



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

1217
40
289

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"

**ABDOMEN AGUDO EN
GINECO - OBSTETRICIA**

TESIS DE POSTGRADO

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

DR. VICENTE DE JESUS CORONADO NEGRETE



IMSS

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | |
|------------------------------------|-----------|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| GENERALIDADES..... | 3 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 23 |
| ANALISIS DE RESULTADOS..... | 24 |
| CONCLUSIONES..... | 32 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 34 |

I N T R O D U C C I O N

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 más 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 están comprometidas y el diag-

nóstico es poco claro se puede esperar el período razonable durante el --
cual se deben hacer exámenes físicos repetidos y solicitar estudios com--
plementarios tales como análisis clínicos generales, estudios radiológi--
cos y ultrasonográficos y si la duda diagnóstica continúa se pueden efec--
tuar procedimientos diagnósticos tales como culdocentesis, laparoscopia,-
parecentesis, con el fin de evitar laparotomias innecesarias y sus poten--
ciales complicaciones.

GENERALIDADES

Síndrome 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 intraabdominales que tarde o temprano ocasionan irritación y 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 éstos 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 valorados en forma repetida con seguridad razonable durante un período.

3.- Casos Crónicos: Pacientes con dolor recurrente o crónico de la parte baja del abdomen.

La mayoría de las pacientes pertenecen al segundo grupo. La investigación más importante de los casos dudosos son la observación continua y la exploración física repetida.

Existe una continuidad entre los dos primeros grupos y algunas alteraciones patológicas pueden ser comunes a las dos dependiendo del 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 inquieta, temerosa de moverse. Muchas pacientes jóvenes conservan una presión normal o tienen solamente disminuída en estas etapas incipientes de choque hipovolémico, pero la frecuencia del pulso está aumentando y su volumen es filiforme. El dolor intenso puede acompañarse de vómitos reflejos, pero los vómitos repetidos pueden ser importantes.

En caso de apendicitis la anorexia es común, pero variable y aunque la diarrea y disuria no son características notables, suelen ocurrir en la apendicitis retrocecal o pélvica.

Cuando hay gastroenteritis este antecedente suele ser el indicio principal, puesto que náuseas, vómito o diarrea preceden al inicio del dolor y en caso de apendicitis el dolor es virtualmente el síntoma inicial. Mialgias difusas, fotofobia y cefalea pueden sugerir una enfermedad viral.

Nunca es diagnóstico por sí mismo el grado de fiebre; sin embargo son raras las temperaturas cercanas a 40 grados centígrados en caso de apendicitis aguda y frecuentes en las enfermedades virales, pielonefritis y septicemia. Un síntoma que indica irritación diafragmática es el dolor en el hombro, es de utilidad la producción del dolor al 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 variables, ésta 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 e hiperestesia solo confirman la

sospecha. No se debe omitir el examen general de orina. En casos raros, la pancreatitis y la úlcera péptica perforada pueden producir dolor en la parte baja del abdomen. (2)

El cólico renal o ureteral se puede manifestar como dolor en cualquier parte 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

trar 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 ésta es muy rara. (4-10)

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 ameno -- rrea 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 paraoforo 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 ade-- cuado y dado que el dolor es lo que la paciente presenta, se debe investi-- gar su origen. El dolor de tipo psicógeno generalmente tiene antecedentes psicosociales o familiares de importancia. (5)

Indicadores sobre el origen del dolor son: momento en que se inició y forma en que se desarrolló. Es común el inicio súbito 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 hue- co que trata de expulsar un cuerpo extraño, en tanto que el dolor constan- te sugiere peritonitis o hemorragia hacia los tejidos. La rotación de un quiste puede iniciarse en forma intermitente, que más tarde se vuelve (8- 28) es útil la irradiación del dolor: hacia el muslo si es ureteral, ampu- ral u ovárico o hacia los hombros se trata de irritación frénica pueden - ser útiles la hemorragia regular y otros síntomas acompañantes, pero tam- bién producen náuseas, vómitos y alteraciones intestinales en cualquier - problema pélvico. Quizá hay alteración reciente en el patrón menstrual y

el dolor abdominal se acompaña en muchos casos de menorragia, irregularidades en el ciclo, dismenorrea o amenorrea.

El dolor a la mitad del ciclo, ovulargia o mittelscherz dado su frecuencia y que la intensidad del dolor puede ser variable, hay que tenerlo 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 baja 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 puede ser un disgusto contra el marido o ansiedad.

Son importantes los antecedentes de instrumentaciones intrauterinas ya que puede dar complicaciones inmediatas, (como perforaciones uterinas por legrado, 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. (7-9-11-22) 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 piosalpinx, salida de pus hacia el ovario (piovario) 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 absesos pélvicos.

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

En los últimos años debido al empleo cada vez más frecuentes del DIU, han habido reportes de complicaciones sépticas y muerte por peritonitis - en algunos casos, (7) a pesar de que hay discusiones 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 tiene los anaerobios en este tipo de infecciones. (22)

El examen de las 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 diag--

nótico ya que nos puede mostrar desde alteraciones inflamatorias hasta colecciones francas de líquidos. (23-18-19-22)

2.- Accidentes 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. La radiografía son poco útiles en esta entidad. (12-13)

La ultrasonografía hace el diagnóstico al encontrar crecimiento uterino, engrosamiento anexial, masa anexial y líquido abundante en fondo de - saco, en caso de ser ectópico roto; puede haber error en ausencia de li - quido libre en fondo de saco. La seguridad del diagnóstico por ultrasoni

do 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 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 las 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 Quiste Ovárico. Es un accidente poco común. Cuando su origen es no neoplástico 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 ha-

ya manifestaciones de dolor e irritación peritoneal. A la exploración -- puede encontrarse la masa anexial y al momento de la laparotomía efectuar se el diagnóstico. (20) No se encuentra alteraciones radiográficas generalmente. Por ultrasonido puede encontrarse desde crecimiento ovárico, - escaso líquido libre en fondo de saco, hasta hematocolpos franco.

3.- Traumático.- La perforación uterina es un accidente relativamente común durante un legrado uterino o por la aplicación de un DIU. En caso de aborto provocado este antecedente puede ser negado por la enferma, - lo que haría difícil el diagnóstico. Por otra parte no siempre que se -- perfora el 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)

4.- Neoplásico Corioadenoma Destruens. En este padecimiento las vellocidades coriales, perforan la pared uterina con la posibilidad de producir hemorragia en la cavidad abdominal. El cuadro clínico es de un embarazo complicado con hemorragias uterina persistente que puede coincidir con otras manifestaciones de mola benigna (hipermesis, crecimiento aumentado del útero, títulos elevados de gonadotropina) o en caso grave desarrolla un cuadro de dolor abdominal agudo seguido de choque hipovolémico. En ocasiones se confunde con embarazo ectópico. (14-15-19-20-21-23).

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 hemato salpinx, 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 AGUDOGINECOLOGICO

1.- Precisar la existencia del síndrome, tomando en 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 parámetros
Tumor anexial

Estudios de Laboratorio Gabinete y Procedimientos.

Biometría Hemática. Con respecto a la hemoglobina un solo resultado normal, no excluye hemorragia reciente ya que quizá no haya transcurrido tiempo suficiente para que se produzca hemodilución. Sin embargo sirve como base para comparaciones en 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 en los que predomina 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.

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 bícorno 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 unos 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. Para el diagnóstico del dolor abdominal tenemos que: Diferenciar entre las masas ováricas, tubarias y uterina, posi-

bles adherencias, endometriosis, embarazo ectópico, quiste ovárico torcido o sangrante, salpingitis, absceso pélvico no roto, apendicitis, miomatosis uterina y dolor pélvico psicógeno. (9)

La culdoscopia 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.

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 líquido se debe colocar un cateter central y una sonda vesical para valorar los volúmenes urinarios. De acuerdo a la distensión abdominal se valora la aplicación de una sonda de Levin.

Procedimientos Quirúrgicos.

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

Requieren tratamiento quirúrgico los cuadros de piósalpinx, absceso pélvico y absceso tuboovárico. La opinión más generalizada es de iniciar -

un tratamiento con antibiótico, 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 esté --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 poste --rior en caso de abscesos cerca del fondo de saco, de la línea media, dis --cantes del tabique rectovaginal y fluctuantes para drenaje y aplicación --de canalizaciones. (23) 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 obliga 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 cantidad 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 quirúrgica. En la mayoría de los casos se efectúa salpingectomía y de ser posible se debe conservar el ovario.

Cuando se trata de un embarazo ectópico no roto se podría utilizar - cirugía conservadora (salpingostomía) sobre todo en la mujer que no tiene hijos, (13) aunque otros reflejan que la conservación de ésta o de fragmentos no mejoran la posibilidad de fertilidad en casos en que la otra -- trompa esté 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.

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

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

de miomas degenerados, en casos de malformaciones uterinas con hematome
tra se efectúa el drenaje de éste y los procedimientos plásticos de este-
órgano se efectuarán de acuerdo al tipo de malformación.

Análisis 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 esta in-
tervención 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 aten-
ción para las pacientes.

MATERIAL Y METODOS

De la libreta de control hospitalario del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Luis Castelazo Ayala, se investigaron 362 expedientes de pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente de Febrero de 1987 a Febrero de 1990 mediante una laparotomía exploradora.

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.

ANÁLISIS DE RESULTADOS**Quiste Torcido de Ovario:**

El padecimiento se encontró en un 20.11% de las pacientes estudiadas la edad predominante fué de 30 años. El método anticonceptivo más utilizado fueron los hormonales en un 49% y de depósito un 12%.

Solamente el 6.5% de las pacientes presentaba cirugía previa. En las manifestaciones clínicas el dolor fué el síntoma cardinal reportándose en un 100%. El 72% de las pacientes presentaron alguna tumoración, el 30% de las pacientes cursaron con sangrado transvaginal.

El tratamiento consistió en 48 salpingectomías, 12 salpingooforectomías y 12 extirpaciones de quiste ovárico.

Pacientes con Diagnóstico de Quiste de Ovario.

Número de Pacientes.....68

Eddes:

| | | | |
|---------------|----|--------------|----|
| 21 Años | 6 | 29 Años..... | 10 |
| 23 | 6 | 31 | 10 |
| 26 | 6 | 35 | 4 |
| 27 | 12 | 37 | 4 |
| 28 | 10 | | |

TOTAL

68

Predominio.....29 Años

Control de la Fertilidad:

| | |
|---------------------|----|
| H. Orales..... | 34 |
| H. Inyectables..... | 10 |
| DIU. | 8 |
| Locales | 4 |
| S. Pomeroy. | 4 |
| Ninguno | 8 |

Síntoma:

| | |
|-------------------|----|
| Dolor..... | 68 |
| S. Neuro Veg..... | 8 |

Signo:

| | |
|--------------------|----|
| Tumoración | 52 |
| Sangrado T.V. | 20 |

Fecha de la última menstruación 14.4 días antes del estudio.

Promedio de Gestaciones 2.85

Cirugías Previas:

| |
|-------------------|
| 16 Cesáreas |
| 6 Apendicectomías |

Salpingitis.-

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

El promedio de gestación fué de 2.

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

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

El promedio de la última menstruación fué de 26.1 días.

Pacientes con DX. De Salpingitis.

Número de Pacientes.....18

Edades:

23 Años..... 2

25 6

27 8

33 2

Promedio.....26.5 Años

Control de la Fertilidad.-

OIU.....12

Locales..... 2

Se ignora..... 2

Síntoma:

Dolor.....18 Pacientes

Signo:

Tumoración..... 0

Sangrado..... 0

F.U.M. 15 días antes del estudio.....8

30 " " " "6

35 " " " "2

50 " " " "2

Promedio37.5 días
 Promedio de gestaciones.. 2
 Cirugías Previas..... 1 aborto
 1 Cesárea, 1 Apendicectomía

Perforación Uterina.-

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

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

Pacientes con Diagnóstico de Perforación Uterina.-

Número de Pacientes.....6

Edades:

| | |
|---------|---------|
| 22 años | 26 años |
| 28 " | 37 " |
| 42 " | 70 |

Promedio 42.1 años

Control de la Fertilidad.-

H. Orales.... 4

L.U.I.....12

| Síntomas: | Signo: |
|-------------------------------|---------------------|
| Dolor..... 6 | Tumoración..... 0 |
| S. Neuro Veg..... 0 | Sangrado T.V.....12 |
| Promedio de gestaciones.....3 | |
| Cirugías Previas.....12 | |

Tumor de Ovario.

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

La manifestación clínica más importante fué el dolor abdominal presente en un 100%, tumoración abdominal en un 100%. Un 33.3% presentó san grado transvaginal.

Número de Pacientes:..... 6

Edades:

36 Años

38 "

55 "

Promedio 43 Años

Control de Fertilidad.-

Se ignora..... 2

Ninguno..... 2

H. Depósito..... 2

Síntoma:

Dolor.....6

Signo:

Tumoración.....6

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

S. Neuro Veg..... 0 Sangrado..... 1

F.U.M. 4 con 28 días antes del estudio.

1 Paciente 15 años antes

Promedio de Gestación..... 5.33

Cirugías Previas..... 0

Diagnóstico: Cistadenoma papilar seroso ovárico, teratoma quístico-ovárico, miomatosis uterina de medianos elementos.

Folículo Hemorrágico Roto.-

Se presentó en un 5.52%. La edad promedio fué de 24 años. El número de gestación promedio fué de 2. El método contraceptivo utilizado en un 40% fué el DIU y hormonales de depósito 20%.

La manifestación clínica más importante fué dolor abdominal presente en un 100%, sangrado transvaginal en un 50%. La fecha de la última menstruación fué de 13 días.

Número de Pacientes..... 20

Edades:

22 Años..... 8

23 " 4

26 " 8

Promedio..... 24 Años

Control de Fertilidad.-

DIU..... 8

H.D..... 4

NO..... 8

Síntoma:

Dolor.....20

Signo:

Tumoración..... 4

Sangrado.....10

Choque..... 6

F.U.M. 13 días antes de su ingreso.

Promedio de Gestaciones..... 2

Cirugías Previas..... 3 Cesáreas

Pacientes con Diagnóstico de Apendicitis.

Se presentó en un 3.31% de las pacientes. La edad promedio fué 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 anexial derecha.

Número de Pacientes..... 12

Control de la Fertilidad.-

Ninguno..... 2

Se desconoce..... 2

Hormonales Orales.. 8

Síntoma:

Dolor.....12

Signo:

Tumoración..... 4

S. Neuro Veg..... 4

Sangrado T.V..... 0

F.U.M.....37.5 días

Promedio de gestaciones..... 1.5

Cirugías Previas..... 0

Pacientes con Embarazo Ectópico.

El padecimiento se encontró en un 20.11% de las pacientes estudiadas la edad promedio fué de 29.3 años. El método anticonceptivo más 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..... | 13 | Pacientes |
| 26-30..... | 24 | " |
| 31-35..... | 14 | " |
| 36-40..... | 8 | " |

Frecuencia de abortos.....60%

Signo y Síntomas:

Dolor 77.7%

Tumoración Anexial 27.7%

Sangrado Transvaginal 51%

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

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

Como en todas las especialidades médico-quirúrgicas el síndrome de abdomen agudo constituye un cuadro que requiere resolución casi inmediata. La Ginecoobstetricia 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, haciendo pensar que se trata de algún 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, auxiliándose de los Métodos de Laboratorio y Gabinete.

En las pacientes estudiadas este síndrome se presentó con mayor frecuencia entre la segunda y cuarta década de la vida, es decir en el período 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, quedándose solamente con el diagnóstico sindromático de abdomen agudo. En estos casos debe procederse a efectuar laparotomía exploradora procurando en cuanto a los medios con que se cuenten sea posible efectuarla conjuntamente el ginecoobstetra y el cirujano general.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A. Maynard Guderian M.D. Residue of pelvic inflammatory disease in - intrauterine device users: A result of tre intrauterine device or -- Chlamydia trachomatis infection. Am. J. Obstet Gynecol. Págs. 497 -- 503 March, 1986.
- 2.- Aiello, C. Vicenzo Dr. Síndrome Abdominal Agudo. Edit. A.M.G.O. Ciru- gfa General para el Ginecoobstetra, 1985.
- 3.- Alula Hadgu M.A. et. al. Predicting acute pelvic inflammatory disea- se: A multivariate analysis. Am J. Obstet Gynecol págs.: 954-60 No-- vember, 1986.
- 4.- Barlow Bárbara MD. et. al. Hidatid Torsión cyst, Am. J. Dis. Chil -- Vol. 132 año 1982 págs.: 1216-1217.
- 5.- Benson Ralph. Dolor Intermenstrual Cíclico. Edit. Manual Moderno -- Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, 1984, págs. 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. Mayor 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. Pág. 896 December 1986.
- 9.- Daniel V. Landers M.D. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abcess. Am J. Obst Gynecol, Págs.:1098-110, April 1985.
- 10.- David H. Nichols M.D. and Peter J. Julian M.D. Torsión de los anexos Clin Obstet Gynecol. Vol. 2.Págs: 475-482, 1985.

- 11.- David L. Hamsell M.D. et.al. Cefotaxime treatment for womwn 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 henatotra - chelos: 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 et.al. Gynecologic masses Value of magnetic resonance imaging. Am. J. Obstet Gynecol pág. 31-37 September, - 1985.
- 15.- Jack G. Hallat M.D. Tubal conservación in ectopic pregnancy: A study of 200 cases. Am.J. Obstet Gynecol. Págs. 1216-21. June 1986.
- 16.- Josephs S. Sanfilippo M.D. et.al. Endometriosis in association with- uterine anomaly, págs:39-43. Jun,1986.
- 17.- Lester T. Hibbard M.D. Adnexal torsión. 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 pág. 5 años,1978.
- 19.- Lyndon M. Hill. M.D. Value of a postvoid scan during adnexal sonogra - phy. Am' J. Obstet Gynecol. Págs.23-24. Mayo, 1985.
- 20.- López G.R. Vera H.A. La Ultrasonografía en el diagnóstico Ginecológi - co. Edit. A.M.G.O. Págs.:343-357, Marzo 1982.
- 21.- Llaca Rodríguez Victoriano. Embarazo Ectópico. Edit. A.M.G.O. Pág.69- 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. Pág.169-73. February 1983.
- 23.- Ronald V. Wade, M.D. et. al. Reliability of Gynecologic Sonografic - diagnosis, 1978-1984. Am.J. Obstet. And Gynecol. Pág.186-89. September 1985.
- 24.- Shirley McCarthy M.D. Gynecologic Anatomy with magnetic resonance -- imaging. Am. J. Obstet Gynecol. Págs.255-59 August 1986.
- 25.- Steven J. Dry M.D. et.al. Conservative treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. Am. J. Obstets Gynecol. Pág.s:1299-306.June -- 1986.
- 26.- Veasy C. Buttram Jr. M.D. and Robert C. Reiter M.D. Uterine Leiomyomata: Etiology, symptomatology, and management. Fertility. Págs.:433 45. October, 1981.
- 27.- Villalobos Román Manuel. Abdomen agudo en Ginecología., Edit. A.M.G. O. Pág. 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. Págs.727-29.- December 1985.