



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Ginecología y Obstetricia
"Luis Castelazo Ayala"

"ABDOMEN AGUDO EN GINECOLOGIA"

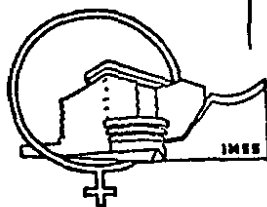
TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de Especialista en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

DR. JOSE FUGAROLAS MARIN

Asesor: Dr. Eduardo Torreblanca Neve



México

D. F. TESIS CON

EXHA

1989



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.

T A B L A D E C O N T E N I D O

	pag.
INTRODUCCION	1
OBJETIVO	12
MATERIAL Y METODO	13
RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	22
COMENTARIO	29
BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUCCION

El "abdomen agudo" es un concepto general, impuesto por la premura diagnóstica, que comprende todas las afecciones abdominales agudas, caracterizadas por reacciones locales y generales con diferente sintomatología dolorosa y que exigen, en poco tiempo, una aclaración diagnóstica.

El diagnóstico de alarma "abdomen agudo" representa siempre una amenaza para la vida. Así sucede sobre todo cuando, debido al retraso del diagnóstico, el proceso morboso, con el cuadro de peritonitis o de íleo, se ha convertido en una grave enfermedad general o se ha complicado a través de un choque séptico o hemorrágico (1).

La condición previa al buen resultado del tratamiento, es una terapéutica rápida y dirigida a la causa, por regla general operatoria, con eliminación y exclusión de las causas que han originado este grave evento patológico.

El médico ginecoobstetra, a lo largo de su desempeño profesional, se encuentra frecuentemente a ésta encrucijada diagnóstica en la que tiene que hacer gala de sus conocimientos y experiencia clínica para llegar a un diagnóstico etiológico preciso y poder aplicar un tratamiento radicalmente efectivo en la resolución de este síndrome.

El primer punto importante a dilucidar es si la causa que provoca el abdomen agudo se encuentra circunscrita al aparato genital femenino ya que, como sabemos, cualquier órgano intraperitoneal es capaz de

provocar irritación del peritoneo y desencadenar las manifestaciones clínicas características de este proceso patológico. Para esto, es necesario un perfecto conocimiento de la semiología de las diferentes entidades nosológicas capaces de provocar dolor abdominal (2,3).

Sabemos que cualquier órgano pélvico con un proceso morboso provoca estímulos dolorosos generalmente en los cuadrantes abdominales inferiores. Las trompas de Falopio son órganos susceptibles de originar cuadros abdominales agudos ya que por sus características anatomofisiológicas pueden ser invadidas por bacterias patógenas o sufrir torsión, principalmente en su parte proximal, que comprometa su circulación principalmente arterial. La salpingitis usualmente es bilateral y sólo ocasionalmente se presenta de un sólo lado, secundaria a la diseminación proveniente de otros órganos pélvicos como lo es el apéndice. En años recientes la salpingitis unilateral se ha hecho mas frecuente debido al uso de dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo. Puede ser secundaria a un legrado uterino, insuflación tubaria o a una histerosalpingografía.

La salpingitis aguda produce un dolor intenso que puede incrementarse en el transcurso de horas y se acompaña de hipersensibilidad y rigidez del bajo vientre. El dolor puede ser constante o tipo cólico con periodos libres de molestia. Puede existir ligera hipertermia o estar ausente. Rara vez el cuadro agudo se presenta con abundante secreción transvaginal, pero generalmente existe el antecedente de cervicovaginitis subagudas o crónicas. Como cualquier otra enfermedad aguda, puede provocar retrasos

menstruales y así, simular embarazo. Existe un estado nauseoso y vómito cuando hay acúmulo de material purulento en el fondo del saco de Douglas secundario al lico paralítico que éste provoca.

No hay signos patognomónicos de salpingitis, sólo el 50 % a 65 % de los casos son correctamente diagnosticados. El estado general de la paciente puede no estar muy comprometido o por el contrario, puede ocasionar un severo compromiso a nivel sistémico. La movilización cervical a la palpación bimanual provoca dolor y se encuentra hipersensibilidad en el anexo mas afectado y a menos que la salpingitis aguda se agregue a un proceso crónico como lo es un hidrosalpinx, no es frecuente detectar alguna tumoración anexial (4,5,6).

La torsión de una trompa de Falopio por sí misma es extremadamente rara a no ser que presente quistes o tumores paratubarios de etiología neoplásica o de derivados mesonéfricos que puedan comprometer la irrigación de la salpinx afectada.(7)

El dolor de etiología uterina capaz de provocar un síndrome doloroso abdominal se asocia principalmente a problemas durante el embarazo, pero la degeneración roja de un fibroma puede ocurrir en la mujer no gestante, principalmente alrededor de la menopausia o asociada a la ingesta de anovulatorios orales. El dolor abdominal que se produce es constante y va aumentando paulatinamente en intensidad. Se manifiesta inicialmente en el sitio que se encuentra el fibroma para luego irradiarse en forma generalizada en el abdomen, acompañándose de

hipersensibilidad, náusea y vómito (7).

En los raros casos que encontramos material purulento proveniente de cavidad uterina o pìometra, tenemos el antecedente de estenosis u obliteraciòn cervical provocado por un càncer cervicouterino, cambios seniles, conizaciòn cervical o alguna otra manipulaciòn cervical. Los casos de hematometra pueden ser secundarios a estenosis cervical en mujeres que ya han menstruado o pueden ser secundarios a un tabique vaginal en una nìfa con amenorrea primaria. Ambos, pìometra y hematometra, producen un dolor crònico en los cuadrantes abdominales inferiores que se exacerba durante la menstruaciòn. En general, el dolor de etiologia uterina es raro fuera del estado gràvido y se asocia en ocasiones a la expulsión de cuerpos extraños como el dispositivo intrauterino o algùn mioma submucoso pediculado capaz de provocar distensiòn de la cavidad uterina y desencadenar una respuesta contractil del útero (8).

La torsión de los anexos uterinos es probablemente la causa mas frecuente de dolor agudo de etiologia ginecològica en la zona inferior del abdomen. Si culmina su evolucion sin que sea diagnosticado ni tratado, puede haber necrosis, peritonitis y muerte. En el 50 % de las lesiones en que hay torsión, se observan neoplasias de ovario no adherentes y de tamaño medio que miden de 10 a 12 cm de diámetro. La torsión casi nunca ocurre en las tumoraciones ovàricas de gran tamaño debido a la poca movilidad que éstas tienen. Muchas mujeres señalan crisis de dolor de tipo semejante en ocasiones previas, lo cual sugiere torsión y destorsión anteriores.

El comienzo del dolor es espontáneo y súbito, y es consecuencia de la oclusión de los vasos del órgano girado en torsión. La presión venosa es menor que la arterial y durante un lapso dado la lentificación del retorno venoso se acompaña de la continuación del riego arterial, con lo que surge el edema, hemorragia y distensión de dicho órgano. En caso de la torsión gradual pero progresiva habrá trombosis vascular, en primer lugar venosa, y después arterial. El dolor es intenso y proporcional al grado de obstrucción circulatoria. Surgen rápidamente náusea y vómito. Si la torsión inicial es completa y lo suficientemente aguda y total para interrumpir el retorno venoso, habrá simultaneidad del dolor agudo, con náusea y vómito, y este dato clínico permite diferenciar los dos tipos de torsión en total y parcial. La segunda puede acompañarse de rotación y desrotación intermitentes, con lentificación del riego, pero no hasta llegar a la trombosis. Cuando un tumor de anexos no está girado y no hay dolor, puede palparse y en ocasiones movilizarse fácilmente (4,5).

La torsión puede abarcar el ovario normal con mayor frecuencia en las niñas que en adultos. El edema masivo del ovario es una situación similar a un tumor y es consecuencia de la torsión en las adolescentes, que ocasiona agrandamiento notable y doloroso del ovario. Si en forma oportuna se identifica su verdadera naturaleza, esto es, un "tumor simulado", y si se realiza una laparotomía exploradora urgente, puede restaurarse el ovario a su posición normal, conservarlo en ella y estabilizarlo

gracias a un punto de sutura en su polo lateral en la pared de la pelvis. Si la torsión es incompleta y sólo llegó a ocluir la circulación venosa y linfática mas no la arterial, puede haber virilización de la mujer, y en este caso puede demostrarse, a veces, la luteinización del estroma del ovario afectado. Antes de la menarquia puede surgir hiperestrinismo y desencadenar pubertad precoz, que puede mejorar posterior a un tratamiento. La microscopia electrónica de órganos afectados por el edema masivo incluye fibroblastos y miofibroblastos. Estos surgen, posiblemente, como respuesta al edema. El edema masivo a veces ocasiona el llamado síndrome de Meigs (1,3).

Con mayor frecuencia la torsión del ovario afecta al órgano ocupado por una neoplasia pequeña o de mediano tamaño, a menudo un teratoma quístico o un quiste dermoide, por lo regular en personas jóvenes. A veces sufren torsión otras neoplasias sólidas de tamaño moderado, densas y con movimiento libre como lo puede ser el fibroma. El gran peso del tumor y la lentitud relativa de crecimiento de la neoplasia mencionada generan un largo pedículo que puede sufrir torsión con los cambios de posición. La mujer sufre de un dolor muy intenso tipo transfiectivo si la rotación se hace con un ángulo de 360 grados y no hay alivio. Con grados menores de torsión, el dolor a veces cede con la reversión espontánea de la tumoración, sólo para reaparecer en fecha futura. Las lesiones de tamaño semejante pero fijas por adherencias, como lo es la endometriosis o la enfermedad inflamatoria pélvica, por lo regular se "estabilizan" y no se mueven lo suficiente como para permitir la torsión.

La torsión de los anexos suele ser unilateral y

hay una mínima preponderancia en el lado derecho. Se ha señalado una cifra de tres a dos en relación con el lado izquierdo, tal vez puede deberse al resultado de la situación del colon que ocupa el espacio en la hemipelvis izquierda o dicha situación depende de la hipermovilidad del ciego y la zona distal del ileon en la derecha.

La torsión del ovario en los comienzos entorpecer la circulación venosa y linfática, razón por la cual se produce dolor unilateral de intensidad proporcional al grado de obstrucción, junto con el edema ovárico. Si interviene el cuerpo amarillo, hay un decremento repentino del nivel de esteroides ováricos y puede haber hemorragia uterina inesperada. El cuadro anterior es distinto del que se presenta en el embarazo ectópico en el que existe, generalmente, un antecedente de amenorrea durante un mes, seguida de hemorragia y dolor agudo de intensidad mucho mayor (8,9).

Si la torsión es persistente y el trastorno no es diagnosticado ni tratado, hay febrícula con leucocitosis, aunque la velocidad de eritrosedimentación puede ser normal. La necrosis y la infección del órgano se acompaña de fiebre de mayor cuantía y mayor grado de leucocitosis. El órgano rápidamente puede llegar a ser de color muy oscuro, necrótico, gangrenado y manifestarse con un cuadro de peritonitis generalizada con datos de oclusión intestinal.

Si hay necrosis en los anexos normales de la mujer joven, puede haber resorción de la zona afectada y culminar en la desaparición de uno de los anexos, que se

descubrirá en etapa ulterior de la vida y no se acompaña de anomalías en las vías urinarias, que nos podría sugerir alguna anomalía congénita. Como otra posibilidad, la zona puede sufrir calcificación e identificarse accidentalmente en alguna cirugía.

Si se rompen las venas superficiales del anexo, como consecuencia del aumento de la presión venosa que ocurre después de la interrupción de la circulación venosa pero no arterial, puede haber hemoperitoneo, y si éste es de gran cuantía, surge el signo de Cullen y haber dolor en el hombro derecho, distensión abdominal y datos de íleo. La torsión intermitente o parcial puede ocasionar degeneración por parte de la pared de un quiste que se puede adherir a otros órganos pélvicos con las consiguientes complicaciones que ello provoca (10,11).

El cuadro incluye el antecedente de dolor, a menudo repentino y transitorio, a veces después de un cambio rápido de posición, como cambiar de un lado a otro en el lecho.

Son esenciales el diagnóstico y tratamiento inmediatos, para así conservar los anexos y sus funciones. La gran aceptación e inocuidad relativa a la laparoscopia diagnóstica y la posibilidad de hacer inmediatamente ultrasonogramas han facilitado el diagnóstico y tratamiento oportunos, siempre que el cirujano abrigue sospecha seria de la posibilidad del cuadro. Esto es, sin duda, esencial para conservar las funciones reproductoras y endocrinas.

Casi todas las mujeres acuden al médico al término de 48 horas del comienzo del dolor y en el 66 % de los casos surgen en etapa temprana náuseas y vómitos. El

dolor es el único síntoma constante en la torsión aguda o completa. En casos de comienzo repentino de la torsión completa, el dolor es transitorio y semejante al cólico. Sin embargo, en la torsión intermitente puede ser periódico y haber intervalos entre los ataques que pueden variar desde días a meses. El dolor primario suele asentarse en la pelvis y sentirse en las fosas ilíacas, a veces puede irradiar al muslo derecho o al dorso si hay estimulación de los nervios correspondientes al segmento torácico 10 (T 10), que llegan a los anejos.

La temperatura y el pulso permanecen normales o muestran mínimo incremento durante algún tiempo en la evolución del trastorno, a diferencia de las elevaciones más rápidas y mayores que surgen en la apendicitis aguda o la enfermedad inflamatoria pélvica (12,13).

La exploración del abdomen permite identificar rigidez, espasmo, dolor a la palpación y dolor espontáneo iniciales en un lado, al palpar en forma profunda en el cuadrante inferior. La masa puede palparse por la exploración abdominal, si ha adquirido tamaño suficiente. En el caso de la torsión parcial, se advierte menor resistencia de la pared del abdomen y se palpa con mayor facilidad el tumor.

En la exploración pélvica, esto es, ginecológica, cuando hay agrandamiento del anexo, el médico palpará en un lado una masa dolorosa a la movilización bimanual. Puede identificarse el signo de Werneck, que es el dolor en el pedículo de la masa. Es raro el dolor a la palpación en el fondo del saco de Douglas, que permite diferenciar este

trastorno de la endometriosis o del embarazo ectópico.

Si no se palpa masa alguna, hay duda del diagnóstico y la mujer no está en muy grave estado, pueden ser útiles la radiografía simple y el ultrasonograma de abdomen para saber si se emprenderán nuevos estudios para llegar al diagnóstico. En la torsión de los anejos normales no se palpan masas a la exploración, salvo que se desarrolle edema masivo del órgano afectado (14).

Cuando aparece infección después de la oclusión de la arteria que irriga los órganos del anexo, el dolor se intensifica de manera importante, aparecen escalofríos, diaforesis e hipertermia junto con los signos clínicos de irritación peritoneal (15).

Si la mujer con dolor unilateral espontáneo de comienzo agudo presenta una masa de tamaño moderado en el anexo, conviene efectuar un laparotomía exploradora a la mayor brevedad sin más investigaciones en el preoperatorio. Si hay duda alguna en cuanto a la presencia o ausencia de tumoración anexial, es importante realizar una laparoscopia confirmatoria antes de la laparotomía exploradora. Si ha habido trombosis en los vasos del ovario o salpinge, o gangrena de ambos órganos hay que eliminar la estructura afectada sin revertir la torsión para aminorar la posibilidad de tromboembolia pulmonar. Si el aspecto a simple vista de la lesión no sugiere daño irreversible a los tejidos o su irrigación sanguínea, que por lo regular es propio del diagnóstico rápido y temprano, o del hecho de haber torsión parcial, puede corregirse la torsión del órgano y estabilizarse por medio de un punto de sutura conservando así íntegro la capacidad de la función

reproductora. El método conservador mencionado entraña algunos riesgos de posible embolia y repetición de la lesión en lo futuro. Si únicamente hay afección del ovario o de la salpinge, conviene extirpar la estructura afectada (10).

La endometriosis pélvica puede provocar casos de abdomen agudo que ameriten resolución quirúrgica, principalmente en los casos que se rompe un quiste endometriósico hacia cavidad abdominal y se acompaña de hemoperitoneo, provocando un cuadro clínico similar al del embarazo ectópico roto (16).

OBJETIVO

El propósito del presente trabajo es realizar una revisión retrospectiva de los casos con diagnóstico de "abdomen agudo" de origen ginecológico en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en el transcurso del año de 1980, determinando la incidencia de las diferentes causas etiológicas, el tiempo transcurrido entre el inicio de las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de "abdomen agudo", los hallazgos transoperatorios, tipo de laparotomía y técnica quirúrgica empleada, tipo de anestesia aplicada, días de estancia hospitalaria y morbilidad y mortalidad postoperatoria.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron y depuraron los expedientes del archivo clínico del Hospital "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social de las pacientes ingresadas del 1o de enero al 31 de diciembre de 1983 por el servicio de "Admisión" de la unidad, seleccionando el total de ingresos en los cuales uno de los diagnósticos hubiera sido "abdomen agudo" o bien que en la evolución de la paciente se estableciera este síndrome.

Se agruparon por entidades nosológicas, determinando las condiciones clínicas de la paciente desde el inicio de la sintomatología hasta que se estableció el diagnóstico de "abdomen agudo".

La resolución de todos los casos fue quirúrgica por lo que fueron revisadas las descripciones postoperatorias y las hojas de anestesia de los expedientes para registrar los hallazgos transoperatorios y el tipo de técnica quirúrgica empleada en cada caso en particular. También se registró el tipo de anestesia del evento operatorio.

Para determinar la morbilidad inherente en cada caso, se revisó la evolución postoperatoria de la paciente hasta el día en que fue egresada del hospital, haciendo especial énfasis en los días de estancia intrahospitalaria, datos clínicos importantes, exámenes de laboratorio y gabinete para así poder detectar complicaciones infecciosas o hemorrágicas postoperatorias. Todo esto con el propósito de identificar cualquier evento patológico postoperatorio que pudiese comprometer, de

alguna manera, a la paciente.

En la presente revisión se excluyeron los casos de "abdomen agudo" en los que el factor etiológico fue de origen enzimático como lo es la pancreatitis aguda.

**"Mas vale un momento de derrota que
una vida de indecisión"**

Douglas McArthur.

RESULTADOS

Torsión de quiste de ovario

Se revisaron 71 expedientes clínicos con el diagnóstico de "abdomen agudo" en el Hospital "Luis Castelazo Ayala", encontrando que la causa mas frecuente que provoca este síndrome de etiología ginecológica es la torsión anexial secundaria a un quiste de ovario, con un total de 35 casos (49.3%). Se registraron 23 (66%) en el anexo derecho y 12 casos (34%) en el anexo izquierdo.

El tiempo promedio de inicio entre el cuadro clínico y el diagnóstico fue de 9 horas. En 11 casos encontramos un retardo en el diagnóstico debido a que la sintomatología dolorosa cedió durante unas cuantas horas (4 en promedio) para luego volver a presentarse.

Dentro de los hallazgos transoperatorios encontramos compromiso de la circulación del órgano en 13 casos (37%) y en los 22 restantes (63%) se encontró una torsión parcial del anexo afectado.

Se realizó laparotomía exploradora de urgencia y la técnica quirúrgica empleada fue: resección del quiste + ooforectomía en 19 casos (54%), resección únicamente del quiste en 14 casos (40%) y en 2 casos (6%) se realizó resección cuneiforme del ovario afectado en el sitio del pequeño quiste.

En cuanto al tipo de anestesia empleada, 33 casos (97%) fueron intervenidos bajo anestesia general y únicamente 2 casos con bloqueo peridural + sedación.

El promedio de días de estancia intrahospitalaria

fue de 4. En la evolución postoperatoria, 3 pacientes presentaron febrícula que desapareció al 5o. día postquirúrgico, siendo egresadas después de 24 horas de permanecer afebriles.

Anexitis

Encontramos 13 casos (10.3%) en los que este padecimiento provocó los datos clínicos suficientes para integrar el diagnóstico de "abdomen agudo".

En 8 casos (61%) la infección se presentó en ambos anexos, en 4 (30%) en el anexo derecho y sólo un caso de infección en el anexo izquierdo.

Unicamente se encontró material purulento en 4 casos (30%) dentro de cavidad peritoneal, en escasa cantidad (promedio de 30cc).

El órgano afectado en todos los casos fue la salpinge, describiéndose como eritematosa, edematosa, engrosada y con pérdida de la anatomía normal a expensas de inflamación local. No se describió afección ovárica por contigüidad. El tiempo promedio de inicio entre el cuadro clínico y el diagnóstico fue de 11 horas.

Se realizó laparotomía exploradora de urgencia en todos los casos. En 3 pacientes con anexitis de lado derecho se realizó salpingectomía y en uno de ellos se practicó también apendicectomía por encontrar apéndice eritematoso.

En los 4 casos en que se encontró material purulento en cavidad peritoneal, se realizó lavado de la misma con solución fisiológica (4 litros en promedio).

Todos los casos fueron intervenidos bajo anestesia

general.

La cantidad de días de estancia intrahospitalaria, en promedio, fue de 5.

Todos los casos fueron manejados con antibioticoterapia en el postoperatorio. En 2 de ellos la estancia se prolongó hasta 7 días por presentar absceso de pared. En uno de ellos si se encontró material purulento como hallazgo quirúrgico y en el otro caso el diagnóstico preoperatorio fue anexitis bilateral. Ambos se manejaron con lavado y curación de herida quirúrgica 2 veces al día.

Es importante hacer mención que en 6 casos (46%) el diagnóstico preoperatorio fue de probable apendicitis aguda, incluyendo el caso en que se realizó apendicectomía.

Piosalpinx

Esta entidad infecciosa la encontramos en 3 casos (11%) de los 71 revisados. El tiempo promedio de inicio entre el cuadro clínico y el diagnóstico fue de 10 horas. En 5 de ellos (63%) se manifestaron en la salpinge derecha y 3 (37%) en la salpinge izquierda. En 6 (75%) se encontraron íntegros y únicamente 2 (25%) se encontraron rotos (uno del lado derecho y otro del lado izquierdo). En el caso de piosalpinx roto izquierdo se formó un absceso en el fondo de saco de Douglas.

Se encontró material purulento en 6 casos (75%) diseminado en cavidad peritoneal, 50cc en promedio.

La técnica quirúrgica empleada en los 6 casos de piosalpinx no roto fue la extirpación de la trompa de Falopio afectada y en 3 casos se realizó lavado de cavidad peritoneal

T A B L A 1

C A S O D I A G N O S T I C O

%

1 TORSION DE QUISTE DE OVARIO	35	49.30%
2 ANEXITIS	13	18.31%
3 PIOSALPINX	8	11.27%
4 PERFORACION UTERINA POST-LUI (*)	6	8.45%
5 DEGENERACION DE MIOMA	3	4.23%
6 RUPTURA DE FOLICULO	3	4.23%
7 PIO OVARIO	1	1.41%
8 RUPTURA DE QUISTE ENDOMETRIOSICO	1	1.41%
9 TORSION DE SALPINGE	1	1.41%
=====		
T O T A L	71	100.00%

(*) LUI = legrado uterino instrumental

T A B L A I I

CASO	D I A G N O S T I C O	HORAS
------	-----------------------	-------

1	TORSION DE QUISTE DE OVARIO	9
2	ANEXITIS	11
3	PIOSALPINX	10
4	PERFORACION UTERINA POST-LUI (*)	1
5	DEGENERACION DE MIOMA	18
6	RUPTURA DE FOLICULO	7
7	PIO OVARIO	15
8	RUPTURA DE QUISTE ENDOMETRIOSICO	5
9	TORSION DE SALPINGE	7

(*) LUI = legrado uterino instrumental

con solución fisiológica (3 litros en promedio).

En los 2 casos de piosalpinx roto se extirpó la salpinx afectada y se realizó lavado de cavidad peritoneal con solución fisiológica (7 litros en promedio).

En todos los casos se respetaron los ovarios, así mismo, en todos los casos se administró anestesia general y el promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 4. Sólo en un caso (piosalpinx no roto, en el que no se realizó lavado peritoneal) se prolongó a 7 días la estancia por presentar picos febriles vespertinos hasta 24 horas previas al egreso.

Perforación uterina post legrado uterino instrumental

Encontramos 6 casos (2.4%) de perforación uterina post legrado ginecológico. En todos ellos el diagnóstico previo al evento quirúrgico fue de sangrado uterino disfuncional.

En 5 casos (83%) el diagnóstico se hizo durante el procedimiento quirúrgico. En un caso (17%) el diagnóstico se realizó 7 horas después.

En los 6 casos se realizó cierre primario de la perforación con puntos en cruz y material de sutura absorbible. No se presentó en ningún caso lesión a algún otro órgano intrapélvico durante el acto quirúrgico y sólo se detectó una perforación en el fondo uterino en cada caso detectado. En todos los casos se administró anestesia general.

El promedio de días de hospitalización fue de 3.

Esta complicación no presentó mayor

TABLA III
 TORSION DE QUISTE DE OVARIO
 Tecnica quirurgica empleada

Reseccion del quiste + ooforectomia	19	51.29%
Reseccion del quiste	14	40.00%
Reseccion cuneiforme	2	5.71%
=====		
	35	100.00%

(*) LUI = legrado uterino instrumental

Degeneración de mioma

Encontramos 3 casos (4.2%) de degeneración benigna de mioma. El tiempo promedio de inicio entre cuadro clínico y diagnóstico fue de 18 horas. En 2 casos (66.6%) el tipo de degeneración fue séptica y en un caso (33.3%) se observó degeneración roja del mioma.

En los 2 casos de degeneración séptica se practicó histerectomía total abdominal y en el caso de degeneración roja se practicó miomectomía ya que la paciente aun no tenía paridad satisfecha.

En los 3 casos se administró anestesia general.

El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 3 días y en todos los casos se aplicó antibioticoterapia postoperatoria.

No se detectó morbimortalidad en el postoperatorio.

Ruptura de folículo ovárico

Este hallazgo se presentó únicamente en 3 casos (4.2%). El promedio de inicio entre cuadro clínico y diagnóstico fue de 7 horas.

Los 3 casos se presentaron en el ovario izquierdo y en uno de ellos se encontró como hallazgo transoperatorio hemoperitoneo de 100 cc. En este caso se realizó resección cuneiforme del ovario afectado y lavado de cavidad peritoneal.

En los dos casos restantes no se realizó ningún otro procedimiento quirúrgico mas que la revisión del

apéndice cecal y el resto de los otros órganos intraperitoneales.

Todos los procedimientos quirúrgicos se realizaron bajo anestesia general.

El promedio de días de estancia intrahospitalarias fue de dos.

No se presentó morbilidad postoperatoria.

Pilo-ovario

Hallamos un solo caso (1.4%) de absceso ovárico derecho no roto. El promedio de inicio entre el cuadro clínico y diagnóstico fue de 15 horas. Un antecedente importante fue que la paciente era portadora de enfermedad inflamatoria pélvica crónica. Como hallazgo quirúrgico se encontraron múltiples adherencias en el anexo derecho. El apéndice no se encontró afectado. Se practicó salpingo-ooforectomía derecha y lavado de cavidad peritoneal con solución fisiológica (promedio de 6 litros), procedimiento bajo anestesia general. El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 4. Se administró antibioticoterapia y no se detectó morbilidad postoperatoria.

Quiste endometriósico roto

Se registró un solo caso de esta entidad patológica (1.4%). El promedio de inicio entre cuadro clínico y diagnóstico fue de 5 horas. En esta paciente existía el antecedente de dismenorrea incapacitante de 2 años de evolución.

T A B L A I V
DIAS PROMEDIO DE ESTANCIA
INTRA - HOSPITALARIA

C A S O	D I A G N O S T I C O	N o . D I A S
1	TORSION DE QUISTE DE OVARIO	4
2	ANEXITIS	5
3	PIOSALPINX	4
4	PERFORACION UTERINA POST-LUI (*)	3
5	DEGENERACION DE MIONA	3
6	RUPTURA DE FOLICULO	2
7	PIO OVARIO	4
8	RUPTURA DE QUISTE ENDOMETRIOSICO	4
9	TORSION DE SALPINGE	2
		=====
	T O T A L	31

(*) LUI = legrado uterino instrumental

T A B L A V
 PERFORACION POST - LUI (*)
 Tecnica Quirurgica Empleada

CIERRE PRIMARIO DE PERFORACION	5	83.33%
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	1	16.67%
T O T A L	6	100.00%

(*) LUI = legrado uterino instrumental

Los hallazgos transoperatorios fueron de quiste endometriósico de ovario izquierdo roto, hemoperitoneo de 200 cc, material "achocolatado" en fondo de saco de Douglas y pequeños implantes endometriales en el ovario contralateral.

Se practicó ooforectomía izquierda y lavado quirúrgico de cavidad abdominal con solución fisiológica (5 litros), bajo anestesia general. La paciente permaneció internada 4 días no presentándose morbilidad postoperatoria.

Torsión de salpínges

Se encontró un caso (1.4%) de esta patología. El promedio de inicio entre cuadro clínico y diagnóstico fue de 7 horas.

Los hallazgos transoperatorios reportaron salpínges derecha con múltiples quistes de Morgagni de 0.5 a 1 cm de diámetro, torsión de la trompa de Falopio a nivel del istmo y salpínges edematosa sin compromiso vascular. Se practicó salpingectomía derecha y revisión de cavidad abdominal bajo anestesia general. La paciente permaneció dos días internada sin presentarse morbilidad postoperatoria.

CONCLUSIONES

La presente revisión retrospectiva nos brinda la oportunidad de actualizar nuestras estadísticas en cuanto al diagnóstico y manejo del síndrome "abdomen agudo" de etiología ginecológica en nuestro hospital.

La causa mas frecuente de este síndrome fue la torsión de masa anexial ovárica de tipo quístico. Este evento patológico lo observamos en 35 laparotomías exploradoras (47.2%) de 71 (tabla y gráfica I). Predominó el anexo comprometido derecho sobre el izquierdo (66% sobre 34% respectivamente), lo cual coincide con los reportes de la literatura mundial que expresan preponderancia en el lado derecho con una relación de 3 a 2.

En todos los casos fue unilateral, lo que también corresponde con la Bibliografía de la torsión de anexos.

Las siguientes causas por orden de frecuencia fueron procesos infecciosos de los anexos; anexitis en un 19.3% y piosalpinx en un 11%. La primera se manifestó en ambos anexos principalmente (61%) y solo en un 39% en forma unilateral. El piosalpinx predominó en el lado derecho (63%).

La perforación uterina post legrado uterino instrumental como procedimiento terapéutico del sangrado uterino de etiología ginecológica ocupó un 8.4% dentro de la indicación de laparotomía exploradora. El diagnóstico en el 83% de los casos se realizó durante el acto quirúrgico, lo cual nos indica ginecoobstetras familiarizados con el procedimiento, capaces de detectar la complicación mas frecuente del legrado uterino instrumental. Este porcentaje corresponde con algunos reportes de centros ginecológicos de

concentración en los que se practican gran número de legrados uterinos.

La degeneración de un mioma, 4.2% de las laparotomías realizadas, fue un evento que se presentó con mayor frecuencia que el expresado en la literatura mundial ya que es mas frecuente en la mujer embarazada.

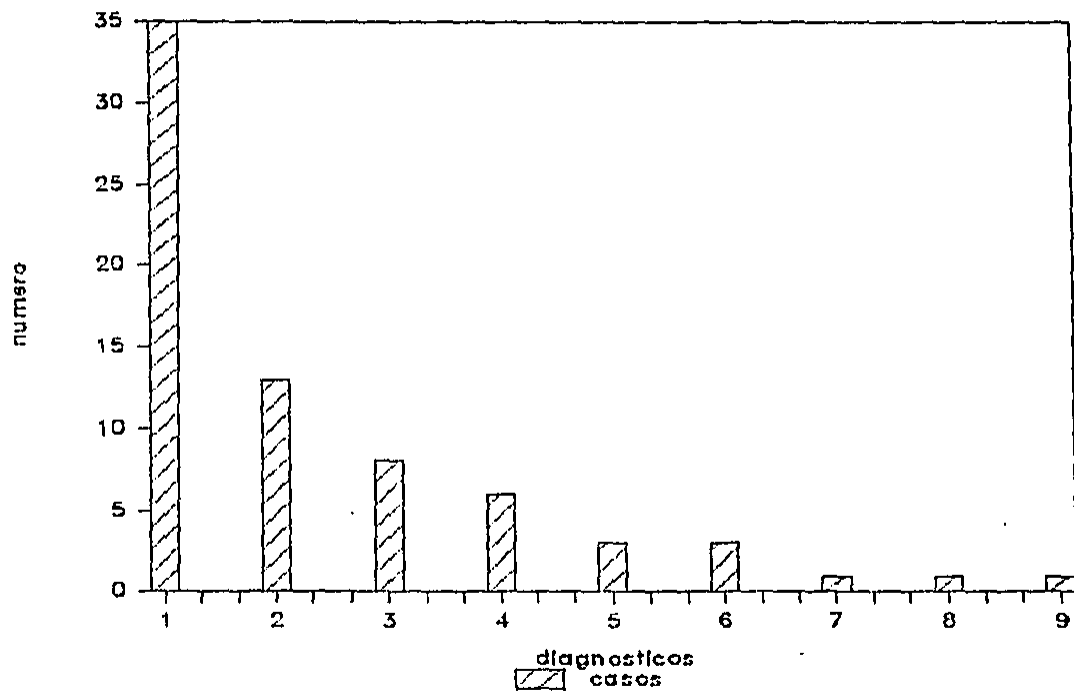
La ruptura de un folículo ovárico se presentó en 3 casos. Uno de ellos aumentó la laparotomía exploradora de urgencia puesto que había irritación peritoneal secundaria al hemoperitoneo. Es por esta causa que se justifica cualquier procedimiento agresivo aunque sólo se sospeche la ruptura de un folículo ovárico.

En los casos de pio-ovario y quiste endometriódico de ovario roto, se presentaron las dos causas incluíbles de procedimiento intervencionista de etiología ovárica: infección y hemorragia.

Finalmente en nuestra serie se presentó un diagnóstico poco frecuente en la literatura: la torsión de una trompa de Falopio que persiste y es capaz de provocar un síndrome doloroso abdominal agudo que justifica la intervención quirúrgica. Al igual que en los escasos reportes mundiales de esta entidad patológica, la asociación con quistes paratubarios hace mas susceptible a la palpinge de sufrir torsión.

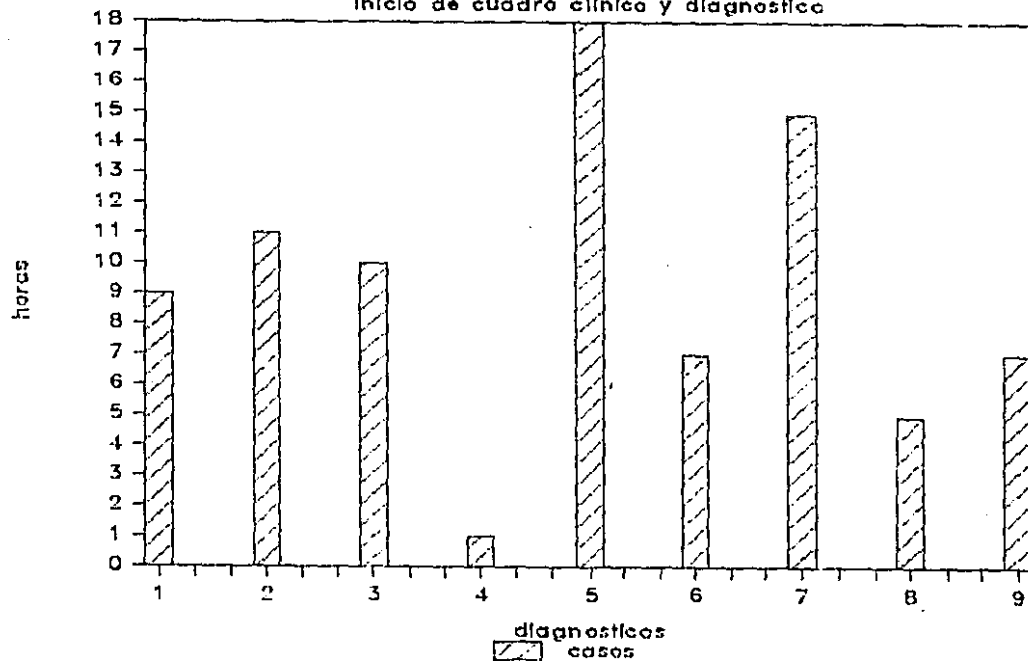
En cuanto al tiempo promedio de inicio entre el cuadro clínico y diagnóstico (Tabla I) se aprecia que la degeneración de mioma ocupa el periodo de latencia mas largo, con 18 horas. Esto puede deberse a que es una alteración patológica relativamente rara en la mujer no gestante ya que

GRAFICA 1



GRAFICA 2

Inicio de cuadro clínico y diagnóstico



las manifestaciones clínicas se desencadenan súbitamente.

El caso de pio-ovario tuvo una latencia de 15 horas. En primera instancia se pensó en una recidiva de la enfermedad inflamatoria pélvica, por lo que se definió transitoriamente la laparotomía exploradora.

La anexitis y el piosalpinx (11 y 10 horas respectivamente) tuvieron un periodo ligeramente prolongado en cuanto al inicio del cuadro clínico y diagnóstico ya que se esperó a recabar los análisis preoperatorios para precisar el diagnóstico.

También el promedio de tiempo de latencia para intervenir quirúrgicamente a la mujer con torsión de quiste de ovario se prolonga a unas cuantas horas ya que en 11 casos (31.4%) la sintomatología fue intermitente con periodos asintomáticos de 4 horas en promedio.

La ruptura del quiste endometriósico, del folículo ovárico y la torsión de la salpinx fueron resueltos en un tiempo adecuado tomando en cuenta los hallazgos del laboratorio y cuadro clínico para integrar dichos diagnósticos (Gráfica 2).

Con respecto a los hallazgos transoperatorios y a la técnica quirúrgica empleada, se observó en los casos de quiste de ovario cierta predominancia de la torsión parcial del anexo en un 63%. Solo en un 37% de los casos de tumoraciones se apreció compromiso macroscópico de la circulación del órgano afectado.

El 54% de las intervenciones quirúrgicas fue agresiva al realizar resección del quiste + ooforectomía. En 40% de los casos se reseco únicamente el quiste ya que el ovario no presentaba compromiso vascular y únicamente en dos

casos (6%) se realizó resección cuneiforme por ser tumoraciones pequeñas menores de 5 cm de diámetro y sin mayor compromiso ovárico.

En los casos de anexitis se observó material purulento en el 30% de las laparotomías y en el 23% (3 casos) se realizó salpingectomía, ya que el cirujano consideró que el foco séptico pudiese agravar el pronóstico de la paciente. En uno de estos 3 casos, se realizó apendicectomía por encontrar una apéndice eritematosa sin reacción periapendicular. Dadas las características macroscópicas de la salpinge y del apéndice, se integró el diagnóstico de anexitis y la inflamación de la apéndice se consideró secundaria a un proceso de diseminación por contigüidad.

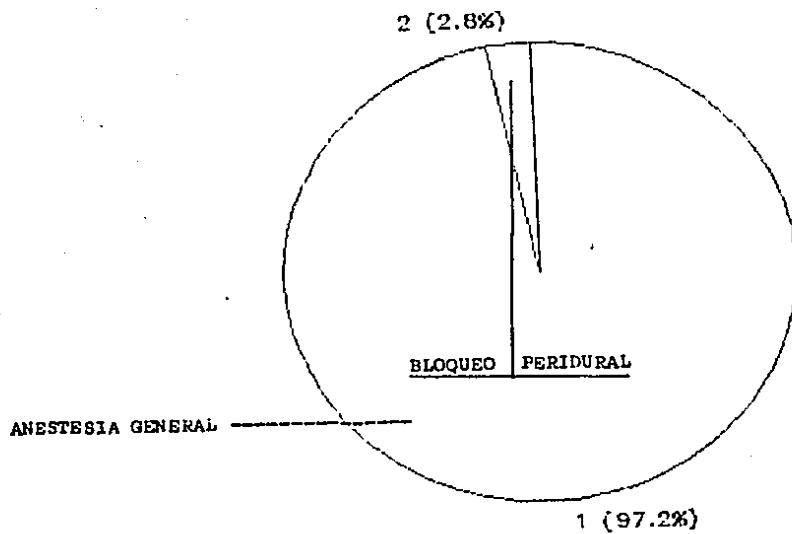
En todos los casos en que se encontró material purulento se realizó un tiempo quirúrgico fundamental en el tratamiento de los casos de abdomen agudo que se acompañan de este tipo de hallazgo: el lavado quirúrgico con solución fisiológica.

Estos 4 casos presentaron una evolución postoperatoria satisfactoria y únicamente se presentó un absceso de pared abdominal supra-aponeurótico como morbilidad en el postoperatorio, cifra porcentualmente tolerable a lo que se espera posterior a una cirugía séptica.

En el 75% de los casos de piosalpinx, se encontró material purulento en cavidad abdominal, mismo que originó el absceso en el saco de Douglas. Solo el 25% de los casos presentaron ruptura, pero en los casos de piosalpinx no roto se reportó salida espontánea a través de fimbria de material purulento. En todos los casos se practicó salpingectomía del

GRAFICA 3

tipo de anestesia



anexo afectado, conducta agresiva de acuerdo a algunos reportes que recomiendan el manejo médico en casos de piosalpinx no roto, pero hay que recordar que muchas veces una conducta radical en lo que respecta al manejo de los pacientes sépticos puede salvarles la vida o evitar postoperatorios tórpidos.

En el 87.5% de todos los casos se efectuó lavado peritoneal, lo que mejoró la morbilidad postoperatoria, ya que en el único caso que no se realizó el lavado peritoneal la evolución postoperatoria fue tórpida a expensas de febrícula e hipertermia vespertina pues la reabsorción de material purulento provoca liberación de pirógenos que elevan la temperatura corporal y se mantiene el estado séptico de la paciente por mas tiempo del que debiera si se compara con los casos en que sí existió lavado y remoción de este material de la cavidad abdominal.

En la perforación uterina post logrado, el manejo conservador de una sola perforación demostró que puede ser el adecuado cuando no hay alguna indicación séptica o hemorrágica para realizar la histerectomía abdominal (Tabla V). Aun en el caso en que el diagnóstico se hizo 7 horas después, el cierre primario de la perforación y el manejo médico con antibióticos resolvió el problema sin ninguna morbilidad postoperatoria.

En los 3 casos de degeneración benigna de un mioma, la indicación de la histerectomía resolvió el problema séptico y la miomectomía como manejo conservador en la mujer nulípara fue una elección terapéutica adecuada.

La laparotomía exploradora en las pacientes con ruptura de un folículo ovárico se justificó por las

manifestaciones clínicas de abdomen agudo quirúrgico y en un caso se encontró hemoperitoneo de 100 cc secundario al folículo roto sangrante.

El absceso ovárico fue resuelto con la extirpación del órgano afectado así como lavado quirúrgico de la cavidad abdominal obteniendo un resultado satisfactorio en el postoperatorio, lo que corresponde con los reportes de la literatura mundial que recomiendan la ooforectomía en casos de compromiso séptico del ovario.

Al igual que en el caso del folículo ovárico roto, la endometriosis ovárica presentó datos de abdomen agudo quirúrgico secundario al hemoperitoneo, con un cuadro de evolución rápida y que ameritó solución inmediata y radical por lo cual se extirpó el ovario y se efectuó lavado peritoneal para extraer todo el material endometrial.

En el raro caso de la torsión de salpinge, se encontró asociado con múltiples hidátides de Morgagni que como se reporta en estos casos, existe una asociación entre masas aneniales de pequeño tamaño y la torsión de la trompa de Falopio.

En referencia al procedimiento anestésico utilizado el 97.2% de los actos quirúrgicos se realizaron bajo anestesia general, técnica indicada en una laparotomía exploradora de urgencia para resolver un abdomen agudo quirúrgico (gráfica 3).

Finalmente el promedio de días de hospitalización (Tabla IV) nos indica una evolución satisfactoria de las pacientes, ya que individualmente no se observó postoperatorios no mayores a los 7 días. El absceso de pared

supra-aponeurótico fue el único hallazgo postoperatorio dentro de la morbilidad el cual fue remitido gracias a curaciones diarias de la herida quirúrgica mas la antibioticoterapia.

En nuestra revisión no se encontró ningún caso de defunción pre, trans o postoperatoria.

Después de revisar y comparar los resultados de nuestro reporte con la literatura mundial, encontramos que en nuestro Hospital este tipo de evento patológico se diagnostica en un tiempo adecuado para aplicar medidas quirúrgicas curativas definitivas y no "heroicas" prácticamente sin morbilidad postoperatoria.

La torsión del quiste de ovario representó, como era esperado, la mayor causa de indicación de laparotomías de urgencia. Se aplicó un manejo conservador respetando el ovario en los casos que no se observó compromiso circulatorio del mismo, punto fundamental en el futuro obstétrico y ginecológico de las pacientes.

En segundo orden de frecuencia encontramos padecimientos infecciosos de los anexos uterinos, cuyo manejo quirúrgico incluyó conceptos de cirugía general, puesto que en algunos casos fue necesario practicar apendicectomías. Es indispensable que el gineco obstetra maneje esta técnica quirúrgica y esté familiarizado con ella, ya que como lo describimos en algún caso, el hallazgo transquirúrgico requirió la resolución del mismo inmediatamente.

El lavado quirúrgico mejoró de submanera la morbilidad postoperatoria, encontrando algunos casos de absceso de herida quirúrgica, pero comparado con los reportes de cirujanos generales, la cantidad de solución fisiológica empleada fue insuficiente y probablemente se hubiese podido disminuir la morbilidad infecciosa en el postoperatorio.

Se demostró que el gineco obstetra es un cirujano que sabe elegir la técnica quirúrgica adecuada en casos de

laparotomías de urgencia, ya que en esta revisión no se registró ningún caso de defunción y la morbilidad detectada es menor a la que se reporta en los procesos sépticos que se someten a cirugía de urgencia.

Finalmente, este breve pero concluyente trabajo nos invita a tener siempre presente que una actitud quirúrgica intervencionista fundamentada en una metodología diagnóstica y terapéutica correcta evita las complicaciones y aun la muerte de las mujeres con procesos morbosos abdominales.

BIBLIOGRAFIA

1.- BECK, L.; Complicaciones intra y
postoperatorias en Ginecología; Ed. Salvat, España, 1963.

2.- DEAL, J., RAFFENSPERG, J.; Diagnosis of Acute
Abdominal Disease; Philadelphia, Lea & Febiger, 1979.

3.- WAY, L.; Abdominal Pain; Philadelphia, W.B.
Saunders Company, 1963.

4.- COPE, Z.; The early diagnosis of acute
abdomen; New York, Oxford University Press, 1963.

5.- BEARD, R.S., BELSEY, E.Y., LIEBERMAN, B.A.;
Pelvic pain in woman; Am J Obstet Gynecol, 128, 566-70,
1977.

6.- CHOW, A.M., MARSHAL, J.F., GUZE, L.A.; Anaerobic
infections of the female generative tract: Prospects and
perspectives; Obstet Gynecol Surv, 30:477, 1975.

7.- THOMPSON, J.D.; Indications for the
hysterectomy; Clin Obstet Gynecol, 24:1245, 1981.

8.- KISTNER, R.W.; Gynecology; Edit Year Book
Medical Publications, 1971.

9.- DIDDLE, A.W.; Special medical surgical
considerations in gynecology; Current Obstetric
gynecologyc, Benson, Lange Medical Publications, 1976.

10.- RIVERA,H.R.; Correlación clínico-quirúrgica de 50 casos de abdomen agudo diagnosticados en el Hospital "Luis Castelazo Ayala"; Tesis, 1966.

11.- RENNER,M.G.; Psychological aspects of chronic pelvic pain in women; Am J Obstet Gynecol, 134:75, 1972.

12.- NAVA,S.R.; Apendicitis en ginecología y obstetricia; Ginec Obstet Mex, 31:187, 523-37, 1972.

13.- ESCHENBACH,D.A., HOLMES,K.K.; Acute pelvic inflammatory disease: Current concepts of pathogenesis, etiology and management; Clin Obstet Gynecol, 18:35, 1975.

14.- SPAULDING,L.B.; The role of ultrasonograph in the management of endometritis, salpingitis and peritonitis; Obstet Gynecol, 53:422, 1979.

15.- CLOWES,C.H.; Peritoneal lavage in peritonitis; Mod Med, 1 53:62, 516-21, 1972.

16.- BEATT,J.H., SHAMBLIN,W.R.; Spontaneous rupture of endometrial cyst of the ovary presenting as an acute abdominal emergency; Am J Obstet Gynecol, 108:56-62, 1960.