a insuficiencia vascular puede disminuir también el umbral del dolor, de modo que los estímulos no dañinos de ordinario pueden producir sensación dolorosa. El dolor de origen intraabdominal, en consecuencia, puede originarse en peritoneo parietal, mesenterio, vasos espláncnicos y órganos viscerales bajo las circunstancias adecuadas.

Vías de conducción del dolor.

El dolor abdominal es transmitido a través de las raíces espinales T-6 a T-12 o es referido a éstos segmentos por estímulos que viajan desde los tejidos vecinos, en tórax, extremidades o pelvis. Los tejidos torácicos (algunos) están inervados por segmentos muy bajos como T-9 y puede en ocasiones ser difícil de distinguir si se trata de dolor abdominal o torácico (ej. neumonía basal).

Los impulsos sensitivos de origen somático (tegumentos y peritoneo parietal), viajan por la vía cerebroespinal hasta los ganglios de las raíces dorsales, de ahí al cuerno posterior de la médula espinal, en la sustancia gris de ésta, los impulsos son transmitidos a una segunda neurona que pasa al lado opuesto de la médu

la y llega hasta el tálamo a través del haz espinotalámico lateral. En éste los impulsos pasan a una tercera neurona, el axón de la cual termina en la corteza cerebral, en la región de la circunvolución poscentral.

Los impulsos sensitivos desde los tejidos viscerales dentro del abdomen son transportados por las fibras aferentes viscerales, que pasan por los simpáticos, hasta los ganglios de la raíz dorsal, a través de las ramas comunicantes. Desde los ganglios de las raíces dorsales, éstas fibras entran en el cuerno posterior de la médula espinal junto con las neuronas somáticas. Una vez dentro del sistema nervioso central, los impulsos sensitivos del sistema nervioso central, los impulsos sensitivos de origen visceral viajan por las mismas vías que los impulsos dolorosos que se originan de tejidos somáticos.

Tipos de dolor profundo:

Existen tres tipos de dolor profundo, a saber:

DOLOR VERDADERO.- Este tipo de dolor se percibe en el sitio de la estimulación primaria y puede o no acompañarse de dolor referido. Se elimina con infiltración procainica en el sitio de la estimulación o mediante bloqueo de sus ramas aferentes. No se altera con infiltración de procaina en otros sitios inervados por el mismo segmento neural o segmento adyacente. Suele ser un dolor sordo de tipo "dolencia", es difuso y de localización profunda, habitualmente en la parte media del abdomen. Ejemplo dolor inicial de la apendicitis aguda, de la colecistitis y de la obstrucción intestinal.

DOLOR SOMÁTICO PROFUNDO.- Se origina en el sitio de la estimulación nociva del peritoneo parietal y en la raíz del mesenterio; ya se ha mencionado antes su vía de conducción, es una forma de dolor muy intenso y localizado, a menudo se acompaña de dolor referido (apendicitis, etc).

DOLOR REFERIDO.- Recibe este nombre debido a que el dolor se experimenta en un sitio diferente al estimulado, pero en los tejidos inervados por los mismos segmentos neurales o por los segmentos neurales adyacentes. Es decir, la estimulación dolorosa de las vísceras o de los tejidos somáticos profundos origina dolor en los tejidos más superficiales (incluso piel), inervados por los mismos segmentos de la médula espinal, o bien por los segmentos vecinos. Este dolor puede ocurrir simultáneamente, además del dolor visceral o somático profundo, sólo se necesita que el estímulo sea de intensidad suficiente o que la sensación dolorosa haya sido disminuida por la enfermedad. Clásicamente este tipo de dolor es agudo y más o menos bien localizado, más comunmente hacia los lados del abdomen o del dorso. El dolor subescapular derecho de la colecistitis aguda o del hombro, en el caso de perforación de una úlcera péptica, son ejemplos claros de este tipo de dolor.

Por lo anterior, se puede comprender lo complejo que es el dolor abdominal y lo difícil que resulta en ocasiones dilucidar la causa del daño, sin embargo, una buena dosis de experiencia, el conocimiento pleno de los conceptos básicos y un estudio minucioso del enfermo, reglas de oro en todo buen clínico, nos permiten sospechar o en el mejor de los casos conocer la causa del mal y

nos coloca en la posibilidad de ofrecer el tratamiento más útil al problema en cuestión.

CUADRO CLINICO

Aspectos clínicos.

Se ha mencionado que el cuadro clínico es tan florido y aparatoso, como el número de causas que lo generan, que en ocasiones la sintomatología es tan pobre, que es difícil establecer el diagnóstico del síndrome y menos aún la etiología. Sin duda alguna, también descrito ya, el dato clave es el dolor; de tal suerte que existen autores que opinan que sin la presencia de este síntoma-signo no existe tal entidad como tal. Existen algunas variantes del dolor, tales como: sensibilidad al mismo, reacciones psíquicas y emocionales y capacidad para describir las sensaciones dolorosas; otras pueden ser la edad, educación y capacidad verbal de cada paciente. Por tal razón el clínico no ha de conformarse con descripciones vagas y para tal efecto ha de precisar los siguientes puntos: tiempo de iniciación del dolor, sitio, modalidad, características temporales, intensidad, tipo de inicio y fenómenos acompañantes.

TIEMPO DE INICIACION.- Hay una máxima que versa: "Dolor abdominal intenso y persistente por más de 6 horas debe de ser operado", por otro lado, un dolor de más de una semana de evolución orienta a pensar que no se trata de una verdadera urgencia, por lo menos quirúrgica, en la mayoría de los casos.

SITIO.- Conviene tener en mente lo enunciado en el apartado de fisiopatología; no obstante, un dolor localizado en la fosa iliaca derecha de un varón obligará siempre a descartar la posibilidad de un cuadro apendicular agudo, y, su localización en la fosa del lado izquierdo en una persona de edad avanzada, harán pen-

pensar en la posibilidad de una diverticulitis, etc.

MODALIDAD.- No es raro que hagamos un diagnóstico con adecuada interpretación de lo que nos relata el enfermo. Por ejemplo la sensación de "quemadura" o "mordedura", propia de úlcera y esofagitis. Un verdadero cólico es privativo de órgano hueco y aún en ausencia de distensión, podría orientarnos hacia la oclusión intestinal.

CARACTERÍSTICAS TEMPORALES.- Es importante determinar si el dolor es intermitente, constante, pulsátil o de otra naturaleza. La duración de la experiencia dolorosa en función de tiempo, frecuencia y periodicidad son de gran valor. El cólico biliar es frecuentemente intermitente, el dolor del carcinoma pancreático es a menudo agónico, persistente y sin cambios, en tanto que el de un aneurisma de la aorta es constantemente pulsátil. Por otro lado, el dolor de la úlcera péptica casi siempre, por lo menos en alguna de sus etapas, tiene ritmo y periodicidad en relación a alimentos y fenómenos estresantes.

INTENSIDAD.- Cuando el paciente llega a nosotros con una peritonitis generalizada el dolor es muy intenso, peor aún, en ocasiones puede no existir (en ancianos, personas estoicas, etc); sin embargo, puede obedecer a la gravedad del caso o al tipo de órgano afectado. Es sabido que un cólico ureteral o un ataque agudo de pancreatitis son altamente dolorosos.

TIPO DE INICIO.- Este apartado semiológico se refiere a la rapidez de la instalación. Un dolor de inicio lento e incidioso hace sospechar de padecimientos inflamatorios, tales como la apen-

dicitis y la colecistitis agudas; en cambio un dolor de aparición abrupta sugiere perforación de una úlcera péptica.

FENOMENOS ACOMPAÑANTES.- Estos implican al vómito, deseos de evacuar la vejiga o el recto, fiebre, etc. El vómito amargo de color biliar, sugiere colecistitis aguda, el que se expulsa en grandes cantidades y de características fecaloides hace pensar en obstrucción intestinal baja. La urgencia urinaria y el tenesmo rœurada a la urosepsia, los deseos fallidos de evacuar la afección del colon y la fiebre (con sus excepciones) a las enfermedades infecciosas.

Aparte del dolor existen otros al interrogatorio, como náuseas, vómito, fiebre, ictericia, incapacidad para evacuar el intestino y choque, que deben de tomarse en cuenta, más que al órgano dañado, orientan a la probable etiología. No considero necesario entrar en una descripción detallada.

Exploración Física

Las mismas reglas que se aplican a la exploración general se emplean en el estudio del Síndrome doloroso abdominal agudo, se recomienda un examen físico acucioso ya que en ocasiones no abundan los síntomas y serán los signos los que nos darán la pauta.

Nunca será exagerar el interés que pongamos en el habitus exterior, un paciente en actitud libre, comunicativo y sin fascies característica alguna, puede ser un simulador o hablará de la ausencia de gravedad del caso; en cambio otro con fascies hipocrática, postrado, con escasa respuesta a cualquier estímulo y con datos de choque, está anunciado un estadio terminal y desenlace a

corto tiempo. La ictericia y la fiebre puede sugerirnos un piocolecisto o un absceso hepático perforados. La hipovolemia aguda seguramente denuncia una hemorragia profusa del tubo digestivo o de algún otro lado. La exploración del abdomen requiere de especial interés, por lo que conviene recordar algunos puntos:

INSPECCION.- Es común ver que los pacientes con cuadro apendicular agudo, flexionan el miembro pélvico derecho para mitigar el dolor que le ocasiona la afección del músculo psoas. Los pacientes con pancreatitis aguda suelen adoptar la actitud en "gatillo"; los de absceso hepático descansan con el decúbito lateral izquierdo, etc. El abdomen distendido habla de que "algo lo está ocupando"; si es por líquido tal vez se trata de ascitis libre en cavidad o mejor aún de oclusión intestinal. La escasa movilización de los diafragmas traduce a menudo peritonitis generalizada, afección por absceso hepático o patología de la base del tórax. Cuando el paciente es delgado pueden verse las asas intestinales distendidas bajo la pared abdominal o bien una hernia en la cicatriz umbilical o en las regiones inguinales.

PALPACION.- Esta, más un interrogatorio completo (cuando esto es posible) son probablemente los aspectos fundamentales del diagnóstico. Se han descrito tantos signos, que en realidad, es dudoso que alguien los tenga en mente a todos ellos, algunos por que son muy inespecíficos y otros por que con certeza no son patognómicos de nada. Lo que sí denota relevancia es la contractura muscular y para averiguarla se recomiendan maniobras gentiles (de preferencia el paciente con los ojos cerrados y desviándole su

atención) intentando aclarar su existencia y su precisa localización, pues si ésta es generalizada se trata de una peritonitis di seminada o en su defecto, de un proceso bien delimitado y en el peor de los casos un absceso. El signo de Von Blomberg (rebote) indica inflamación del peritoneo parietal. Los signos del psoas, obturador y robsing aunque no patognomónicos nos hacen sospechar de proceso apendicular. La búsqueda de masas palpables o de vísceras crecidas es imprescindible, aunque hay veces es muy difícil por la presencia de un gran pánículo adiposo, falta de cooperación del paciente o por "vientre en madera". De igual manera deben buscarse intencionadamente la presencia de adenomegalias inguinales.

PERCUSION.- Su mayor bondad la obtenemos cuando existe borra miento de la matidez hepática que denota perforación de una vísc era hueca, en el timpanismo característico de la obstrucción intes tinal y en la corroboración de zonas dolorosas.

AUSCULTACION.- Prácticamente en la mayoría de casos de abdomen agudo existe ileo adinámico, expresado por falta de actividad intestinal, sin embargo, en los procesos iniciales sólo se encuen tran los ruidos peristálticos disminuidos en frecuencia e intens idad. Hay casos extremos como en la obstrucción intestinal y en la trombosis mesentérica en que en alguna etapa se encuentran ruidos intestinales muy aumentados en su lucha fallida de propulsar su contenido e incluso adquieren el histórico "timbre metálico" y hay otros, en los que se encuentra un absoluto silencio abdominal, co mo es el caso de la úlcera péptica perforada.

PUNCION DIAGNOSTICA.- Prueba sencilla y de gran utilidad, que aunque no se realiza sistemáticamente en todos los enfermos con dolor abdominal agudo, encuentra su mejor indicación cuando existe la sospecha de líquido libre en la cavidad abdominal, pudiéndose extraer sangre (en traumatismos o víscera perforada), líquido (ascitis, pancreatitis, etc) pus o bilis. Existen reportes que contraíndican la ejecución de ésta prueba por considerarla invasiva, pero en realidad los daños que ocasiona son mínimos comparados con las aportaciones que confiere. Una variante de la punción diagnóstica que es el lavado peritoneal, reservado para cuando la cantidad de sangre libre en la cavidad peritoneal es pequeña. Esta prueba cobra su mayor importancia en los hospitales traumatológicos.

TACTO RECTAL.-Una buena exploración en el paciente grave nunca debe omitir el tacto rectal; excepto en aquellos casos en que el factor tiempo sea imperativo o en los que la condición del enfermo no lo permita. La mayoría de las afecciones de la mitad superior del abdomen no aportan datos al tacto rectal, a menos que exista peritonitis generalizada o abscesos de la parte inferior; son los padecimientos pélvicos o de la parte inferior del abdomen en los que el tacto rectal arroja más luz, por ejemplo en los casos de apendicitis aguda, anexitis, embarazo ectópico, quistes torcidos de ovario, diverticulitis, etc. en los que puede no sólo existir dolor, sino palpase los fondos de saco abombados o descubrirse la presencia de un plastrón o una tumoración. Claro está que en las mujeres con vida sexual activa se prefiere el tacto vaginal.

Vale la pena mencionar que los Hospitales Traumatológicos en los que el abdomen agudo habitualmente se descubre como una manifestación más de un paciente politraumatizado y cuya causa es evidente por demás, (heridas por proyectil de arma de fuego, por arma blanca o contusiones profundas del abdomen) el método de estudio señalado cambia, en éstos casos la gravedad del paciente y el estado de choque obligan a intervenir quirúrgicamente de urgencia y el objetivo debe ser preservar la vida. Existen, sin embargo, casos en los que existe hematuria y abdomen agudo simultáneos, por ejemplo y aparece la duda si se trata de un estallamiento renal o una ruptura baja del sistema urinario como vejiga o uretra. En este caso se aconseja practicar una urograffa excretora y/o uroretrocistografía para contestar la duda, puesto que de ello dependerá la vía de abordaje que seleccionemos.

Exámenes de laboratorio

En realidad se aconseja que los estudios que se practiquen cuando se está frente a un verdadero abdomen agudo, sean los mínimos indispensables para alcanzar el diagnóstico. Sigue siendo útil la recomendación aquella de que "cuando te asista la duda, solicita exámenes de laboratorio, si persiste la duda, vuelve a solicitarlos, si ello te confunde más tira a la basura los exámenes y hazle caso a la clínica". Esto es válido porque a menudo se impone tomar la decisión de vigilar unas horas al paciente, las necesarias para percatarse de que exista o no cambios en la evolución. En la gran mayoría de casos de abdomen agudo es posible esperar algunas horas en lo que se recaban los estudios pertinentes (en

los de causa no traumática y éstos son básicamente los siguientes:

Biometría hemática, en la que debe determinarse el hematocrito y la hemoglobina en el afán de descubrir el grado de repercusión hemodinámica, aunque claro está, en las primeras horas no hay cambios sensibles; la cuenta leucocitaria que nos sigiera enfermedad infecciosa con la elevación de neutrófilos, bandas y la velocidad de eritrosedimentación acelerada. Los padecimientos de origen parasitario en general exhiben neutropenia. La Química sanguínea puede mostrar elevación de los azoados, el disparo de la urea puede indicar deshidratación, choque, etc. y de la glicemia una prob. cetoacidosis diabética. El uroanálisis, si contiene bacterias puede apoyar la posibilidad de una pielonefritis aguda, la presencia de abundantes cristales, de cálculo en el tracto urinario, etc.

La amilasa sérica, las pruebas de función hepática (bilirrubinas, fosfatasa alcalina, transaminasas, sobre todo), las reacciones febriles, en ocasiones nos ayudan a orientar nuestras ideas sobre padecimientos específicos. Estos estudios más algunos otros privativos de cada caso, generalmente son suficientes para llegar a una conclusión.

Estudios de Gabinete

En las últimas décadas ha habido un gran avance tecnológico en los estudios de gabinete, de tal suerte que se ha dividido genéricamente en invasivos y no invasivos y se ha hecho necesario el entrenamiento acucioso de especialistas en determinadas áreas. Esto implica que para el problema en cuestión es inconveniente tratar de hacer una semblanza siquiera; por otro lado, ningún es-

tudio por eficaz que parezca ha de sustituir al buen juicio clínico. No obstante, se hace indispensable en algunas circunstancias auxiliares de los estudios pertinentes, de los cuales los más comunes son los siguientes:

TELE DE TORAX.- Con incidencia posteroanterior y laterales, en donde las imágenes pueden ir desde aire libre bajo los diafragmas (debido a perforación de una viscera hueca), hernia diafragmática con contenido abdominal intratorácico, signo de Chilaiditi por interposición del colon entre el diafragma y el hígado; hasta imágenes neumónicas de las bases pulmonares que nos hayan confundido con un proceso abdominal.

PLACAS SIMPLES DEL ABDOMEN.- Son innumerables las imágenes positivas que podemos encontrar en este tipo de estudios, pero con frecuencia inespecíficos. Algunas aportaciones son: Imágenes litíásicas, ileo adinámico, hepatosplenomegalia, aire libre, imágenes en "escalera" (como acontece en la oclusión de los vasos mesentéricos) o "pila de monedas", aumento del espacio gástrico, borbombamiento de los músculos psoas, ascitis, etc. cuya asociación con los datos clínicos reforzaran nuestra impresión.

UROGRAFIA EXCRETORA.- De la cual se habló ya.

SERIE ESOFAGO GASTRO DUODENAL.- Aunque existe contraindicación formal en usar material iodado cuando se sospecha de una perforación péptica ya que se ha demostrado que produce peritonitis plástica incluso de por vida, se puede en un momento dado administrar pequeñas cantidades de material hidrosoluble, el indispensable para demostrar que existe fuga gastro-duodenal y teniendo to-

do listo para entrar a quirófano de inmediato de ser necesario.

Con el advenimiento de los métodos sofisticados como la Ultrasonografía, la Tomografía Axial computarizada, la Resonancia ultramagnética, las Técnicas de precisión como la Arteriografía selectiva, Determinaciones de presiones parciales de oxígeno con sistemas Doppler, ha habido un notable avance tanto en los pacientes estudiados de manera electiva como los estudiados de emergencia. Por ejemplo, en los grandes centros hospitalarios de los Estados Unidos de Norteamérica, bajo la sospecha de oclusión de la arteria mesentérica, se practica una arteriografía selectiva y se determinan la presión parcial de oxígeno en un tiempo verdaderamente corto y hay reportes que aseguran buenos resultados con trombectomias y evitan las grandes mutilaciones intestinales y con ellos la muerte en casos que hasta la actualidad donde no se cuenta con dichos medios es inevitable, de cualquier manera ésto debe considerarse en fase experimental hasta que haya series mayores publicadas por autores serios.

Por lo anterior, podemos entender fácilmente porqué a la peritonitis se le ha clasificado bajo los siguientes rubros:

- I.- PERITONITIS PRIMARIA
- II.- PERITONITIS SECUNDARIA:
 - a) Localizada
 - b) Generalizada
 - c) Séptica
 - d) Química
 - e) Aguda
 - f) Crónica

Cuyos apartados hablan por sí mismos. Ahora bien, todo lo mencionado hasta aquí respecto al cuadro clínico y estudios disponibles, es respecto al Síndrome como tal, pero como es sabido las causas que pueden desencadenarlo son múltiples, por lo que aunque sea solo por mencionarios vale la pena que les dedique un espacio aparte y para mejor entenderlos, recordaré topográficamente los órganos comprendidos en las diferentes regiones del abdomen, establecidos por el Médico Argentino Pablo Mirizzi en su tratado de **Oncoquiliagnosis**:

CLASIFICACION TOPOGRAFICA
de los órganos comprendidos en las diferentes
regiones del abdomen

	Tegumentos superficiales	
	aponeurosis, músculos	Abdominales
	Conducto Umbilical	Umbilical
Pared abdominal	Uraco	Umbilical hipo gástrica
	Conducto lig en el hombre	Inguino-abdomi nales
	Conducto lig en mujer	
Peritoneo	Cavidad peritoneal	Abdominales
Cavidad abdominal	Hígado y vías biliares	Hipocondrio derecho
	Angulo cólico derecho	
Epigastrio	Estómago y duodeno	Epigástrica
	Bazo	Hipocondrio izquierdo
	Angulo cólico izquierdo	
	Colon ascendente	Flanco de- recho
Mesogastrio	Intestino delgado y mesen	Umbilical

	terio, colon transverso, epiplón Colon descendente	Fianco iz- quierdo
Hipogastrio	Ileon, ciego, apéndice S. Sigmoidea Intestino delgado	Fosa iliaca derecha Fosa iliaca izquierda Hipogástrica
Espacio retroperitoneal:		
Lateral	Cápsulas suprarrenales riñones, pelvis renales Uretteres Páncreas Aorta y cava inferior Simpático lumbar Ganglios Linf. preaórticos.	Lumbares Der. Lumbares Izq. Fosas iliacas Prevertebral Hipogastrio
Mediano		

Es una clasificación, que si bien es para tumores del abdomen, me parece que sigue siendo una de las más completas. Ahora bien, la clasificación de las lesiones causales según el Dr. Harold Ellis, publicada en el libro del Dr. Maingot, es la que se apunta a continuación.

CLASIFICACION DE LAS LESIONES CAUSALES DE PERITONITIS SECUNDARIA AGUDA

I : PRIMARIAS

A. Estreptocólicas

B. Neumocólicas

II : SECUNDARIAS

A. Causadas por lesiones del tracto gastrointestinal

Apendicitis

Perforación de Úlcera gástrica o duodenal

- a) Perforación de una Úlcera anastomótica
- b) Perforación de una neoplasia gástrica

Perforación causada por traumatismo, como herida contusa o penetrante.

B. Inflamación y lesión intestinal**1. Perforaciones traumáticas****2. Perforaciones**

- a) Diverticulitis
- b) Necrosis de una neoplasia maligna
- c) Úlcera tuberculosa
- d) Úlcera tifoídica
- e) Enfermedad de Crohn
- f) Colitis ulcerosa ideopática
- g) Perforación espontánea del colon pélvico
- h) Perforación de un divertículo de Meckel

3. Perforación de un asa intestinal estrangulada, debido a brida, vólvulo, intususcepción, o del ciego en la obstrucción en asa cerrada del colon o en la pseudobstrucción de ese segmento intestinal.**C. Lesiones del Tracto Biliar o del Páncreas**

- 1. Colecistitis supurativas**
- 2. Necrosis Pancreática aguda**
- 3. Peritonitis Biliar**
- 4. Perforación de un Absceso Hepático**

D. Lesiones de los órganos genitales femeninos

1. Salpingitis Gonorréica
2. Aborto Séptico
3. Sepsis Puerperal
4. Traumatismos durante el parto o Aborto Inducido

E. Posquirúrgicas

1. Filtración de la línea de sutura de una anastomosis
2. Continuación de la peritonitis por la que se llevó a cabo la intervención
3. Cuerpos extraños dejados en la cavidad peritoneal
4. Contaminación Quirúrgica del Peritoneo
5. Lesiones Quirúrgicas de los conductos biliar, pancreático; del ureter, etc.

Problema

El Abdomen Agudo sigue siendo una de las principalísimas causas de intervención quirúrgica de urgencia en los pabellones de Cirugía General de todo el mundo, sobre todo en los Hospitales Traumatológicos donde ocupa uno de los tres primeros lugares en frecuencia, junto con las lesiones del Sistema Osteomuscular y las cirugías realizadas por Traumatismo Cráneo-encefálico.

En los Hospitales Generales, pese al moderno tratamiento de sostén y de los antibióticos, la peritonitis continua siendo una emergencia peligrosa. No obstante la mortalidad de ésta enfermedad varía considerablemente con la etiología subyacente. Esto ha sido bien demostrado en el cuidadoso estudio de Bohnen, Boulanger y cols (1983) en el Royal Victoria Hospital, Montreal. En su estudio de 176 casos, que representan una serie consecutiva de pacientes adultos vistos entre 1978 y 1980, se registraron 67 muertes (38%), sin embargo, no ocurrieron decesos en 28 pacientes con apendicitis aguda. Cuarenta pacientes presentaron úlcera duodenal perforada con 7 muertes (18%). En los 48 pacientes con peritonitis secundaria a perforación o inflamación de cualquier órgano intraperitoneal, fuera del duodeno o del apéndice, la mortalidad subió al 50%. Lo más llamativo de todo esto es que la peritonitis postoperatoria, tras cirugía abdominal o pelviana, la mortalidad se elevó al 60%. El particular peligro de la peritonitis postoperatoria es demostrado por el estudio de Guivarch y cols (1977), quienes informaron 68 decesos en su serie de 100 casos consecutivos de peritonitis postquirúrgica. Stephen y Loewenthal (1978), infor

maron la muerte de 33 de sus 68 pacientes con peritonitis generalizada; los decesos ocurrieron particularmente en individuos de edad avanzada, en aquellos con peritonitis fecal y en especial en pacientes con deficiencia anastomótica postquirúrgica.

Material y Métodos:

Se estudiaron 60 pacientes y sus respectivos expedientes, operados de Abdomen Agudo en el Hospital General Tacuba del ISSSTE a los cuales se les realizó el diagnóstico desde el punto de vista clínico, radiológico y de laboratorio. Se revisaron los reportes de los diagnósticos posoperatorios en las hojas de operaciones y los reportes histológicos, en los que se estudió pieza quirúrgica.

Este estudio se realizó al azar, se tomó en cuenta la edad, sexo, ocupación, enfermedad que originó el problema, días de hospitalización, morbilidad y mortalidad.

Los datos clínicos se obtuvieron basados en el protocolo que diseñó la Jefatura Nacional de Investigación del Instituto, para estudiar a los enfermos (incluso mediante computadora) con dolor abdominal de menos de ocho días de evolución. Dichos datos fueron obtenidos el mismo día de su ingreso al Hospital de los pacientes y en el posoperatorio inmediato y mediato, fueron seguidos por el autor y fueron complementados los datos necesarios entrevistando directamente al Médico que realizó cada intervención. A continuación se anexa una fotocopia del protocolo.

DIAGNOSTICO FINAL _____

CENTRO HOSPITALARIO _____



I.S.S.S.T.E. _____

DOLOR ABDOMINAL DE MENOS DE UNA SEMANA DE EVOLUCION

NOMBRE _____ EXP _____ CAMA _____

FECHA _____ DOM _____ TELES _____

OCUPACIONES _____ DROGAS TOMA _____ DR. _____

- 1 SEXO M, F.
 2 EDAD 5
 3
- | | | |
|-----------|---|-----------|
| 0 C.S.D. | | 5 1/2 INF |
| 1 C.S.l. |  | 6 1/2 DER |
| 2 C.l.D. |  | 7 1/2 IZQ |
| 3 C.l.l. | | 8 CENTRAL |
| 4 1/2 SUP | | 9 GRAL |

Inicial Actual

- 4 DOLOR LUMBAR ACTUAL no, der ó bila, izq..
 6 ANTECEDENTES no, colitis (constipación diarrea moco), disenteria.....
 7 FACTORES QUE LO ALIMENTAN nada, movimien-
 tos, respiración, alimentos, otros.....
 FACTORES QUE LOS DISMINUYEN nada, quietud, vómitos, antiácidos, alimentos, -- otros.....
 9 EVOLUCION mejor, igual, peor.....
 10 TIEMPO DE EVOLUCION DURACION < 12 hs, 12-24 hrs, 24-48 hs, > 48 hrs.....
 11 TIPO DE DOLOR INCIAL intermitente, continuo, cólico.....
 12 TIPO DE DOLOR ACUTAL intermitente, continuo, cólico.....
 13 INTENSIDAD ligero, moderado, intenso...
 14 NAUSEAS no, si.....
 15 VOMITOS no, si.....
 16 ANOREXIA no, si.....
 17 INTOLERANCIA ALIMENTOS no, si.....
 18 ICTERICIA no, si.....
 19 EVACUACIONES normal, constipación y no expulsar gases, diarrea, sangre, moco..
 20 MICCION Normal, frecuente, disuria, hematuria, otros.....
 21 DOLOR SIMILAR PREVIO no, si.....
 22 CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA no, si.....
 23 ALCOHOL embriaguez no, si.....
 24 ESTADO DE ANIMO-DICE SER O ESTAR normal deprimido por pérdida objeto, muy nervioso.....
 25 COLOR normal, pálido, rubicundo, icterico, cianótico.....

Continua.

- 26 COLON no-palpable, sigmoides palpable/
doloroso, marco cólico palpable/doloro
so.....
- 27 CICATRIZ VISIBLE O HERNIA NO REDUCTIBLE
no, si.....
- 28 HEPATOMEGALIA no, dolorosa, no dolorosa
- 29 PUNO PERCUSION no dolorosa, ligeramen-
te, muy dolorosa.....
- 30 FIEBRE/ESCALOFRIOS no, si.....
- 31 DISTENSION No, si.....
- 32 DOLOR A LA PALPACION

señale



- 33 DOLOR LUMBAR no, der ó bil, izq.....
- 34 REBOTE No, si.....
- 35 DEFENSA no, si.....
- 36 RIGIDEZ no, si.....
- 37 EMPASTAMIENTO no, si.....
- 38 MURPHY negativo, positivo.....
- 39 RUIDOS INTESTINALES AUDIBLES Normales,
disminuidos, hiperactivos.....
- 40 EXAMEN RECTAL normal, doloroso izq, do
loroso der, generalizado, masa.....
- 41 LEUCOS.....
- 42 Hb.....
- 43 AMILASA.....
- 44 GLUCOSA.....
- 45 ORINA normal, Hb. piocitos, cilindros,
Urea.....Mg Creatinina.....
- 46 TRANSAMINASAS.....
- 47 DHL.....
- 48 PSA < nl, asa fija CID, asa centinela
niveles líquidos, vidrio despulido, --
cálculos vesiculares, cálculos pancreá
ticos, cálculos renales, hepatomegalia,
psoas borrado.....
- 49 T. TORAX nl, aire subdiafragmático, --
elev der, elev izq, elev bila, derrame
pleural der, derrame izq, atelectasia
der, cardiomegalia, neumonía.....
- 50 PUNCION LAVADO neg, liq citrino < 10ml
liq citrino > de 10 ml, sanguinolento,
quilloso, purulento, intestinal.....
Trigliceridos, Colesterol.....

DOLOR ABDOMINAL MUJER JOVEN DE 10 a 49 AÑOS

- 51 ULTIMA REGLA normal, retraso de más de
una semana, retraso de más de un mes..

Continua.

- 52 EMBARAZO imposible, poco probable, posible, comprobado.....
- 53 ANTICONCEPTIVOS No, pildora, DIU.....
- 54 FLUJO no, blanco, amarillo, coágulos, - maloliente.....
- 55 SINTOMAS INFECCION URINARIA no, si.....
- 56 TACTO VAGINAL normal, dolor al empujar cervix, masa anexial, pus.....
- 57 UTERO No palpable, normal, crecido.....
- 58 DESMAYO No, si.....
- Dx. CLINICO PREVIO
- Dx. MEDICO RESIDENTE.....
- Dx. MEDICO ADSCRITO.....
- Appx, Dane, Obin, Panc. Udpf, Cole, Abhp, Co re.
- HOJA CIRUGIA.....
- No. BIOPSIA.....
- No. AUTOPSIA.....

Resultados:

Se estudiaron al azar 60 pacientes operados de urgencia por presentar Síndrome Doloroso Abdominal Agudo, de diciembre de 1985 a septiembre de 1986, en el Hospital General Tacuba del ISSSTE. Los estudios practicados fueron los indispensables disponibles para realizar el diagnóstico (biometría hemática, química sanguínea, examen general de la orina, tiempo de protrombina, amilasa sérica, reacciones febriles, PFH, etc.; así como placas simples del abdomen, tele de tórax, ultrasonografía y otros) y en los casos en que el paciente estaba grave y el tiempo jugaba un papel importante, fueron incluso, omitidos los estudios de laboratorio y gabinete y se utilizó únicamente la clínica, además de la cual en el posoperatorio inmediato, los correspondientes expedientes fueron revisados y los datos necesarios fueron complementados en el mismo periodo entrevistando al Médico que intervino a cada paciente.

De los 60 pacientes estudiados, 32 fueron del sexo femenino y 28 del sexo masculino. Las edades comprendieron entre 6 y 85 años con un promedio de 39.5 años. La causa que ameritó la urgencia, para su mejor comprensión, la he clasificado en seis grupos según la etiología.

1. Apendicitis Aguda, que ocupó el primer lugar con 26 casos a lo que corresponde un 43.3%.
2. Patología Biliar en segundo lugar con 12 casos (20%).
3. Hernias estranguladas con un 10%, es decir, 6 casos.
4. Hubo 4 casos de úlcera péptica perforada (una presentaba

simultáneamente trombosis mesentérica), equivalente a un 6.6%.

5. Absceso Hepático Ambiano abierto a cavidad abdominal, 2 casos, 3.3%.

6. Misceláneas, con un 13.2% en los 8 restantes pacientes, cuyas causas fueron:

- embarazo ovárico izquierdo, un caso
- quiste torcido de ovario derecho, un caso
- oclusión intestinal por adherencia, un caso
- torción del cordón testicular izquierdo, un caso
- divertículo de Meckel hemorrágico, un caso
- peritonitis primaria, un caso
- tumor carcinoide del colon sigmoides, un caso
- quiste mesentérico, un caso

En cuanto al problema de cama-día-hospital, los pacientes duraron hospitalizados un lapso de 3 a 20 días, con un promedio de 8.5 días.

Respecto a la Morbilidad, hubo un 10%, ya que se presentaron complicaciones estadísticamente significativas en 6 de los 60 pacientes. No se consideraron en éste trabajo las complicaciones que no se juzgaron estrictamente relacionadas con la intervención quirúrgica, a saber:

- abscesos de pared, tres casos

(dos en apendicitis y uno en embarazo ovárico en el que se realizó salpingooforectomía más apendicectomía profiláctica)

- evisceración, un caso
- oclusión intestinal en el posoperatorio mediato (bridas)
- absceso subfrénico, un caso

Mortalidad.- Murió un total de 6 pacientes (10%), cuya etiología se enuncia a continuación:

- trombosis mesentérica masiva, tres casos.
Uno de los cuales presentó simultáneamente una úlcera péptica duodenal perforada, el cual falleció a los 3 días de operado, los otros dos fallecieron a los 7 y 11 días, respectivamente.
- un absceso hepático amibiano abierto a cavidad abdominal, mismo que falleció a los 10 días del posoperatorio.
- pancreatitis necrótico-hemorrágica, murió a los 3 días.
- un caso de plicolecisto roto a cavidad abdominal, peritonitis mixta (bacteriana y biliar), coledocolitiasis y aplasia medular, falleció a los 5 días de la intervención.

Estos son resultados generales de Abdomen Agudo como tal, pero las cifras obtenidas etiológicamente según los grupos mencionados son las siguientes:

APENDICITIS AGUDA

Ya hemos mencionado que ocurrieron en este estudio 26 casos, de los cuales a dos se les realizó apendicectomía profiláctica (7.6%). 14 fueron mujeres y 12 hombres, las edades comprendidas fueron de 6 a 74 años, siendo más frecuente su presentación entre los 15 y los 30 años. En 16 casos (61.5%) el dolor inicial fué en

el abdomen alto (epi y mesogastrio). Los días de hospitalización fué de 3 a 5, sólo uno duró 20 días. Hubo dos casos de absceso de pared (morbilidad del 8%). No se registró ningún deceso.

PATOLOGIA BILIAR

Doce casos, de los cuales la mitad fueron varones y la mitad mujeres. Las edades oscilaron entre 25 y 85 años, siendo más frecuente entre la sexta y séptima décadas. Hubo un caso de colecistectomía profiláctica (resultó ser gastritis aguda), a lo cual corresponde un 8.3% de error diagnóstico. El resto de patologías fué la siguiente:

1. 3 casos de colecistitis aguda
2. 5 casos de piocolecisto, tres de ellos perforado y otro, además con colangitis y otro con colédocolitiasis y aplasia medular
3. 1 caso de coledocolitiasis con colangitis supurada
4. 1 caso de hidrocolecisto más colédocolitiasis
5. 1 caso de colédocolitiasis con pancreatitis necrótico-hemorrágica de origen biliar.

Un paciente con piocolecisto perforado se evisceró (8.3% de morbilidad) y dos fallecieron (Mortalidad del 16.5%), uno fué el de aplasia medular y el otro de pancreatitis biliar.

HERNIAS COMPLICADAS

El 100% fueron del sexo femenino, todas ellas mayores de 32 años. Hubo dos casos de hernia inguinal y una crural, las tres estaban incarceradas y una ameritó resección intestinal con enteroenteroanastomosis. Dos umbilicales, una de ellas también ameritó

resección intestinal. Una incisional que causó obstrucción intestinal por bridas. No hubo ninguna complicación y no se registraron muertes y el tiempo de hospitalización fué máximo de 6 días.

Respecto a los pacientes de ULCERA PEPTICA PERFORADA, tres fueron varones (75%) una mujer (25%). Las edades oscilaron entre 30 y 76 años. Uno de ellos falleció a los 3 días por presentar al mismo tiempo trombosis mesentérica masiva, el resto evolucionó sa tisfactoriamente y fueron egresados en un máximo de 7 días.

En el grupo considerado como MISCELANEAS, no hubo ningún deceso, correspondió a él un caso de absceso de pared (salpingocoforectomía) y duro 16 días en el Hospital; otro caso presentó oclusión intestinal por bridas, resuelto espontáneamente y permaneció internada 20 días (Meckel hemorrágico).

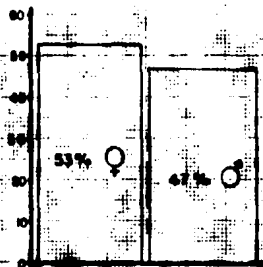


TABLA I
PORCENTAJE SEGUN EL SEXO

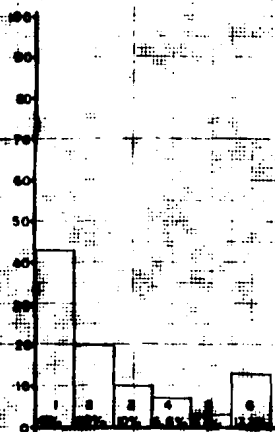


TABLA 2
PROPORCIÓN SEGUN LA ETILOGIA

1. Apendicitis aguda
2. Patología gástrica
3. Hernias crónicas de pared abdominal
4. Úlcera péptica perforada
5. Absceso apéndice cecal agudo
6. Miositis

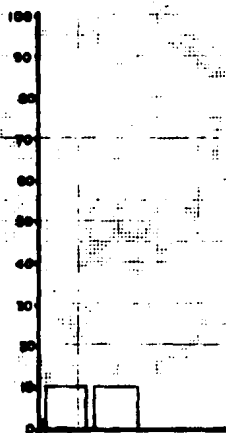
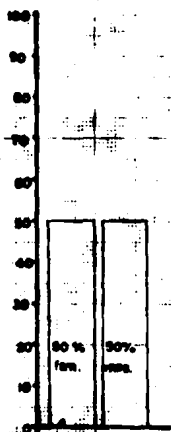


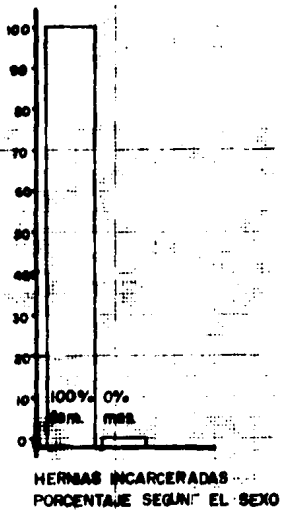
TABLA 3
PORCENTAJE GLOBAL DE MORBI-MORTALIDAD

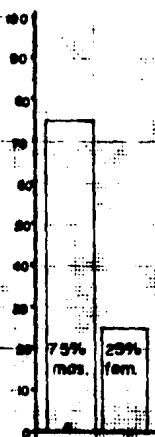


APENDICITIS ABUDA
PORCENTAJE SEGUN EL SEXO

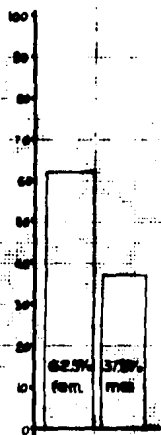


PIROLOGIA BILIAR
PORCENTAJE SEGUN EL SEXO



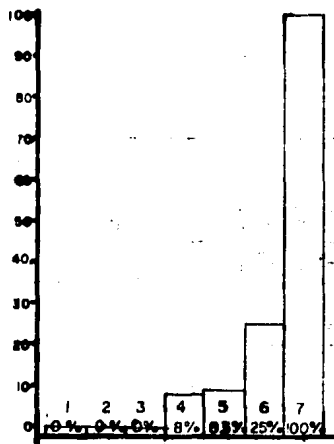


ULCERA PEPTICAPERFORADA
PORCENTAJE SEGUN EL SEXO



MISCELANEAS
PORCENTAJE SEGUN EL SEXO

MORBILIDAD POR GRUPOS



1. Hernias (0%)

2. Ulceras (0%)

3. Absceso Hepatico Ambiano (0%)

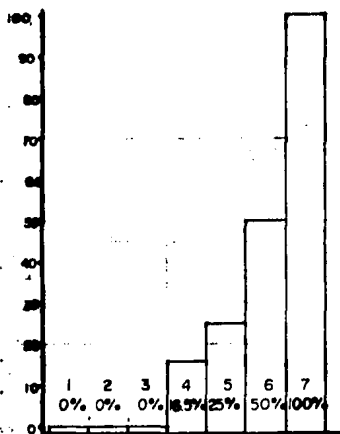
4. Apendicitis Aguda (8%)

5. Patologia Biliar (8.3%)

6. Micelaneas (25%)

7. Trombosis Mesenterica (100%)

MORTALIDAD POR GRUPOS



1. Apendicitis Aguda (0%)

2. Hernias (0%)

3. Miscelaneas (0%)

4. Patología Biliar (16.5%)

5. Úlcera Pápica Perforada (25%)

6. Absceso Hepático Amibiano (50%)

7. Trombosis Mesentérica (100%)

CONCLUSIONES

Que intervención de urgencia por alguna de las múltiples causas que generan el Abdomen Agudo, sigue siendo una de las operaciones más realizadas por todo Cirujano General en todo el mundo, por lo que debe ser un profundo conocedor de la Patofisiología de los órganos intraabdominales en las diferentes edades del hombre y estar al tanto de la tecnología moderna y auxiliarse de ella, siempre bajo un buen criterio clínico, para efectuar un diagnóstico más certero y precoz y ofrecer un mejor servicio a nuestros enfermos.

Que la morbi-Mortalidad del Abdomen Agudo sigue siendo muy elevada a pesar de la administración preoperatoria de antimicrobianos sinérgicos selectivos de comprobada eficacia (Cefuroxime y metronidazol, ampicilina y gentamicina, penicilina y kanamicina, etc), del empleo de estudios muy modernos de gabinete y laboratorio y del desarrollo de técnicas quirúrgicas avanzadas. Que existen reportes que datan de una mortalidad superior al 20% y que la morbi-mortalidad en nuestro Hospital es del 10% cada una, porcentaje que denota número elevado de muertes y complicaciones (con frecuencia en personas de edad productiva), altos costos para la Institución y expedición sistemática de incapacidades.

Que a pesar de publicaciones recientes (Bohnen y cols 1983) de que la apendicitis aguda ha sido superada en frecuencia por las complicaciones posoperatorias y por la úlcera perforada, en nuestro Hospital la estadística no ha sido modificada y la apendici-

tis aguda ocupa el primerísimo lugar, siguiéndole en frecuencia las complicaciones de la patología biliar y en tercer lugar las consecuencias de las Hernias complicadas de pared abdominal.

Que el segundo grupo patológico como causa de Abdomen Agudo correspondiente a enfermedades del Sistema Biliar, es particularmente grave, ya que si bien en forma general en éste trabajo ocupó el segundo lugar con un 20% en frecuencia, considerado aisladamente representa un 16.5% de mortalidad, pues éste tipo de emergencia quirúrgica se manifiesta principalmente en personas de edad avanzada. Sin embargo, existen reportes en la Literatura mundial, que aseguran una mortalidad hasta del 70%, como los estudios de MacDonald y de un 25%, como el trabajo de Leborgne y cols. Algunos factores que se han publicado como culpables de la elevada mortalidad son: edad del paciente, extensión de la historia y prontitud del tratamiento; así como desequilibrio líquido, contaminación bacteriana y toxicidad de las sales biliares, parámetros que debemos tener en mente en la evaluación integral y pronóstico de dichos pacientes.

Que las hernias complicadas de pared abdominal, aunque en éste estudio no mostraron significancia estadística desde el punto de vista de la morbi-mortalidad, ocuparon el tercer lugar como causa en nuestra Institución de Abdomen Agudo, corroborando que la cirugía de las hernias es una de las diez más frecuentes que realiza el Cirujano General (Aguilar U. Roberto).

Que dada la etiología, la mortalidad en éste estudio es justificada (ver antes). Que la morbilidad puede disminuirse consi

derando los factores de riesgo antes mencionados, haciendo una depuración de las técnicas quirúrgicas y sobre todo, llevando de una manera más precoz a los pacientes a la sala de operaciones, para lo cual, es necesario suministrar el material quirúrgico indispensable, concientizar de la importancia de su colaboración al personal del área quirúrgica como son Anestesiología y Enfermería.

Que el conocimiento de lo anterior y las soluciones correspondientes, darán como resultado una mejor atención a nuestros enfermos, significará un ahorro importante para el Instituto, permitirá forjar Cirujanos de mayor calidad y sobre todo, nos dará altruistamente la satisfacción de cumplir con nuestra obligación primaria de ser útiles a la Sociedad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Aguilar Uscanga, Roberto. *Nonbilidad de las Hennis*. Tesis Profesional. Hospital Tacuba, ISSSTE. 1986
- 2.- Angell J.C. *El abdomen agudo y el galeno en apuros*. Ed. 1983
- 3.- Ahrenholz D.H., Simmons R.L. *Peritonitis and other intra-abdominal infections*. Howars R.J. eds. *Surgical Infectious Diseases*, New York, Apleton Century-Crofts. p. 795. 1981
- 4.- Beal John M. *Abdomen Agudo*. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis Christopher. 2ª. Edición. Tomo I. 1981
- 5.- Bohnen J. Boulanger J. et al. *Prognosis in Generalized Peritonitis*. Relation to cause and risk-factors. *Arch Surgery* 118-285. 1983
- 6.- Bunt T.J. *Urgent Relaparotomy: The high-risk, no-choice operation*. *Surgery* 1985. Sep:98 (3). 555-560
- 7.- Ellis H. *Intestinal Obstruction*. New York. Appleton Century/crofts. 1982
- 8.- Frank H. Netter. *Abdomen Agudo*. Colección Ciba de Ilustraciones Médicas. Tomo III/2. 188-189
- 9.- Fullen W.D., Hunt J.L. et al. *Prophylactic antibiotics in penetrating wounds of the abdomen*. *J. trauma* 12:282. 1982
- 10.- Felson, Benjamín. *Abdomen Agudo*. Edición 1980

- 11.- Garrett Allen J. *Apendicitis, Peritonitis y Abscesos intraabdominales, principios y práctica de Cirugía de Rhoads*. Cuarta Edición 1962
- 12.- González M., Luis. *Abdomen Agudo*. Tesis Profesional. U.N.A.M. 1961
- 13.- Harold Ellis. *Peritonitis Secundaria*. Tratado de operaciones abdominales. Maingot. Ed. 1986
- 14.- Leborgne J., Lee, Neel J.C., et al. *Twenty-four cases of bile peritonitis*. *Ann Chir* 26:153:1962
- 15.- Lloyd M., Nyhus. *Appendectomy for acute appendicitis: Drainage of appendiceal abscess*. *Mastery of Surgery*. Lloyd M. Nyhus II. 920-30. Ed. 1985
- 16.- Nichols, R.L. *Management of intra-abdominal sepsis* *Am. J. of Medicine*. Jun 30:80:204-9. 1986
- 17.- Reiersten C., Rosseland, A.R., Solheim, K. *Lapascopy in Patients admitted for acute abdominal pain*. *Acta Chir Scand* 1985. 151:521-4
- 18.- Tanner, A.G., Thom, B.T., Strachan, C.J. *Cefotetan compared with gentamicine and tinidazole in acute abdominal surgery*. *J. Hospital Infectology* Jan:7(1):49-59. 1986