

11217
104 2oj

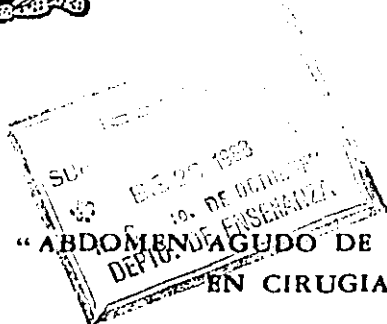


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION DE POST-GRADO

CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL



“ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN GINECOLOGICO EN CIRUGIA GENERAL”

TESIS DE POSTGRADO

PRESENTA :

DR. JOSE FELIX LUPERCIO JIMENEZ

A S E S O R :

DR. CARLOS SOBERANES FERNANDEZ

HOSPITAL REGIONAL “1o. DE OCTUBRE”

MEXICO, D. F.

1988



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

[Handwritten signature]



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.

INDICE

	PAGINA
Introducción	1
Objetivos	1
Hipótesis	2
Antecedentes Históricos	3
Justificación	4
Material y Métodos	5
Resultados	12
Discusión	30
Conclusiones	36
Bibliografía	37

INTRODUCCION:

El diagnóstico de abdomen agudo representa un reto para el cirujano General en no pocas ocasiones.

Las causas del abdomen agudo son variadas, sin embargo, no todas las patologías se encuentran circunscritas al aparato Digestivo; existen también las de origen ginecológico.

O B J E T I V O:

El objetivo de este trabajo es revisar específicamente la frecuencia con la que el cirujano general se enfrenta a la patología ginecológica, en pacientes que se han intervenido con diagnóstico de abdomen agudo cuya patología no es precisa en el preoperatorio. Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos estudiados las pacientes fueron sometidas a Cirugía de urgencia, hemos querido establecer los factores que influyen para que el cirujano hiciera un diagnóstico erróneo en el preoperatorio, para poder establecer un antecedente que sea útil en el diagnóstico temprano y preciso. Al mismo tiempo hemos querido valorar la capacidad del cirujano general, en la resolución de problemas ginecológicos que requieren cirugía de urgencia.

H I P O T E S I S:

Con este trabajo hemos querido demostrar que aún cuando el cirujano general efectue un diagnóstico preoperatorio erróneo al intervenir a una paciente con abdomen agudo, se encuentra capacitado para resolver problemas quirúrgicos de otra especialidad.

ANTECEDENTES HISTORICOS:

- Albucis.- Fue el primero en describir algunas observaciones sobre embarazo ectópico, hace más de 1000 años.
- Dodwell.- Refiere sus observaciones sobre embarazo combinado intra y extrauterino, en material de autopsia (1708).
- J. Bard.- Fue el primero en realizar un tratamiento quirúrgico para el embarazo ectópico (1759).
- Ahumara.- Publica por primera vez un caso de embarazo intersticial en 1801.
- Parry y Lea.-Consideraron que el embarazo ectópico roto produce una hemorragia mortal (1876).
- Heming.- Considera al embarazo ectópico una entidad rara y difícil de diagnosticar, aún contando con todos los elementos de un centro hospitalario(1876)
- Ruth.- Publica la primera laparotomía hecha para extraer un producto de concepción (1870).
- Lauson y Tait.-Obtienen resultados favorables efectuando salpingectomía en embarazo tubárico (1888).
- Knewland.- Extirpa un tumor gigante de ovario (1798).
- Ferretl.- Establece el tratamiento quirúrgico del quiste de ovario (1867).
- Springfield.En Inglaterra, refiere 40 casos de quiste de ovario complicados (1908).

JUSTIFICACION:

Frecuentemente el cirujano general al intervenir quirúrgica -
mente a un paciente, se encuentra con patología en el aparato
genital femenino como causa del abdomen agudo. Se hace necesar
rio realizar una revisión retrospectiva tratando de encontrar
datos que faciliten el diagnóstico preoperatorio, para que en
el momento de resolver quirúrgicamente el padecimiento, se -
tenga en cuenta las diferentes alternativas de manejo.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de las pacientes intervenidas quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General de urgencia, teniendo como diagnóstico post-operatorio una patología de origen ginecológico.

Durante un periodo comprendido de enero de 1986 a octubre de 1987, se realizaron un total de 1633 cirugías en el Servicio de Cirugía general. De éstas, 737 (45%) fueron urgencias y las 896 restantes (55%), se realizaron en forma electiva.

Consultando los archivos del Servicio de Cirugía y del propio Hospital, se seleccionaron 25 casos que representan el 3.4% de las cirugías de urgencia y el 1.5% de la cirugía general. Estos 25 casos constituyen el material de estudio de este trabajo y todos reúnen los requisitos solicitados para ser incluidos en este trabajo y que son los siguientes:

1. Que presentaran un abdomen agudo operado de urgencia.
2. Que hubieran sido operados por el cirujano general a excepción de dos casos en que se hizo en forma conjunta con el Servicio de Gineco-obstetricia.
3. Que la patología trans-operatoria fuera de origen gineco-

lógico.

4. Que se hubiera realizado algún procedimiento quirúrgico - específico en el área ginecológica.

Enfocamos nuestra revisión en diferentes aspectos:

- I. Datos generales.- Edad.
- II. Datos clínicos.- Dolor abdominal, tiempo de evolución -- del proceso agudo, considerándolo desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento quirúrgico; hallazgos al - tacto rectal y vaginal, sangrado transvaginal y valoración por el Servicio de Ginecología, Amenorrea, fiebre y vómito.
- III. Se revisaron los datos de laboratorio más importantes como la presencia o no de anemia, tomando como parámetro - para catalogarla, valores de hemoglobina menores de 12 - gr. Se consideró también dentro del hemograma la presencia de leucocitosis, teniendo como parámetro superior -- normal 10,000.
En el examen general de orina se anotaron los hallazgos - como leucocitos, eritrocitos, sedimento, y bacterias en-

el exámen microscópico.

- IV. Datos Radiológicos.- Se tomaron en cuenta las radiografías de tórax y las placas simples de abdomen, de pie y decúbito. Se analizaron los hallazgos de íleo reflejo, niveles hidroaéreos, borramiento del psoas, fijación del ciego y cualquier otro hallazgo que estuviera anotado en el expediente, como aire libre subdiafragmático y opacidades.
 - V. Se hizo un enlistado de los diagnósticos preoperatorios, confrontándolos con los del trans-operatorio.
 - VI. Se anotó el procedimiento quirúrgico realizado.
 - VII. Se hizo una revisión del tiempo quirúrgico utilizado.
 - VIII. Se anotaron las complicaciones post-operatorias, así como los días de estancia hospitalaria.
 - IX. Mortalidad.
- Todos los resultados se vertieron en una hoja de concentración de datos. Se hizo la suma de los datos afines cuando se tuvo la información, realizando el promedio.

CUADRO No.1

ASPECTOS CLINICOS	
I	TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.
II	DOLOR ABDOMINAL
III	TACTO RECTAL Y VAGINAL
IV	SANGRADO TRANSVAGINAL
V	VALORACION GINECOLOGICA
VI	AMENORREA
VII	F I E B R E
VIII	VOMITO.

CUADRO No.2

EXAMENES DE LABORATORIO	
I	HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO
II	LEUCOCITOSIS
III	EXAMEN GENERAL DE ORINA: a. LEUCOCITOS b. ERITROCITOS c. SEDIMENTO d. BACTERIAS POR CAMPO.

CUADRO No.3

DATOS RADIOLOGICOS	
I	TELE DE TORAX
II	SIMPLE DE ABDOMEN: a. ILEO REFLEJO b. NIVELES HIDROAEREOS c. BORRAMIENTO DEL PSOAS d. CIEGO FIJO e. AIRE LIBRE SUBDIAFRAGMATICO f. OPACIDADES

CUADRO No. 4

OTRAS VARIABLES	
I	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO
II	DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO
III	CIRUGÍA REALIZADA
IV	TIEMPO QUIRÚRGICO
V	COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS
VI	M O R T A L I D A D
VII	DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

RESULTADOS:

- I.- La edad promedio encontrada fue de 27 años, variando de 14 a 73 años.
- II.1.- El dato clínico observado con mayor frecuencia fue el dolor en la fosa iliaca derecha en el 100% de los casos y dolor en ambas fosas ilíacas en el 20% de los casos.
- II.2.- El tiempo de evolución varió de 9 horas a 7 días, con promedio de 2.2 días.
- II.3.- La amenorrea se presentó en 5 casos, que corresponde al 55% de las pacientes con embarazo ectópico y al 20% del total de pacientes.
- II.4.- En 14 pacientes se presentó fiebre que corresponde al 56% y en 18 se refirió vómito (72%).
- II.5.- Al realizar la exploración rectovaginal, en todas las pacientes se presentó algún tipo de dolor.
A la exploración ginecológica, en 13 pacientes (51%) se presentó dolor en la pared lateral derecha; se encontró además el anexo derecho ocupado en 3 pacientes (12%) 4 con abombamiento del fondo de saco en 2 casos (8%) y sangrado transvaginal en 3 (12%).

CUADRO No.5

SINTOMATOLOGIA PRINCIPAL	No.	%
DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA	20	80
DOLOR EN AMBAS FOSAS ILIACAS	<u>5</u>	<u>20</u>
TOTAL	25	100
AMENORREA	5	20
AMENORREA EN PACIENTES CON-		
EMBARAZO ECTOPICO	5/9	56
VOMITO	18	72
PIEBRE	14	56

CUADRO No.6

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION RECTO-VAGINAL	No.	%
DOLOR AL TACTO RECTAL	8	32
DOLOR AL TACTO VAGINAL	13	51
DOLOR AL TACTO RECTAL Y VAGINAL	4	16
		<hr/>
T O T A L	25	100
ANEXO DERECHO OCUPADO	3	12
ABOMBAMIENTO DE FONDO DE SACO	2	8
SANGRADO TRANSVAGINAL	3	12

En 8 pacientes a quienes se realizó tacto rectal se presentó dolor en la pared lateral derecha.

En 4 pacientes a quienes se les realizó tacto recto-vaginal, se presentó dolor al movilizar el cérvix, en el fondo de saco derecho y en la pared lateral derecha.

11.7.-Solamente en 9 pacientes (36%) se realizó valoración por el Servicio de Ginecología, descartando alguna patología quirúrgica en 6 casos (66%).

En los 3 casos restantes, se hizo el diagnóstico de embarazo ectópico en dos casos y quiste de ovario en un caso; no obstante haber hecho el diagnóstico correcto, las pacientes fueron intervenidas por el Servicio de Cirugía General, porque el Servicio de Ginecología no se hizo cargo de las pacientes, interviniendo sólo como interconsultantes.

Las 6 pacientes en quienes se descartó patología quirúrgica por el Servicio de Ginecología, fueron intervenidas por Cirugía General, porque se consideró que sí había una patología quirúrgica aguda, corroborándose en el trans-operatorio.

CUADRO No.7

VALORACION POR GINECO-OBSTETRICIA:	No.	%
PACIENTES QUE FUERON VALORADAS POR G.O.	9	36
SE DESCARTÓ PATOLOGIA GINECOLOGICA	6	66

III.- Entre los resultados de los exámenes de laboratorio podemos mencionar que 6 pacientes (24%) presentaron anemia; 4 con diagnóstico de embarazo ectópico, en un caso de perforación uterina y una paciente con tumor ovárico. La leucocitosis se presentó en 14 pacientes: en 7 pacientes con quiste de ovario, en 5 casos de embarazo ectópico y en dos casos de perforación uterina. La neutrofilia se observó en 7 casos de quiste de ovario, en 4 casos de embarazo ectópico y en 2 pacientes con perforación uterina. La bandemia solamente se presentó en un caso de embarazo ectópico, en dos casos de quiste de ovario y en las dos pacientes con perforación uterina. Las alteraciones en el examen general de orina más frecuentemente encontradas fueron: 10 casos (40%) con bacterias en el examen microscópico del sedimento, 7 pacientes con orina de aspecto turbio (28%); en 4 pacientes (16%) se presentaron eritrocitos y 3 muestras se reportaron con sedimento abundante (12%).

CUADRO No.8

DATOS DE LABORATORIO RELEVANTES:	No.	%
ANEMIA	6	24
LEUCOCITOSIS	14	56
NEUTROFILIA	13	52
BANDEMIA	5	20

CUADRO No.9

PARAMETRO LABORATORIAL	EMBARAZO ECTOPICO		QUISTE DE OVARIO		PERFORACION UTERINA		TUMOR DE OVARIO	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ANEMIA	4	44	-	-	1	50	1	100
LEUCOCITOSIS	5	55	7	53	2	100	-	-
NEUTROFILIA	4	44	7	53	2	100	-	-
BANDEMIA	1	9	2	15	2	100	-	-

Correlación enere datos de Laboratorio con diagnósticos.

IV. Los hallazgos radiológicos encontrados en las placas de tórax, fueron escasos: en dos pacientes (8%) se observó cardiomegalia y en una paciente (4%), fibrosis parahiliar.

En las placas simples de abdomen, tanto de pie como de cúbito, se observó ileo reflejo en 16 casos (64%), niveles hidroaéreos en 10 (40%), ciego fijo en 6 (28%), borramiento del músculo psoas en 5 (20%) y una paciente con aire libre sub-diafragmático en la radiografía de pie. En otro caso se observó opacidad en la parte inferior del abdomen derecho (4%). En ninguna paciente se realizó ultrasonograma abdominal.

V. Los diagnósticos preoperatorios con que se intervinieron a los pacientes fueron:

- a. Apendicitis aguda en 19 casos (76%),
- b. Embarazo ectópico en dos pacientes (8%),
- c. Dos pacientes (8%) se intervinieron con el diagnóstico de peritonitis secundaria a perforación uterina.
- d. En una paciente (4%), se diagnosticó preoperatoriamente un tumor gigante de ovario.
- e. Solamente en un caso (4%) se hizo el diagnóstico pre-operatorio de quiste de ovario torcido.

CUADRO No.10

HALLAZGOS RADIOLOGICOS	No.	%
TELE DE TORAX:		
a. CARDIOMEGALIA	2	8
b. FIBROSIS PARAHILIAR	1	4
SIMPLE DE ABDOMEN:		
a. ASA CENTINELA	16	64
b. NIVELES HIDROAEREO	10	40
c. CIEGO FIJO	7	28
d. PSOAS BORRADO	5	20
e. AIRE LIBRE SUB-DIAFRAGMATICO	1	4
f. OPACIDAD EN LADO DERECHO	1	4

CUADRO No.11

SINTOMA	No.	DIAGNOSTICO	No.
DOLOR FID	20	QUISTE DE OVARIO	13
		EMBARAZO ECTOPICO	6
		TUMOR DE OVARIO	1
DOLOR EN AM BAS FOSAS I	5	PERITONITIS SECUNDARIA A	
		PERFORACION UTERINA	2
		EMBARAZO ECTOPICO	3
AMENORREA	5	EMBARAZO ECTOPICO	5
VOMITO	18	QUISTE DE OVARIO	10
		EMBARAZO ECTOPICO	6
		PERFORACION UTERINA	1
FIEBRE	14	QUISTE DE OVARIO	11
		PERFORACION UTERINA	2
		EMBARAZO ECTOPICO	1
SANGRADO T.V.	3	EMBARAZO ECTOPICO	3

CONFRONTACION DE SINTOMAS CON DX POST-OPERATORIO.

CUADRO No.13

DX PREOPERATORIO	No.	DX POSTOPERATORIO	No.
APENDICITIS AGUDA	19	EMBARAZO ECTOPICO	7
		QUISTE DE OVARIO	12
EMBARAZO ECTOPICO	2	EMBARAZO TUBARICO	2
PERFORACION UTERINA	2	PERFORACION UTERINA Y PERITONITIS SECUNDARIA	2
QUISTE DE OVARIO	1	QUISTE TORCIDO DE OVARIO	1
TUMOR DE OVARIO	1	TUMOR GIGANTE DE OVARIO	1

- VI. Los diagnósticos transoperatorios fueron por orden de frecuencia :
- a. 13 pacientes (52%) con quiste de ovario torcido. En 12 casos se hizo el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda y sólo en un caso se hizo el diagnóstico preoperatorio correcto.
 - b. El embarazo ectópico se presentó en 9 pacientes - - (36%), siendo tubárico en 8 casos (89%) y ligamentario en un caso (11%). En dos casos el diagnóstico preoperatorio se correlacionó con el transoperatorio, haciéndose el diagnóstico de apendicitis aguda en las restantes 7 pacientes.
 - c. Se hizo un diagnóstico preoperatorio correcto en -- dos casos de peritonitis secundaria a perforación uterina (8%).
 - d. Hubo un caso (4%) con tumor ovárico maligno diagnosticado preoperatoriamente en forma acertada.
- VII. El procedimiento quirúrgico llevado a cabo estuvo relacionado con la patología de base:
- a. De nueve pacientes con embarazo ectópico se realizó salpingo-ooforectomía en 7 casos, conservando la --

trompa de Falopio en una paciente nulipara y en el caso restante se realizó salpingo-ooforectomía.

- b. En los 13 pacientes de quiste benigno de ovario, se realizó resección del quiste, conservando el ovario en todos los casos.
- c. De los dos casos de perforación uterina, en uno se realizó histerosalpingectomía bilateral, pudiendo conservar los ovarios. En el otro caso de perforación uterina, en que además existía perforación colónica, se realizó histerosalpingectomía más ooforectomía bilateral, realizando reparación de la perforación colónica sin exteriorizar el asa, realizando colostomía derivativa tipo Hartman.

En ambos casos de perforación uterina, la histerectomía fue llevada a cabo por el residente de ginecología, trabajando en forma conjunta con los residentes de Cirugía General.

- d. En el caso de tumor maligno de ovario se hizo resección del tumor y apendicectomía profiláctica.

VII. El tiempo quirúrgico reportado varió entre 1 - 2.5 horas, con promedio de 1.75 horas.

VIII. Se observó algún tipo de complicación en 6 pacientes, que representan el 24%:

- a. Sepsis post-operatoria en un caso de peritonitis secundaria a perforación uterina.
- b. Dos casos de flebitis: en una paciente de perforación uterina y en otra de quiste ovárico.
- c. Se observó infección urinaria en dos casos posterior a la colocación de sonda Foley, ambos en pacientes con embarazo ectópico
- d. En un caso (4%) se presentó dermatitis reaccional medicamentosa; en una paciente con quiste torcido de ovario.

IX. Solamente una paciente (4%) con peritonitis secundaria a perforación uterina, falleció.

X. Los días de estancia variaron entre 1 - 12 días, con promedio de 3.16 días.

CUADRO No.14

DX TRANS-OPERATORIO	No.	PROCEDIMIENTOS OX.	No.
QUISTE DE OVARIO	13	RESECCION DEL QUISTE	13
EMBARAZO ECTOPICO	9	SALPINGECTOMIA	7
		SALPINGO-OOFORECTOMIA	1
		PLASTIA TUBARICA	1
PERFORACION UTERINA	1	HISTEROSALPINGECTOMIA	
		BILATERAL	1
PERFORACION UTERINA Y Y COLONICA	1	HISTEROSALPINGOOFOR	
		TOMIA BILATERAL + REPARACION DE PERFORA CION COLONICA + COLOS TOMIA DERIVATIVA TIPO- HARTTMAN	1
TUMOR DE OVARIO	1	RESECCION DE TUMOR + APENDICECTOMIA.	1

CUADRO No.15

DIAS DE ESTANCIA	NO.DE PACIENTES	TOTAL DIAS/CAMA
1	2	2
2	9	18
3	8	24
4	3	12
5	1	5
6	1	6
12	1	12
TOTAL	25	79
PROMEDIO		3.16

D I S C U S I O N:

En la revisión del presente trabajo, básicamente se reportan cuatro padecimientos, que se enumeran por orden según la -- frecuencia encontrada:

- a. Quiste torcido de ovario.
- b. Embarazo ectópico.
- c. Perforación uterina con peritonitis secundaria.
- d. Tumor maligno de ovario.

A manera de introducción, enumeraremos los cuadros clínicos -- de cada uno de los padecimientos, haciendo una comparación -- con los datos encontrados en las pacientes estudiadas.

El cuadro clínico de las pacientes con quiste torcido de ova -- rio se caracteriza por dolor súbito e intenso en el abdomen -- bajo, se acompaña de náuseas y vómito, con rigidez en la par -- te inferior del abdomen; hay taquicardia y puede haber eleva -- ción de la temperatura. De los exámenes de laboratorio, en -- el hemograma se reporta leucocitosis. Dentro de los datos ra -- diológicos puede observarse asa centinela con niveles hidro -- aéreos. El manejo es quirúrgico haciendo resección del quis -- te, conservando el ovario cuando ésto es posible.

El dolor fue el síntoma principal en el 100% de las pacien -- tes, localizándose en el cuadrante inferior derecho del abdó --

men, siendo de inicio súbito e intenso. En el 72% se presentó vómito y náuseas y también en el 100% de nuestras pacientes se observó rigidez muscular en el sitio del dolor. La leucocitosis se presentó en el 54%. Los hallazgos radiológicos reportados fueron: asa cecal en el 69% de los casos. Niveles hidroaéreos en el 46%, ciego fijo en el 46% y derramamiento del psoas en el 28%. En todas las pacientes se hizo resección del quiste conservando el ovario

Como se puede observar, existe una gran similitud entre -- ambos cuadros clínicos; no obstante, solamente en una paciente se hizo el diagnóstico preoperatorio correcto, interviniéndose el resto de las pacientes con el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda.

Existe una gran similitud entre ambos padecimientos: quiste torcido de ovario y apendicitis aguda, (4, 10) hecho que puede explicar el alto índice de error diagnóstico (0.7%).

El embarazo ectópico es una entidad clínica que ha ido en aumento en la última década, relacionado directamente con el incremento en la frecuencia de enfermedad inflamatoria pélvica crónica (1, 5).

Se refiere que en cuanto al cuadro clínico del embarazo ectópico, éste se presenta a la mitad de la vida reproductiva, -

caracterizándose por una tríada: dolor abdominal en el 90% - de los casos, amenorrea en el 80% y sangrado uterino anormal en el 70% (1, 10). Cuando existe ruptura del embarazo ectópico, también puede presentarse hipotensión con trastornos vasomotores, palidez, dolor y datos de irritación peritoneal - en parte baja del abdomen, así como dolor exquisito a la movilidad del cuello uterino (15).

Dentro de los datos radiológicos reportados se menciona que puede existir asa centinela con niveles hidroaéreos en el lado afectado.

Se menciona que son útiles para hacer el diagnóstico de embarazo ectópico la determinación de gonadotropina coriónica, - la culdocentesis y el ultrasonograma pélvico.

Dentro de los datos de laboratorio útiles en el embarazo ectópico, se menciona a la anemia en el 86% de los casos y leucocitosis en el 65%.

Se ha reportado una localización tubárica en el 96% de los - casos (1, 15). En las pacientes estudiadas la edad promedio fue de 27 años, que va de acuerdo con la entidad clínica de que se trata. En el 66% de los casos se presentó dolor en la fosa iliaca derecha y en el 34% restante se observó dolor en ambas fosas iliacas, con datos de irritación peritoneal - en el 100% de los casos. La amenorrea se refirió en el 55% - de las pacientes y el sangrado uterino anormal en el 33%.Hu-

bo dolor a la movilización del cérvix en el 66% de los casos. Con respecto a los datos de laboratorio reportados hubo anemia en el 44% de las pacientes y leucocitos en el 55%. No se realizó determinación de gonadotropinas coriónicas en ninguna paciente, ni tampoco se realizó culdocentesis ni ultrasonograma pélvico.

Dentro de los hallazgos radiológicos, se observó asa centinea en el 55% de las pacientes, con niveles hidroaéreos en el 22%.

Como puede observarse, existe una divergencia entre los datos clínicos y de laboratorio referidos para el embarazo ectópico y los encontrados en nuestras pacientes, sobre todo - el antecedente de amenorrea y el sangrado uterino anormal - que se presentaron por mitad de la frecuencia esperada. Este hecho influyó para que solamente en dos pacientes de 9, se hiciera el diagnóstico preoperatorio correcto y en las restantes 7 pacientes se diagnosticara equivocadamente como - - apendicitis aguda.

En cuanto a la localización del embarazo ectópico, si se correlacionó con los reportes al respecto (10), que refieren una localización predominante en la salpinx, ya que en nuestra serie en el 91% se observó esta localización.

El manejo quirúrgico llevado a cabo en nuestras pacientes es

en términos generales, el aconsejado por la mayoría de los autores. La salpingectomía realizada en 8 de 9 pacientes con embarazo ectópico, conservando la trompa de Falopio en un caso va de acuerdo con lo publicado por Hallat (7); quien lo aconseja cuando se desea un embarazo ulterior. Con respecto a los dos casos de peritonitis secundaria a perforación uterina, en ambos casos se hizo el diagnóstico correctamente, dado el antecedente de legrado uterino y los datos de abdomen agudo con que acudieron las pacientes al Hospital. La rigidez abdominal, dolor y datos de irritación peritoneal generalizada, así como mal estado general, fiebre, vómito y datos de laboratorio alterados (leucocitosis y anemia) integraron el cuadro clínico, sin tener dificultad para realizar el diagnóstico. En ambos casos estuvo indicada la laparotomía exploradora llevada a cabo, y, ante el hallazgo de perforación uterina estuvo bien indicada la cirugía realizada: -- histerectomía (11, 15).

El manejo quirúrgico de la lesión colónica llevado a cabo es lo recomendado por los autores (11). Así mismo, la evolución post-operatoria en ambos casos fue inicialmente satisfactoria.

Con respecto al tumor maligno de ovario, tampoco se tuvo dificultad para el diagnóstico. La paciente se presentó por dolor abdominal detectándose una masa pélvica de gran tamaño -- se realizaron exámenes generales con los reportes ya referi-

dos, así como tomografía axial computarizada de abdomen. - Lo que sí se determinó en el post-operatorio en este caso, - fue la malignidad reportada por el servicio de Patología, -- Creemos que la extirpación del tumor realizada y apendicectomía, así como la administración de radioterapia post-operatoriamente, fue lo indicado (10).

Con respecto a los días de estancia, se encuentran dentro del rango reportado para una cirugía de urgencia (11).

Las complicaciones post-operatorias reportadas, pueden considerarse bajas. La urosepsis, flebitis y reacción medicamentosa, se presentaron como en cualquier paciente quirúrgico.

La sepsis que presentó una de las pacientes con perforación uterina es explicable por la contaminación bacteriana peritoneal que ya existía desde el pre-operatorio. Esta paciente - como se observó, tuvo una resolución adecuada de esta complicación.

La única muerte observada en la paciente con perforación uterina y que además presentaba lesión colónica, se presentó -- hasta 3 meses después de la primera cirugía, posterior a la cirugía para cierre de colostomía. La paciente falleció el día que iba a ser egresada, con diagnóstico de paro cardíaco por estimulación vagal.

C O N C L U S I O N E S :

1. El abdomen agudo de origen ginecológico en Cirugía General es relativamente frecuente: 3.4%.
2. El cirujano general tiene un alto índice de error diagnóstico en quiste de ovario (93%) y menor en embarazo ectópico (78%).
3. La similitud del cuadro clínico entre la apendicitis aguda y los procesos ginecológicos agudos, fue un factor -- importante para errar el diagnóstico.
4. La técnica quirúrgica que el cirujano general utilizó en casos de abdomen agudo ginecológico, es adecuada.
5. Tomando en cuenta la evolución post-operatoria, el cirujano general está capacitado para resolver los problemas de abdomen agudo ginecológico.

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

1. Ansfield, I.J., Crist, G. Allen; Embarazo tubario bilateral, El Médico General y los problemas de la Mujer, sept. 1986.
2. Axe, Steven R., Klein, Victor R., Woodruff, J. Donald: - Chorilocarcinoma of the Ovary; Obstetrics & Gynecology -- 66: 111-114, 1985.
3. Brenner, Dean E., Shaff, Max, I., Jones, Howard W, Grosh, William W., Greco, Anthony, Burnett, Lonlie S.: Abdomino pelvic Computed Tomography: Evaluation in Patients Undergoing Second-look Laparotomy for Ovarian Carcinoma. Obst Gynecol 65 (5): 715 - 719, 1985.
4. Chaitin, Barbara, Gersheienson, David M., Evans, Harry - L.: Mucinous Tumors of the Ovary. Cancer 55: 1985-1962,- 1985.
5. Chow, Wong-Ho, Daling, Janet P., weiss, Noel S., Moore,- Donald E. y Soderstrom, Richard: Vaginal douching as a potential risk factor for tubal ectopic pregnancy. Am J. Obstet Gynecol 153: 727-729, 1985.

6. Fletcher, Van.: Proximal stump salpingitis. Am J.Obstet-Gynecol 155:496-500, 1986.
7. Hallatt, Jack G. Tubal conservation in ectopic pregnancy: A study of 200 cases: Am J. Obstet Gynecol 154:1216-1220, 1986.
8. Kadar, Nicholas, Caldwell, Burton V. y Romero Roberto. Método para realizar detección de embarazo ectópico y sus indicaciones: Ginec obstetricia de posgrado. 7:151-156, - 1982.
9. Loffer, Franklin D. Outpatient management of ectopic pregnancies: Am J. Obstet Gynecol 156: 1467-1472, 1987.
10. Novak Edmund R., Seegar Jones, Georgeanna y Jones, Howard W. Tratado de Ginecología: 1977, 434-458
11. Nyhus, Lloyd M., Baker, Robert J. El dominio de la Cirugía: 1986: 1563-1596.
12. Pace, Benjamin W., Bank, Simmy, Wise, Leslie, Burson, -- Leonard y Borrero Edgar. Amylase Isoenzymes in the Acute Abdomen: An Adjunct in those Patients With Elevated Total Amylase: J.of Gastro. 80:898-901, 1985.

13. Smith, Elaine M., Anderson, Barrie. The Effects of Symptoms and Delay in Seeking Diagnosis on Stage of Among - Women with Cancers of the Ovary; Cancer 56: 2727-2732, - 1985.
14. Weckstein, Louis N., Boucher, Alan R., Tucker, Howard, - Gibson, D'nelle y Rettenmaier, Mark A. Accurate Diagnosis of Early Ectopic Pregnancy; Obst.& Gynecol 65:393-397, - 1985.
15. Williams, Hellman, Pritchard. Williams Obstetricia 1978: 466-490.

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