



11217
46 201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

2 Feb 1988
16:00

ABDOMEN AGUDO EN GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

Dr. María Franco

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA
P R E S E N T A
EDMUNDO MIGUEL DANTES DURAN

TESIS CON
CALA DE GRADO

CIUDAD DE MEXICO

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

GENERALIDADES	2
ANALISIS DE RESULTADOS	29
MATERIAL Y METODOS	30
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	41

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 dolor mas 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 tal 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 estan comprometidas y el diagnóstico es poco claro se

puede esperar el período 'razonable' durante el cual se deben hacer exámenes físicos repetidos y solicitar estudios complementarios tales como análisis clínicos generales, estudios radiológicos y ultrasonográficos y si la duda diagnóstica, continua se pueden efectuar procedimientos diagnósticos tales como culdocentesis, laparoscopia, paracentesis, con el fin de evitar laparotomías innecesarias y sus potenciales complicaciones.

GENERALIDADES

SINDROME ABDOMINAL AGUDO:

Este síndrome de muy variada etiología, se caracteriza por dolor abdominal más o menos intenso, persistente y se acompaña de signos y síntomas que traducen procesos intrabdominales que tarde o temprano ocasionan irritación peritoneal, por lo tanto la necesidad de llevar a cabo un tratamiento 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 (27).

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. Quizás 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 los 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 los dos dependiendo del estudio clínico.

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 colico intestinal o ureteral estará inquieta y la de peritonitis muy quieta, temerosa de moverse. Muchas pacientes jóvenes conservan una presión normal o tienen solamente disminuida en estas etapas incipientes de choque hipovolémico, pero la frecuencia del pulso está aumentada y su volumen es filiforme. El dolor intenso puede acompañarse de vómitos reflejo, 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 sintoma 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 grados centígrados en caso de apendicitis aguda y frecuentes en las enfermedades virales, pielonefritis y septicemia. Un sintoma que indica irritación diafragmática es el dolor en el hombro, es de utilidad la producción del dolor al elevar los pies.

La intensidad de los signos de irritación peritoneal guarda 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, está última a menudo notable.

Los signos físicos para el diagnóstico del dolor son hipersensibilidad abdominopélvica y rigidez muscular. La hipersensibilidad a veces es útil para confirmar el cuadro de irritación peritoneal. Las pruebas especiales, signos de obturador, del psoas o 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 (2).

El cólico renal o ureteral, se puede manifestar 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.

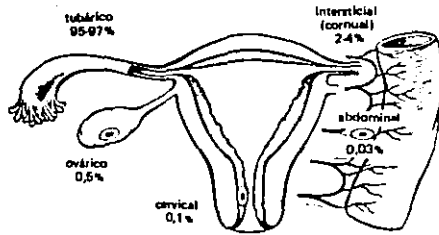
Se deben explorar los sitios de los orificios herniarios en busca de hernia obstruida o estrangulada. Aspectos sugerentes de estrangulación son choque, fiebre, dolor abdominal continuo, hipersensibilidad, rigidez abdominal y

leucocitosis notable.

Causas médicas de dolor abdominal 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 crónico etc. (14).

El dolor en la parte baja del abdomen en la mujer 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 (1).

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 está es muy rara (4-10).



Incidencia del embarazo ectópico

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 náusea 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 del 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 (6-12-13-16). 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

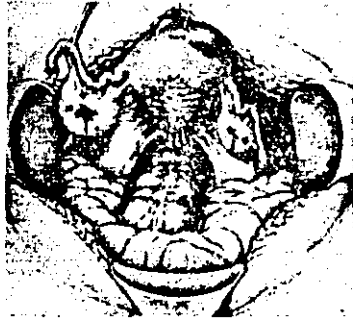
baja del abdomen, a veces de tipo cólico y en otras constante.

Hay que tener en cuenta la endometriosis que además del dolor por el tejido endometrial ectópico produce, las alteraciones adherenciales que en ocasiones puede producir un cuadro de oclusión intestinal; también los quistes del paraforro pueden experimentar torsión y producir un cuadro clínico semejante a la torsión de un quiste ovárico (10-14).

La historia clínica en 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 desarrollo. Es común el inicio súbito de las lesiones como degeneración roja de un fibroma o ser más lento como el 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 (8-28), es útil la irradiación del dolor: hacia el muslo si es unateral, 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.



Endometriosis pélvica

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 periodos menstruales, debe considerarse embarazada hasta demostrar lo contrario.

De gran importancia es el método de anticoncepción utilizado. 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 (3-21-25). La dispareunia puede acompañar a la endometriosis y a la infección pélvica crónica, pero el origen pueda ser un disgusto contra el marido o ansiedad.



Diversos dispositivos intrauterinos anticonceptivos.

Son importantes los antecedentes de instrumentaciones intrauterinas ya que puede dar complicaciones inmediatas (como perforación uterina por legado, biopsia de endometrio o salpingografía), y mediatas o tardías como salpingitis o absceso pélvico posterior a la aplicación de un DIU (7-9-11-22).

Causas ginecológicas que producen abdomen agudo:

1) Infección.- La infección de los órganos genitales internos es mixta; está compuesta en grados variables 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 comúnmente producen un cuadro agudo de peritonitis (7-9-(1-22). 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 por resultado una tromboflebitis o linfangitis que precede a una celulitis y finalmente en absceso de ligamento ancho.

La salpingitis gonorréica 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 tumores producidos por un absceso tuboovarico y un absceso pélvico extratubario.

En los últimos años debido al empleo cada vez más frecuentes del DIU, han habido reportes de complicaciones sépticas y muerte por peritonitis en algunos casos (7), a pesar de que hay discusión de si el proceso infeccioso es directamente secundario a la aplicación del DIU o es consecuencia de un proceso añadido (9).

El diagnóstico de la forma gonocócica se sospecha cuando haya antecedentes de uretritis pero este es raro. La presencia de dolor de la parte baja del abdomen, durante o poco después de la menstruación con hiperestesia, rigidez y cierta distensión. 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 o al 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 (22).

El examen de los radiografías simples de abdomen puede mostrar signos de ileo, 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 (20-18-19-22).

2) Accidente vascular.- Embarazo ectópico. Es la causa más frecuente de abdomen agudo ginecológico.

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 (12-13).



Corte longitudinal a nivel pélvico mostrando una estructura anular en el fondo uterino (flecha). En este paciente, se encontró posteriormente un embarazo ectópico y no había tejido trofoblástico dentro del útero.

La ultrasonografía hace el diagnóstico al encontrar crecimiento uterino, engrosamiento aneural, masa aneural 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% (14-15).

B) Torsión de un tumor de ovario. Es la causa más común de las complicaciones de las complicaciones de los tumores del ovario (3) 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.

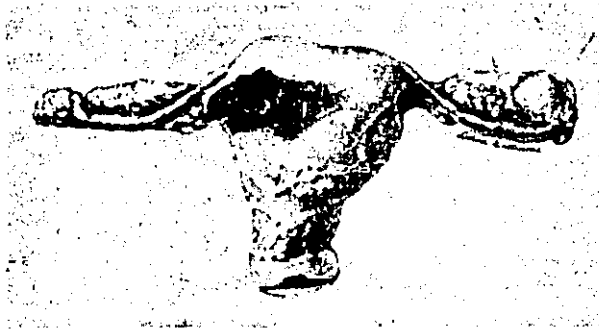
El tumor adquiere un tono purpúreo que termina por volverse casi negro; al producirse la trombosis de los vasos del pedículo sobreviene la gangrena, del tumor se desprende algo de exudado y el peritoneo adyacente se inflama, esto provoca contractura de los músculos del abdomen, son comunes las náuseas 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 quirúrgica inmediata (2). Las radiografías pueden mostrar imágenes poco densas o bien formadas como en caso de dientes en caso de 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 haya manifestaciones de dolor e irritación peritoneal. A la exploración puede encontrarse la masa anexial y al momento de la laparotomía efectuarse el diagnóstico (20). No se encuentran alteraciones radiográficas generalmente. For 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 haber efectuado la perforación por una tercera persona una posible lesión intestinal o después de manipulación excesiva de la cavidad uterina (16).



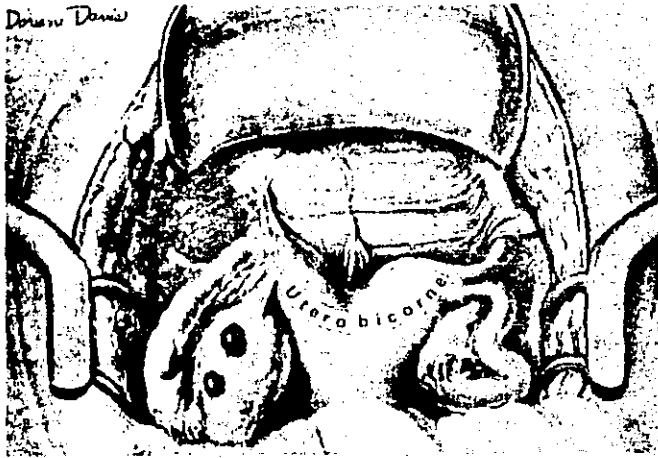
Perforación uterina

4) Neoplásico Carcinosarcoma destruyente, en este padecimiento las vellosidades coriáceas perforan la pared uterina con la posibilidad de producir hemorragia en la

cavidad abdominal. El cuadro clínico es de un embarazo complicado con hemorragia uterina persistente que puede coincidir con otras manifestaciones de mola benigna (hiperemesis, crecimiento aumentado del útero, títulos elevados de gonadotropina) o en casos graves desarrolla un cuadro de dolor abdominal agudo seguido de choque hipovolémico. En ocasiones se confunde con embarazo ectópico (14-15-17-20-21-23).

5) Químico. Ocasionalmente la histerosalpingografía es causa de abdomen agudo. La irritación química sola o acompañada de un proceso infeccioso explican la causa del cuadro peritoneal. Es indistinguible de un cuadro inflamatorio pélvico agudo por infección, por lo que se aclara por el antecedente del estudio efectuado (22). El tratamiento es médico.

6) Congénito. Las anomalías del tipo cuerno rudimentario, útero bicorne con cuello no comunicante, con producción de hematometra y hematosalpinx, pueden producir hemoperitoneo por reflujo y manifestaciones dolorosas secundarias a la distensión uterina, principalmente asociadas al período menstrual.



Durante la exploración se encuentran tumoraciones parauterinas; el diagnóstico se puede sospechar por antecedentes de amenorrea y otras malformaciones de la vagina o de las vías urinarias (12-13-16).

DIAGNOSTICO CLINICO DE ABDOMEN AGUDO

GINECOLOGICO

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

A) Irritación Peritoneal

Dolor

Náusea y vómito

Distensión abdominal

Defensa muscular

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

Antecedente de exploraciones intrauterinas

Tumor en hemiabdomen inferior

Presencia de DIU

Fondos de saco vaginales ocupados

Dolor a la movilización cervical

Dolor en parametrios

Tumor anexial

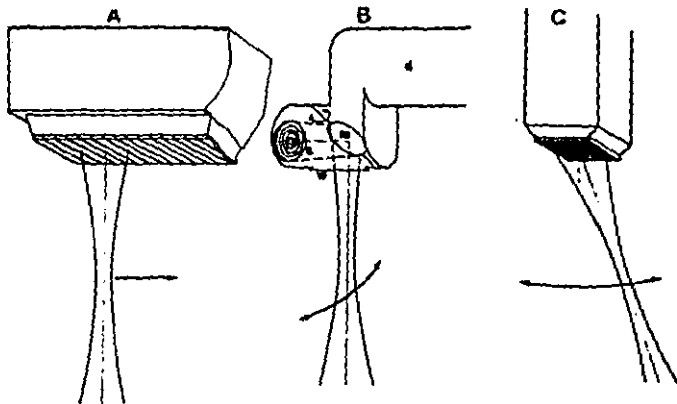
ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y
PROCEDIMIENTOS

Biometría hemática. Con respecto a la hemoglobina un sólo 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 la hemorragia. La cuenta de leucocitos generalmente se encuentra dentro de los valores normales a no ser que se trate de procesos infecciosos pélvicos severos en los que predominaba la leucocitosis generalmente de 15 mil a 25 mil con polimorfonucleares 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.

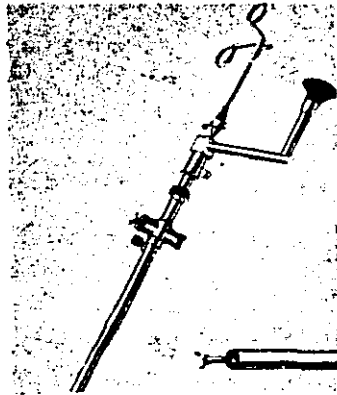
La radiografía de abdomen suelen revelar obstrucción intestinal, litiasis del tracto urinario, cuerpos extraños, pero por lo demás no tienen mucho valor para el diagnóstico del dolor ginecológico, salvo para mostrar la opacidad de un quiste de ovario un útero crecido o la presencia de un DIU.



Transductores. A. Elementos de un transductor lineal. Al disparar secuencialmente los elementos por grupos, regenera linealmente el haz ultrasónico. B. Transductor anular (a) donde el haz llega al paciente a través de la ventana acústica (w) donde el espejo (m) el cual oscila movido por el motor de anastre (d) en el mango. C. Transductor de sistema secuencial donde el haz se origina y dirige por el disparo secuencial de cada elemento del conjunto con un pequeño microretardo entre cada impulso.

La ultrasonografía es útil en el diagnóstico de casi cualquier 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 demostrar 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 uterinas por lo general es debido 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 este estudio (10-23).

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



Laparoscopia

Para el diagnóstico del dolor abdominal tenemos:
Diferenciar entre las masas ováricas, tubarias y uterina;
posibles adherencias, endometriosis, embarazo ectópico,
quiste ovárico torcido o sangrante, salpingitis, absceso
pélvico no roto, apendicitis, miomatosis uterina y dolor
pélvico psicógeno (9).

La culdocoscopia ha sido sustituida 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.

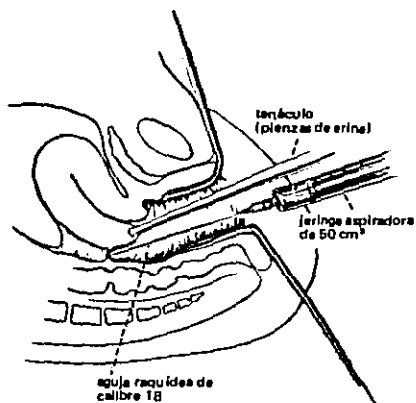


Fig. Cuidocentesis.

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 QUIRURGICOS:

Infección Pélvica. La Endometritis y la Salpingitis generalmente responden favorablemente al tratamiento médico (22).



Colpotomía posterior (A) Incisión tras vaginal a través de la mucosa vaginal, en la unión del fórnix vaginal posterior con el cérvix. (B) Se introduce una pinza de Kelly a través de la pared del absceso.

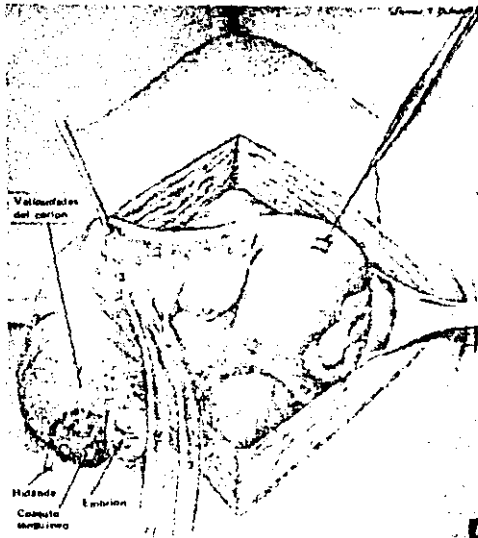
Requieren tratamiento quirúrgico los cuadros de Piósalpinx, absceso pélvico y absceso tuboovarico. La opinión más generalizada es de iniciar un tratamiento con antibióticos, mejorar la hidratación y corregir la acidosis

Si se obtiene mejoría con este manejo en 48 horas se podría diferir en tratamiento quirúrgico, o bien efectuarlo hasta que la paciente este afebril y con los leucocitos disminuidos.

La magnitud de la cirugía comprende la extirpación total del foco séptico, lo cual se consigue mediante histerectomía

total con salpingooforectomía bilateral (15). También se puede valorar la posibilidad de proceder en forma conservadora para preservar la función endocrina y 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 (22). Aunque el problema es generalmente bilateral, las adherencias existentes pueden 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 conclusión el tratamiento quirúrgico 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 (10).

Embarazo ectópico. Como consecuencia inmediata de esta entidad es la hemorragia, que puede ser de importante magnitud 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 sangre y prácticamente en forma simultánea el abordaje quirúrgico. En la mayoría de los casos se efectúa salpingectomía y de ser posible se debe conservar el ovario.

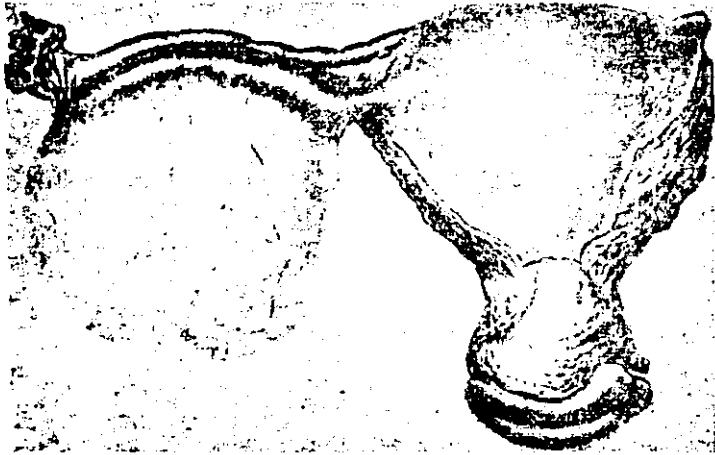


Salpingostomía por embarazo tubárico (A) Se ha liberado la trompa y se prende y secciona el mesosálpinx, empleando una serie de pinzas de Kelly.

Cuando se trata de un embarazo ectópico no roto se podría utilizar cirugía conservadora (salpingostomía) sobretodo en la mujer que no tiene hijos (15), aunque otros reflexan que la conservación de ésta o de fragmentos no mejoran la posibilidad de fertilidad en casos en que la otra trompa este ausente o enferma (20-23).

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



Cistoma seroso unilocular

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

Los problemas uterinos se resuelven en general mediante hemostasia, como el caso de una perforación por legrado 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

este órgano se efectuaran de acuerdo al tipo de malformación.

ANALISIS DEL ESTUDIO EFECTUADO

1. Conocer la certeza diagnóstica en el preoperatorio.
2. Conocer la fidelidad de los métodos diagnósticos utilizados.
3. Señalar la frecuencia de los padecimientos que ocasiona ésta intervención en Ginecología.
4. Valorar el tratamiento en función del tiempo y del padecimiento.
5. Conocer las complicaciones de esta intervención en Ginecología.
6. Sacar conclusiones que tengan como consecuencias una mejor atención para las pacientes.

MATERIAL Y METODOS.

De la libreta de control hospitalario del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, se investigaron 191 expedientes de pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente de enero de 1982 a noviembre de 1987 mediante una laparotomía exploradora de urgencia.

Se estudiaron las siguientes variables:

Nombre, número de expediente, edad de las pacientes, número de gestaciones, método utilizado para el control de la fertilidad, cirugía pélvica previa, fecha de última menstruación, manifestaciones clínicas más frecuentes.

Se pensaron en otras variables las cuales no se pudieron tomar en cuenta por no estar consignadas en los expedientes, estas variables fueron: signos vitales, estudios de laboratorio y gabinete, tiempo comprendido entre el ingreso a la unidad de UTQ y la intervención.

ANALISIS DE RESULTADOS

QUISTE TORCIDO DE OVARIO:

El padecimiento se encontró en un 20.11% de las pacientes estudiadas, la edad predominante fue de 29.9

años. El método anticonceptivo más utilizado fueron los hormonales orales en un 47% y de depósito un 13.8%.

Solamente el 5.5% de las pacientes presentaba cirugía previa. En las manifestaciones clínicas el dolor fue el síntoma cardinal reportándose en un 100%. El 72% de las pacientes presentaron alguna tumoración, el 27.7% de las pacientes cursaron con sangrado transvaginal.

El tratamiento consistió en 24 salpingectomías, 6 salpingooforectomías y 6 extirpaciones de quiste ovarico.

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE QUISTE DE OVARIO

Número de pacientes 36

Edades:

21 años.....3	29	.....5	
23	.....3	31	.....5
26	.....3	35	.....2
27	.....6	37	.....2
28	.....5		

TOTAL ...36

PREDOMINIO ...29.9 años

CONTROL DE LA FERTILIDAD

H. ORALES	.....17
H. inyectables	..... 5
DIU	..... 4
LOCALES	..... 2
S. FONERUI	..... 2
NINGUNO	..... 4

SINTOMA

SIGNO

Dolor ... 36	Tumoración ....26
S. Neuro veg...4	Sangrado T.V...10
Fecha de la última menstruación...14.4 días antes de estudio	

Promedio de gestaciones2.85

CIRUGIAS PREVIAS

8 Cesareas
3 Apendicectomias

SALPINGITIS

Esta entidad constituyó el 5.03% de las pacientes estudiadas, la edad promedio fue de 26.5 años.

El promedio de gestaciones fue de 2.

En lo que respecta al método anticonceptivo, el más utilizado hasta en un 66% fue el DIU, seguido en un 25% por los hormonales orales.

La manifestación clínica más importante fue el dolor abdominal presente en un 100%, ninguna paciente presentó tumoración abdominal.

El promedio de la última menstruación fue de 26.1 días

PACIENTES CON DX. DE SALPINGITIS

Número de Pacientes9

Edades :

23 a ...1
25 ...3
27 ...4
33 ...1

PROMEDIO 26.5 años

CONTROL DE LA FERTILIDAD

DIU6
LOCALES.....1
SE IGNORA...1

SINTOMA

Dolor9 pacientes

SIGNO

Tumoración0
sangrado0

F.U.M. 15 días antes del estudio 4

30	3
35	1
50	1

PROMEDIO37.5 días

Promedio de gestaciones2

Cirugías previa1 aborto

1 cesárea 1 apendicectomía

PERFORACION UTERINA

Esta patología constituyó el 3.31% la edad promedio fue de 28.3 años, el promedio de gestación fue de 3.

La manifestación clínica más importante fue dolor abdominal presente en un 100%, el sangrado transvaginal se presentó en un 100%. La cirugía previa fue significativa ya que se presentó en el 100% de las pacientes; las pacientes habían sido sometidas a legrado uterino instrumental.

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PERFORACION UTERINA

Numero de pacientes: 3

Edades:

22
26
28
37
42
70

Promedio.....42.1 años

CONTROL DE LA FERTILIDAD

H.Orales 2
L.U.I. 6

SINTOMA

SIGNO

Dolor ...3 tumoración 0

sint.neuro veg ..0 sangrado t.v 6

Promedio de gestaciones ...3

Cirugías previas6

TUMOR DE OVARIO

Se presentó en el 1.66% de las pacientes estudiadas, la edad promedio fue de 43a, el promedio de gestación fue de 5.33a.

La manifestación clínica más importante fue el dolor abdominal presente en un 100%, tumoración abdominal en un 100%.

Un 33.33% presentó sangrado transvaginal

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

Número de pacientes: 3

Edades:

36 años
38
55

Promedio43 años

CONTROL DE LA FERTILIDAD

Se ignora ...1
Ninguno ...1
H.deposito...1

SINTOMA

SIGNO

Dolor3
S.neuroveg...0

Tumración ...3
sangrado ...1

F.U.M. 2 con 28 días antes del estudio

1 paciente 15 años antes

Promedio de gestaciones5.33
Cirugías previas0
Diagnóstico.....Cistadenoma papilar seroso ovarico,
teratoma quístico ovarico, miomatosis uterina de medianos
elementos.

FOLICULO HEMORRAGICO ROTO

Se presentó en un 5.52%

La edad promedio fue de 34 años.

El número de gestaciones promedio fue de 2.

El método contraceptivo utilizado en un 40% fue el DIU
y hormonales de deposito 20%.

La manifestación clinica mas importante fue dolor
abdominal presente en un 100%, sangrado transvaginal en un
50%

la fecha de la ultima menstruación fue de 13 días.

Número de pacientes10

Edades:

22 años ..4
23 ..2
26 ..5

Promedio ...24 años

Control de la fertilidad:

DIU...4
H.D...2
NO ..4

SINTOMA: Dolor10

SIGNO : Sangrado ...5 Tumoración ..2 Choque...3

F.U.M. 13 días antes de su ingreso

Promedio de gestaciones.....2

Cirugías previas...3 cesáreas.

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE APENDICITIS

Se presentó en un 3.31% de las pacientes

La edad promedio fue de 37.8 años.

La manifestación clínica más importante la constituyó el dolor abdominal presente en un 100%, se presentó síntoma neurovegetativo en un 100% al igual que síndrome febril y masa aneural derecha.

Número de pacientes ...6

Control de la fertilidad:

Ninguno...1

Se desconoce ...1

Hormonales orales..4

SINTOMA

Dolor6
Sint. neuroveg....2

SIGNO

Tumoración2
Sangrado T.V.....0
F.U.M.....37.5 días
Promedio de gestaciones.....1.5
Cirugías previas.....0

PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

El padecimiento se encontró en un 20.11% de las pacientes estudiadas , la edad predominante fue de 29.3 años .

El método anticonceptivo mas utilizado fueron los dispositivos intrauterinos 46.2% hormonales orales 27.7% ninguno 7.4% y hormonales inyectables 7.4%.

Distribución de edades de:

20-25= 6.5 Pacientes
26-30= 12.7 "
31-35= 7 "
36-40= 4 "

Frecuencia de Abortos = 60%

Signos y Síntomas =

Dolor= 84=77.7% Tumoración Anexial= 30=27.7%

Sangrado Transvaginal= 55=50.95%

DX DE INGRESO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

QUISTE DE OVARIO	....10=9.2%
ABORTO INCOMPLETO	.....5=4.1%
EMBARAZO ECTOPICO	....70=64.9%
ANEYITIS	.....5=4.1%
EMBARAZO ABDOMINAL	.....1=0.9%
PERFORACION UTERINA	.....3=2.7%
APENDICITIS	....14=12.9%

LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

AMPULAR	.....70.2=65%
ITSMICO	.....16.2=15%
FIMBRIA	.....16.2=15%
CORNIAL	.....5.4= 5%
TROMPA DER.	.....70.2=65%
TROMPA IZQ.	.....37.8=35%

PACIENTES CON OTROS DIAGNOSTICOS

ABESO TUBOOVARICO

No. de Pacientes:1=0.35%
Edad:35 años
C.F.:DIU
Síntoma:Dolor en F.I.I.
Signo:Masa en C.I.I. de 12 x 4 Leucorrea
FUH:22 Días antes
Tratamiento:Salpingooforectomía IZQ. + Salpingectomía
der.

ADHERENCIAS

No. de Pacientes:4=2.1%
Edad:33.5 Promedio
C.F.:DIU=2
Síntoma:Dolor C.I.D.
Signo:Sangrado 1.V.=1 Leucorrea=3
FUH:27 días antes
Promedio de gestación:10
Cirugía Previa:1
Tratamiento:Ooforectomía

HERNIA ESTRANGULADA

No. de Pacientes:1=0.55%
Edad:40 años
Síntoma:Dolor Mesogastrio
Signo:Material Negro Sanguinolento en H.Q. **distensión abdominal, peristalsis de lucha.**
Tratamiento:Resección Intestinal

CONCLUSIONES

Después de valorar los resultados del estudio efectuado se puede concluir:

* Como en todas la especialidades medico-quirurgicas el síndrome de abdomen agudo constituye un cuadro que requiere resolución casi inmediata. La Ginecología no escapa a esta eventualidad y se presenta con relativa frecuencia teniendo diversos cuadros etiológicos que son la urgencia en la especialidad.

* El diagnóstico de los padecimientos que son causas del abdomen agudo de origen Ginecológico pueden confundir al cirujano general, haciendolo pensar que se trata de algun padecimiento que pertenece a su área pues la sintomatología puede ser muy florida; por eso es muy importante hacer una buena anamnesis y un adecuado diagnóstico diferencial, auxiliandose de los métodos de laboratorio y gabinete.

* En la pacientes estudiadas este síndrome se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y cuarta década de la vida, es decir: en el periodo fértil de la mujer.

* Los cuadros que se presentaron con mayor porcentaje fueron: Embarazo Ectópico y Torsión de quiste de Ovario.

* En algunos casos a pesar de que se efectúe un interrogatorio, exploración física y se utilicen los métodos de laboratorio y gabinete en forma adecuada no puede llegarse a un diagnóstico nosológico, quedandonos solamente con el diagnóstico sindromático de abdomen agudo. En estos casos debe procederse a efectuar laparotomía exploradora procurando en cuanto los medios con que se cuenten sea posible efectuarla conjuntamente el ginecobstetra y el cirujano general.

BIBLIOGRAFIA

1.-A. Maynard Guderian M.D. Residues of pelvic inflammatory disease in intrauterine device users: A result of the intrauterine device of *Chlamydia trachomatis* infection. Am.J.Obstet Gynecol págs:497-503 March 1986.

2.-Aielo C, Vicenso Dr. Síndrome Abdominal Agudo, edit. A.M.G.O. Cirugia General para el ginecobstetra 1985.

3.-Alula Hadgu M.A. et.al. Predicting acute pelvic inflammatory disease: A multivariate analysis. Am.J.Obstet Gynecol págs:954-60 November 1986.

4.-Barlow Barbara MD. et.al. Hidatid torsion cyst, Am. J. Dis. child vol.132 año 1982 págs:1216-1217.

5.-Benson Ralph. Dolor Intermenstrual ciclico. Edit. Manual Moderno Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. 1984 pág:112.

6.-Bernal B. Sergio Dr. y cols. Tabique vaginal transverso Informe de tres casos. Edit A.M.G.O. vol. 50 No. 308 1982 págs:333-336.

7.-Bravo Sandoval Jorge Dr. Sepsis en Ginecología y Obstetricia Edit. A.M.G.O. Mayo 1984 págs:243-252.

8.-Bruce McLucas, M.D., and Jay J. Stein, M.D.
Bladder leiomyoma: A rare cause of pelvic pain. Am. J. Obstet Gynecol. pag 896 december 1986.

9.-Daniel V. Landers M.D. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am.J.Obst Gynecol págs:1078-110 April 1985.

10.-David H.Nichols M.D. and Peter J.Julian M.D.
Torsión de los anexos. Clin.Obstet Ginecol. vol 2 pag:475-482 1985.

11.-David L. Hensell M.D. et.al. Cefotaxime treatment for women with community-acquired pelvic abscesses. Am.J.Obstet Gynecol. págs:771-76. March 1985.

12.-Dolores H.Pretorius M.D. et.al. Ultrasound diagnosis of hematotrachelos:A case report Am.J.Obst Gynecol págs:1080-82 April 1985.

13.-Escalante L. Manuel. Metroplastias Edit. A.M.G.O. Bases y práctica de la cirugía ginecológica. Ene 1984.

14.-Hedvig Hricak, M.D., Conley Lacey et al. Gynecologic masses: Value of magnetic resonance imaging. Am.J.Obstet Gynecol pag 31-37 september 1985.

15.-Jack G.Hallat M.D. Tubal conservation in ectopic pregnancy:A study of 200 cases. Am.J.Obstet Gynecol Págs:1214-21 June 1986.

16.-Joseph S. Sanfilippo M.D. et.al. Endometriosis in association with uterine anomaly. págs:39-43 Jan 1986.

17.-Lester T. Hibbard M.D. Adnexal torsion Am.J.Obstet Gynecol págs:456-66 June 1985.

18.-Levinson J.M. M.D. The role of laparoscopy in the intraabdominal diagnosis. Med. J. vol. 50 pag 5 año 1978.

19.-Lyndon M.Hill M.D. Value of a postvoid scan during adnexal sonography. Am.J.Obstet Gynecol.págs:23-24 May 1985

20.-Lopez G.R. Vera H.A. La ultrasonografía en el diagnostico ginecológico. Edit. A.M.G.O. págs. 343-357 marzo 1982.

21.-Liaca Rodriguez Victoriano. Embarazo Ectopico. Edit.A.M.G.O. Pag 67-83, mayo 1984.

22.-Rivlin Michel M.D. Clinical outcome following vaginal drainage of pelvic abscess. Am. J.Obst and

Gynecol vol. 61 No 2 pag 169-73 february 1983.

23.-Ronald V. Wade, M.D. et. al. Reliability of gynecologic sonographic diagnosis, 1978-1984. Am.J.Obstet. and Gynecol pag 186-89 september 1985.

24.-Shirley McCarthy M.D. Gynecologic anatomy with magnetic resonance imaging. Am.J.Obstet Gynecol pags:255-59 August 1986.

25.-Steven J.Ory M.D. et.al. Conservative treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. Am.J.Obstets Gynecol pAgs:1299-306 June 1986.

26.-Veasy C. Duttram Jr. M.D. and Robert C. Reiter M.D. Uterine leiomyomata:etiology, symptomatology, and management. Fertility and Sterility. pAgs:433-45 October 1981.

27.-Villalobos Roman Manuel.Abdomen agudo en ginecologia edit. A.M.G.O. pag 54-86 mayo 1984.

28.-Wong-Ho Chow, PhD.,et al. Vaginal douching as a potential risk factor for tubal ectopic pregnancy. Am J. Obstet Gynecol pag 727-29 December 1985.