

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CLINICA HOSPITAL No. 25

ABDOMEN AGUDO:
CORRELACION CLINICA,
RADIOLOGICA Y QUIRURGICA

T E S I S

PROFESIONAL DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

Dra. Patricia Viniegra Ramírez

MEXICO, D. F.

ENERO DE 1977



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS RECEPCIONAL

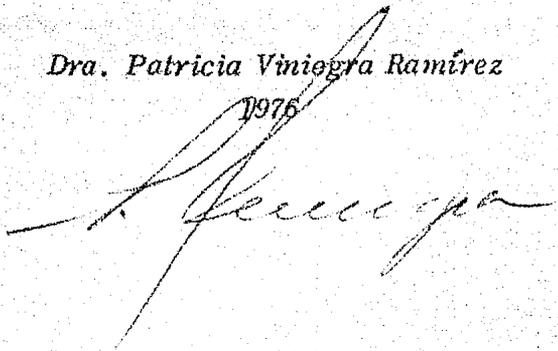
*Facultad de Medicina de la
U. N. A. M.*

ABDOMEN AGUDO

Correlación clínico, quirúrgica y radiológica

Dra. Patricia Viniogra Ramírez

1976

A large, stylized handwritten signature in cursive script, appearing to read 'P. Viniogra', is written over the printed name and year.

"TESIS RECEPCIONAL PARA OBTENER TITULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR"

División de Estudios Superiores de Post-grado

Facultad de Medicina

U. N. A. M.

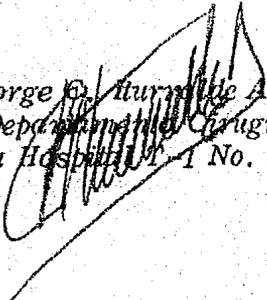
México D. F. , Diciembre de 1976.

**ABDOMEN AGUDO: CORRELACION CLINICO
RADIOLOGICA Y
QUIRURGICA**

Dra. Patricia Viniegra Ramírez

Asesor:

Dr. Jorge G. Iturza de Arce
Jefe Departamento Cirugía
Clínica Hospital N.º 1 No. 25



*A mis seres queridos que con su
amor, cariño y apoyo, me han
ayudado a mi completa realización.*

Deseo agradecer al Dr. Jorge Iturralde, por su magnífica colaboración para la realización de este trabajo.

Al personal médico del Departamento de Rayos X: Dr. García Félix, Jefe de Servicio, Dr. Asfura Prado, Dr. Armando Vega, Dr.

Al Dr. José Luis Ibarrola por sus valiosos consejos.

Al Dr. Luis A. Montejo Manjarrez, Director de la Clínica Hospital T-1 No. 25, y a todo el personal que labora en dicha Unidad.

I N D I C E

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

COMENTARIOS

BIBLIOGRAFIA

**ABDOMEN AGUDO. Correlación clínico-radiológica y
quirúrgica.**

Irralde y Cols.

INTRODUCCION

El abdomen agudo es un estado patológico común a un gran número de padecimientos, por lo que no debe ser considerado como una entidad sino como un síndrome, pero de tal importancia que obliga a un examen exhaustivo por medio de la clínica, laboratorio y radiología, para llegar a un diagnóstico correcto y poder instituir una terapéutica útil.

El síndrome abdominal agudo es una patología de difícil diagnóstico, por la variedad tan amplia de factores que lo generan, en cuya etiología intervienen diversas situaciones, algunas de las cuales pueden presentar tal gravedad que si no se aplica un tratamiento precoz, evolucionan rápidamente a un estado crítico; debido a lo anterior es indispensable reconocer e integrar un diagnóstico lo más rápidamente posible.

La exploración clínica metódica, ayudada por la radiología,

el laboratorio y demás auxiliares nos llevan a integrar un diagnóstico de certeza en la mayor parte de los casos. La decisión terapéutica dependerá de un diagnóstico sólidamente establecido (1, 2, 3, 4, 5).

La principal manifestación de este cuadro clínico es el dolor abdominal, de intensidad variable, aunque en la mayoría de los casos, intenso y que con frecuencia reclama un diagnóstico y tratamiento urgente.

Por lo general, aunque no siempre, hay otros síntomas que acompañan al dolor, pero en la mayoría de los casos es el síntoma principal; puede ser difuso, atípico o de difícil diagnóstico, no determinándose la causa en aproximadamente un 40% de los casos, y que por sí solo justifica la laparotomía exploradora (6, 7, 8, 9). Además varía según el sexo (10), la edad (11, 12, 13, 14, 15) y/o ser producto de alteraciones metabólicas (16), pudiendo existir cuadros patológicos que simulen abdomen agudo (17, 18, 19, 4).

Los principios en los que se apoya el diagnóstico diferencial en todos los casos de abdomen agudo, deben tener una adecuada correlación clínica, radiológica y quirúrgica (20, 21, 22, 23).

En ocasiones, el diagnóstico de abdomen agudo está basado en síntomas y signos clínicos; así, la mayoría de los pacientes con una enfermedad inflamatoria aguda son llevados a cirugía sin estudios radiográficos previos. Ocasionalmente, ya se por aptología atípica o por diagnósticos tardíos, se acude a la ayuda radiográfica para excluir otras causas de abdomen agudo o para valorar complicaciones (23).

En el Servicio de Urgencias de la Clínica Hospital T-1 No. 25 "Ignacio Zaragoza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, fueron atendidos durante el año de 1975 la cantidad de 79 740 pacientes, haciéndose el diagnóstico de "abdomen agudo" en un 10% de los casos. Se practicaron un total de 850 intervenciones quirúrgicas de urgencia, todas ellas etiquetadas como "abdomen agudo" de diferente etiología (24).

Un gran número de pacientes que presentaron cuadro clínico sugestivo de "abdomen agudo" fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnósticos erróneos. No existió un adecuado aprovechamiento de los recursos existentes en la Unidad a fin de lograr un diagnóstico de certeza y su comprobación quirúrgica. Se verificó de esta manera la impor

*tancia de la correlación tanto clínica como radiológica y -
quirúrgica, para llegar así a una certeza diagnóstica, ade-
más de conocer las causas de abdomen agudo que con mayor
frecuencia se presentaron en el Servicio de Urgencias de di-
cha Unidad Hospitalaria.*

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron 200 pacientes, independientemente de la edad y sexo, que fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de "abdomen agudo" y que ingresaron a través del Servicio de Urgencias durante los meses de abril a julio de 1976.

Se revisaron cuidadosamente los expedientes clínicos, los exámenes de laboratorio practicados, así como los estudios de gabinete efectuados. El mínimo de radiografías necesarias ante la sospecha de abdomen agudo fueron: abdomen AP en decúbido, abdomen AP con el paciente de pie. En los casos en que no fue posible realizar este estudio, se usó el decúbito lateral derecho o izquierdo con el rayo horizontal. Por último se solicitó película de tórax PA y en ciertos casos lateral de tórax derecha o izquierda. Ninguno de los pacientes recibió preparación previa. Nunca se iniciaron los estudios radiográficos con medio de contraste y sólo después de los estudios anteriores se usó este método en 10 de los casos.

Se revisó el tipo de intervención quirúrgica a la que fueron

sometidos, así como el diagnóstico presuncial, y por último, el diagnóstico postoperatorio.

Se determinaron los porcentajes en los cuales la correlación clínica, radiológica y quirúrgica fue positiva, así como la correlación clínico-quirúrgica, clínico-radiológica y radiológica-quirúrgica.

Se revaloraron las placas radiográficas, comparando los diagnósticos radiológicos, con los diagnósticos clínicos.

Posteriormente con esta información, se revisaron los informes quirúrgicos de los pacientes, estableciéndose las diferentes correlaciones encontradas, obteniéndose los porcentajes y desglosándose los datos obtenidos en causas más frecuentes de abdomen agudo, así como los grupos por edad y sexo.

RESULTADOS

En los 200 pacientes estudiados se obtuvieron las siguientes correlaciones:

1. Se encontró una completa correlación, es decir, clínica, radiológica y quirúrgica en 110 pacientes, lo que corresponde a un 55% de los casos - (cuadro 1).

CORRELACION	PACIENTES	%
<i>Clínico-radiológica-quirúrgica</i>	110	55
<i>Radiológica-quirúrgica</i>	34	17
<i>Clínico-quirúrgica</i>	28	14
<i>Clínico-radiológica</i>	9	4.5
<i>Sin correlación</i>	19	9.5
TOTAL	200	100

Cuadro 1: Diferentes correlaciones en 200 casos estudiados en el Servicio de Urgencias de la Clínica Hospital T-1 No. 25 del I.M.S.S.

2. Se obtuvo correlación clínico-radiológica en 9 pacientes, lo que equivale a un 4.5%.
3. Existió correlación clínico-quirúrgica en 28 pacientes, los que significan un 14% del total.
4. Existieron 34 casos de correlación radiológica-quirúrgica, correspondiendo a un 17% del total de los casos estudiados.
5. Por último encontramos 19 casos en los que no fue posible obtener ningún tipo de correlación, correspondiendo ésto a un 9.5% de todos los estudios efectuados.

Causas de abdomen agudo:

De los pacientes estudiados, se encontraron 30 etiologías diferentes que abarcaron problemas gineco-obstétricos, urológicos, gastrointestinales, infecciosos, parasitarios, neoplásicos, vasculares, procesos inflamatorios y problemas obstructivos mecánicos.

Entre las 10 causas más frecuentes de abdomen agudo, se encontraron las siguientes: (cuadro 2)

<i>Apendicitis</i>	<i>Hernia estrangulada</i>
<i>Tumoraciones ováricas</i>	<i>Embarazo extrauterino</i>
<i>Perforaciones</i>	<i>Anexitis</i>
<i>Sub-oclusión</i>	<i>Adenitis mesentérica</i>
<i>Absceso hepático</i>	<i>Úlcera perforada</i>

Cuadro 2: 10 causas más frecuentes de abdomen agudo.

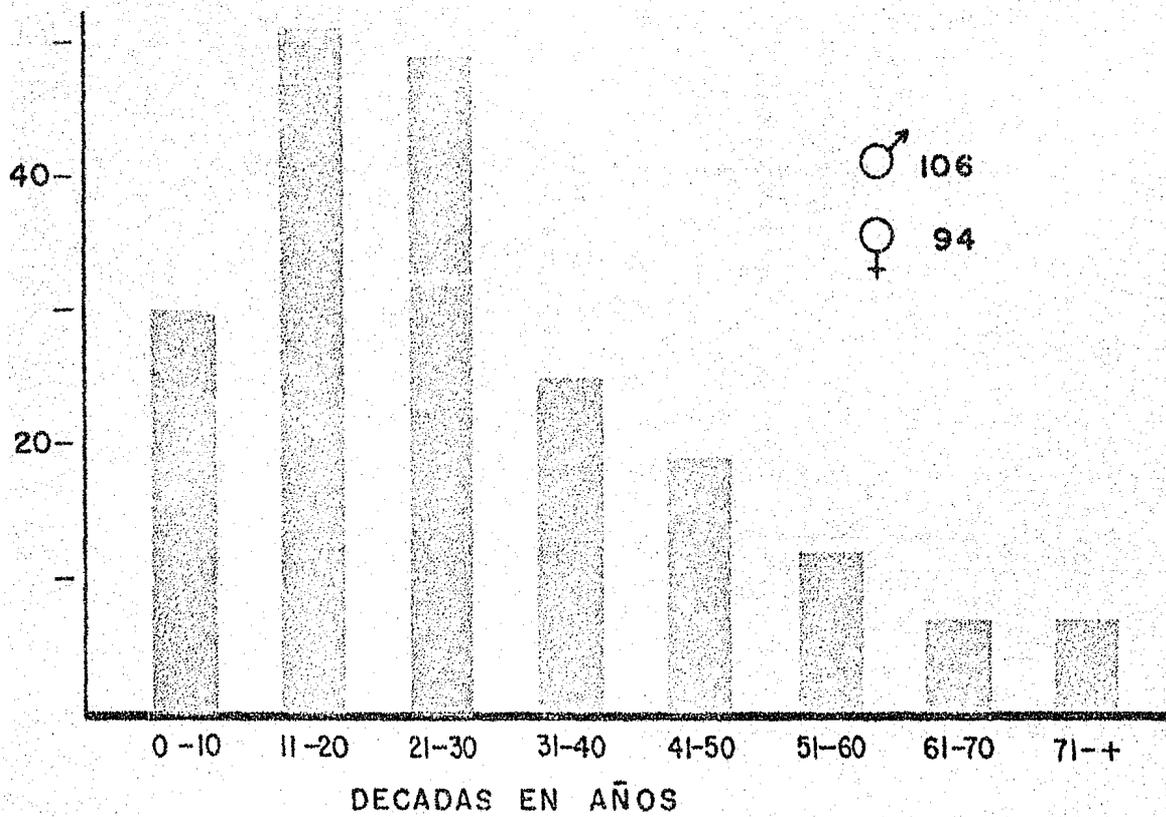
El mayor número de causas de abdomen agudo detectadas, fueron problemas apendiculares, así como sus complicaciones. (cuadro 3)

El segundo lugar correspondió a los problemas gineco-obstétricos, comprendiendo entre éstos a las tumoraciones ouáricas, embarazo extrauterino y anexitis.

Para finalizar, de los 200 casos estudiados, 106 fueron del sexo masculino y 94 casos del sexo femenino, lo que corresponde a un 53 y 47% respectivamente. (Gráfica 1)

Se encontró que la mayor parte de los pacientes del estudio correspondieron a la segunda década de la vida, con 51 pacientes, y 49 para la tercera década.

EDAD Y SEXO



<i>Apendicitis</i>	61
<i>Apendicitis perforada</i>	26
<i>Apendicitis retrocecal</i>	4
<i>Apendicitis retrocecal perforada</i>	5
<i>Apendicectomía profiláctica</i>	6
<i>Absceso apendicular</i>	4

Cuadro 3: Hallazgos más frecuentes en 106 casos de apendicectomía

El paciente de menor edad correspondió a un lactante de 9 meses de edad, y el extremo opuesto correspondió a un paciente masculino con 78 años de vida.

La mayor mortalidad se observó en el grupo de la sexta a la octava década, siguiéndole en frecuencia el grupo correspondiente a la primera década.

Otro hallazgo significativo fue el encontrar mayor correlación clínica, radiológica y quirúrgica en el grupo de la tercera década de la vida y menor correlación en el grupo de la primera y últimas décadas. Estos hallazgos han si-

do ya comunicados en otras investigaciones. (11, 12, 13, 14, 15, 26)

El mayor número de complicaciones postoperatorias se encontró igualmente en las primeras y últimas décadas, siendo mayor para la primera, y como es lógico, a mayor tiempo de evolución, mayor número de complicaciones, hecho incontrovertible en padecimientos abdominales agudos.

COMENTARIOS

Consideramos el abdomen agudo como "toda condición patológica médica y/o quirúrgica, de punto de partida intra o extra abdominal que requiere diagnóstico y terapéutica urgente" (25)

El abdomen agudo puede dividirse, según su tratamiento, en médico y quirúrgico.

Los cuadros abdominales originados por afecciones clínicas pueden ser de diversas causas como:

Origen neurológico

Crisis viscerales de la tabes.

Epilepsia abdominal.

Origen vascular

Infarto del miocardio, intestino, hígado, riñones, etc.

Cardiopatías.

Hipertensión paroxística.

Origen pleuro pulmonar

Neumonía (de predominio en niños)

Tuberculosis renal

Hidronefrosis

Origen infeccioso

Sarampión (período pre-eruptivo)

Escarlatina (período pre-eruptivo)

Reumatismo articular agudo en infantes

Enfermedad de Born-Holm

Hemopatías

Hemofilia

Púrpura reumatoide abdominal

Linfocitosis infecciosa

Parasitarias

Paludismo

Amibiasis intestinal

Tóxicas

Plomo, Talio, Paratión

Picadura de insectos

Múltiples

Yeyuno-íleon

Colon

Por: Salmonelosis

Amibiasis

Diverticulitis

Tumores

Otras

Perforaciones viscerales

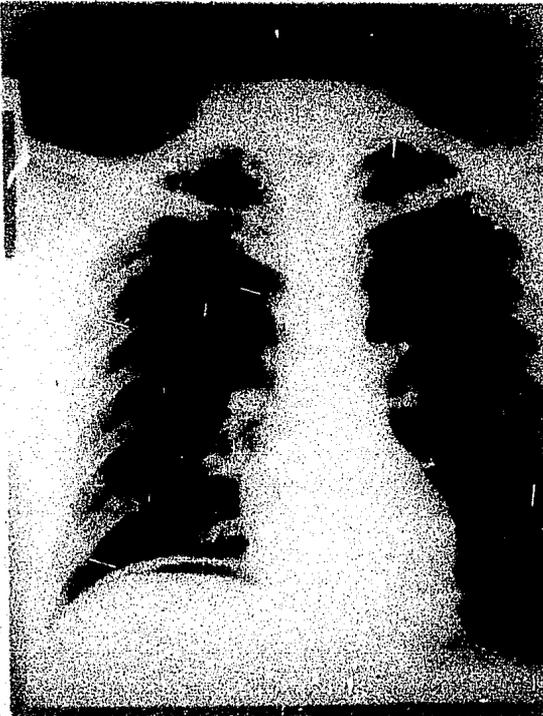
(fotos 1 y 2)

Traumáticas

Casi siempre múltiples.

*Originan cuadro abdominal quirúrgico
mixto: vascular y peritoneal por lesión
de los mesos y de las vísceras huecas.*

(fotos 1 y 2)



*Foto 1: aire libre
subdiafragmático
derecho.*

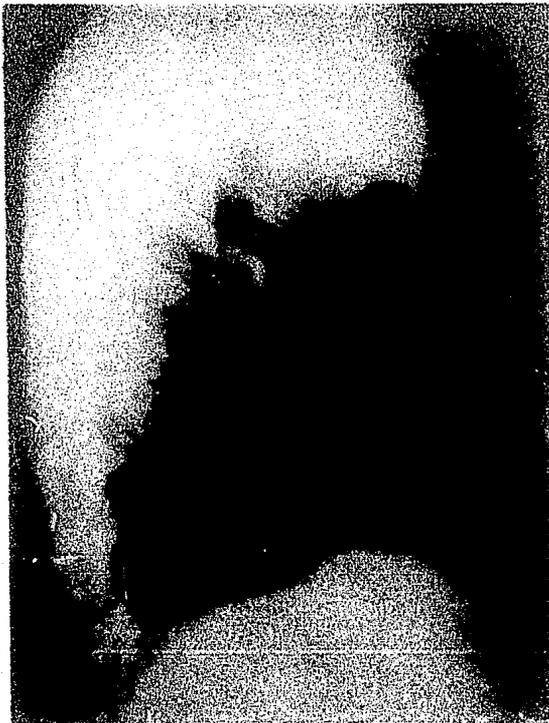


Foto 2: proyección lateral de aire libre subdiaphragmático derecho.

Al referirnos al abdomen agudo quirúrgico, podemos establecer la siguiente clasificación, según su etiología:

- a) De origen peritoneal.*
- b) De origen vascular.*
- c) De origen oclusivo.*
- d) De origen mixto.*

a) Abdomen agudo quirúrgico de origen peritoneal.

Causa:

Perforación víscera hueca

Patología:

Única en estómago

Duodeno

Apéndice

Hígado

Vesícula

Vías urinarias

Vías biliares

Causas más frecuentes:

En el niño: Malformaciones congénitas

Invaginaciones

Tumores

Parásitos (foto 4)

En adulto: Bridas postoperatorias

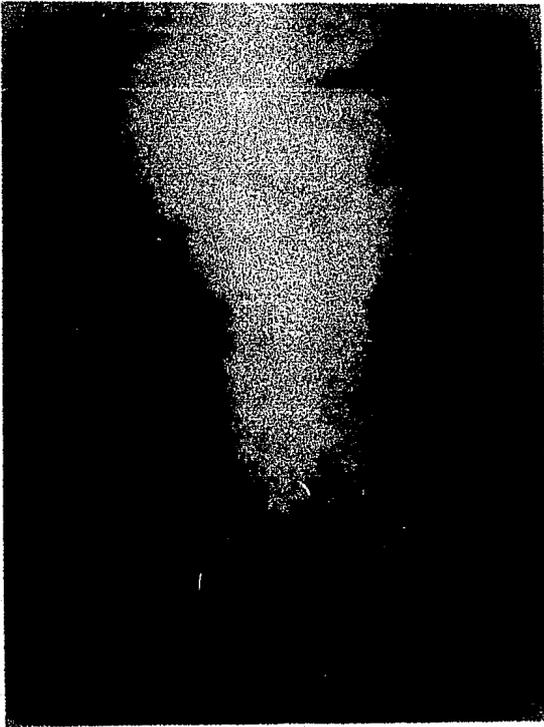
Hernias estranguladas

Tumores

Vólvulos

*Obstrucción de vasos mesen-
téricos (por embolia o trom-
bosis)*

*Resultados: Paresia o parálisis del tránsito
intestinal con sus consecuencias.*



*Foto 4: imagen
radiológica de
ascaris lumbricoides.*

b) Abdomen agudo quirúrgico de origen vascular.

1. Traumáticas

2. Patológicas

Arterias

Venas

Vísceras macizas y huecas

Mesos

c) Abdomen agudo quirúrgico de origen oclusivo.

Parcial o total:

Estómago

Duodeno

Yeyuno-íleon (foto 3)

Colon

Recto-ano

En ocasiones excepcionales, la cirrosis alcoholo-
nutricional en brote agudo, hepatitis epidémica -
en su inicio, hipertiroidismo, adenitis mesenté-
rica inespecífica.

Metabólicas:

Porfiria aguda intermitente

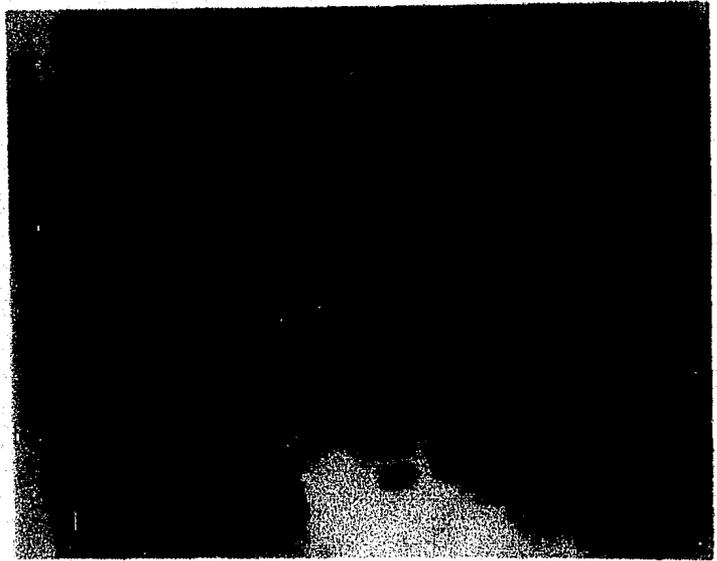
Hiperlipemia esencial

*Crisis hipoglicémicas por Beta insulinoma
pancreático*

Vómito acetomúricos del niño

*Acidosis y uremia en insuficiencia renal
aguda*

*En todos estos casos el tratamiento deberá enca-
minarse a la etiología del padecimiento. Por su-
puesto, la dificultad consistirá en hacer un diag-
nóstico de certeza o por lo menos de probabilidad.*



*Foto 3: oclusión intestinal baja con presencia de
niveles hidroaéreos.*

d) Abdomen agudo quirúrgico de origen mixto.

El abdomen quirúrgico mixto es, probablemente, el de mayor incidencia, sobre todo en los traumatismos abdominopélvicos, además en el politraumatizado.

SINTOMATOLOGIA

El síntoma más común fue el dolor abdominal, siguiéndole en orden de frecuencia, náusea o vómito y diarrea en tercer lugar. En el examen físico todos tuvieron algún grado de hipersensibilidad abdominal; existió descompresión positiva sólo en 55% de los pacientes.

Síndrome de abdomen agudo:

Oclusión alta: Vómito claro o bilioso, meteorismo y peristaltismo epigástrico. Radiológicamente existe dilatación del estómago y del duodeno, escasos niveles hidroaéreos y opacidad del resto del abdomen.

Peritonitis: Reflejos cutáneos abdominales - abolidos. Hiperestesia, defensa o contractura muscular. BH con leucocitosis.

Radiológicamente, líquido libre, distribución anormal del aire, en

grosamiento de las paredes intestinales, pérdida de las líneas preperitoneales (foto 5)

Perforación: Timpanismo del área hepática, Rx: imagen radiotransparente subdiafrágmatica, líquido libre y niveles hidroaéreos con opacidad pélvica.

Oclusión baja: Vómitos fecaloides, meteorismo y peristaltismo generalizados. RX: opacidad pélvica con niveles hidroaéreos y por encima de ésta, asas dilatadas (foto 6)

Métodos diagnósticos en cuadros abdominales agudos:

El laboratorio es ayuda valiosa e indispensable. Como complemento diagnóstico debemos solicitar siempre:

- 1. Biometría hemática.*
- 2. Análisis general de orina.*
- 3. Tiempos de sangrado, coagulación, protrombina.*

En algunos casos, y según lo amerite el caso:

Química sanguínea completa.

Grupo sanguíneo y rh.

Electrolitos.

Osmolaridad en sangre y orina.

Enzimas C.P.K., D.H.L., T.G.O.S.

El estudio radiológico de rutina debe comprender:

1. Radiografía simple de tórax:

Visualiza posible ruptura traumática del diafragma, con vísceras abdominales en tórax, aire libre por perforación de víscera hueca, inmovilidad diafragmática - por colecciones anormales en abdomen, patología torácica que explique falso abdomen agudo.

2. Radiología simple de abdomen: de pie y decúbito:

Trata de detectar neumoperitoneo, masas anormales, líquido libre en cavidad, desplazamiento visceral, opacificación de masas renales y músculo psoas, aumento de gas en abdomen, aumento de gas en un sec

tor (bloqueo, cuyo sitio es señalado por el límite podálico del gas), gas peritoneal.

La exploración clínica ayudada por la radiología, laboratorio y demás auxiliares nos permiten por lo general llegar a un diagnóstico de certeza, sin embargo, el Cirujano piensa que ante la duda diagnóstica es preferible realizar una laparotomía exploradora, ya que es la solución menos peligrosa.



Foto 5: Rayos x de abdomen con opacidad generalizada por peritonitis.



Foto 6: oclusión intestinal baja por apendicitis con opacidad en fosa iliaca derecha y presencia de niveles hidroaéreos con dilatación de asas intestinales.

RESUMEN

Se presentaron 200 casos de abdomen agudo, ingresados en la Clínica Hospital T-1 No. 25 "Ignacio Zaragoza", a través del Servicio de Urgencias. Se mencionan porcentajes en relación a edad y sexo, así como diagnósticos más frecuentes. Se señala el caso de la correcta utilización de los métodos auxiliares de diagnóstico (laboratorio, gabinete, gammagrafía) en relación directa a una adecuada correlación clínica, radiológica y quirúrgica. Se consignan resultados de la misma, así como la importancia en el diagnóstico presuncional.

BIBLIOGRAFIA

1. *Praxis Médica. Tomo IV. Actualizada. Página 4.510 (4).*
2. *Bockus, Gastroenterology. L. H. Vol. I. Página 964. 1974 Filadelfia. Editorial W. N. Saunders Co.*
3. *Williams, L. F. Jr. The Acute Abdomen. Am. J. Nurs. 71:1612. Noviembre 1970.*
4. *Riva, H. L. et. al. Differential Diagnosis of the Acute Abdomen. Clin. Obstet. Gynecol. 15:484-99. Junio 1972.*
5. *Botsford, T. W. et. al. The Acute Abdomen. Mayor Prol. Clin. Surg.*
6. *Fromer, E. et. al. Undiagnosis Abdominal Pain. Br. Med. J. 4:113-4 (Ax. J. Surg. 128, 773 1974) Octubre 1970.*
7. *Yajko, R. D. Laparotomia Exploradora por dolor abdominal agudo. Am. J. Surg. 128, 773 1974.*
8. *Ackerman, N. B. Md. The continuing problems of perforated appendicitis. Sur. Gynec. Obst. 139:29-32. 1974.*
9. *Pieretti Raphael. MD. Acute Cholecystitis in children. Surgery, Gynecology Obstetrics. Vol. 140. Páginas 16-18, 1975.*
10. *Phillips C. Jerry. A. Spectrum of Radiology Abnormalitis du to tubo-ovarian-abscess. Radiology. 110: 307-311. Febrero 1974.*

11. *Apendicitis en el viejo. Albano, L. et.al. Apendicitis en el viejo, Geriatrics. 81-89, junio 1975.*
12. *Hendrin, W.H. Abdominal Surgical Emergencies of the New Born. Surg. Clin. North Am. 54:489-527. Junio 1974.*
13. *The Acute Abdomen in the Pediatric Age Group. Radiology. Vol. 109:753. 1973.*
14. *Worth D. Charles. Acute Abdomen in the elderly. Nurs Times 69:469-71. April 1973.*
15. *The Acute Abdomen in the Pediatric age group. Singleton E. Betal. Semin. Roentgenol. 8:339-56. Julio 1973.*
16. *Abelia Manuel. Abdomen Agudo Metabólico. Medicina Rev. Mex. Tomo-LIX. No. 1194. Pág. 306-8 Marzo 1975.*
17. *Hajou Nichocas. Mesenteric Adenitis in Childhood Simulating Intussusception. Brit. J. Of. Radiology. Vol. 40 No. 6 Pág. 130-137. L971.*
18. *Jody, K. L. Amebiasis Presenting as an Acute Abdomen. Am. J. Surg. 127:275-9 Marzo 1974.*
19. *Dutta, S.M. et.al. Conditions Simulating Acute Appendicitis. L. Indian Medical Assoc. 54:473-4 Mayo 1970.*
20. *Ling, L. T. Appendicitis. How the Radiologist Can Help in Making the Diagnosis. J. Arkansas Med. Soc. 69:238-41. Junio 1974.*
21. *Roce, R.P. C.R.C. Radiologic Evaluation of the Acute Abdomen. Crit. Rev. Clín. Radiol. Nucl. Med. 4:555-97.*

22. *Plain Film diagnosis of retrocecal appendicitis.* Vaudagna S. James. *Radiology.* 117:533. 1975.
23. *Norman Joffe, MD. Some Uncommon Roentgenologic Findings Associated with Acute Perforative Appendicitis.* *Diagnostic Radiology.* *Radiology* 110:301-305. Febrero 1974.
24. *M. Archivo Clínica Hospital T-1 No. 25. Hojas informe mensual 4-30-13. Enero-Diciembre 1975.*
25. *Haddad E. Roberto. Abdomen Agudo Quirúrgico Monografía No. 3. Sociedad Médica Hospital General, 1976.*
26. *Acute Appendicitis. Review 970 Cases. M. Sadrieh M.D. A. Farpour. Am. J. Proctology. Febrero 1975.*