



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ GTZ."

**VALOR DIAGNOSTICO DEL DOLOR
ABDOMINAL**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE LA
ESPECIALIDAD
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:
DR. ERNESTO AVENDAÑO PALENCIA

ASESORA DE TESIS :
DR. JAIME SOTO AMARO



ISSSTE

MÉXICO, D.F

2005



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.

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES POR DARMEN LA VIDAY
SIEMPRE CREER EN MI

A MI ESPOSA POR APOYARME DURANTE LA
RESIDENCIA Y SER UNA GRAN MUJER

A MIS MAESTROS POR REGALARME EL
TIEMPO Y EL CONOCIMIENTO

A LAS AUTORIDADES DE LA INSTITUCION
POR PERMITIRME SER UN ESPECIALISTA

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES Y A LOS
PACIENTES POR APRENDER DE ELLOS

Y AGRADESCO PRINCIPALMENTE LA
INVALUABLE OPORTUNIDAD DE SER
PADRE



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. JAIME SOTO AMARO
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
ASESOR DE TESIS



DR. WILFRIDO JIMENEZ HERNANDEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
* **AGO. 22 2005** *
SUBDIRECCION DE REGULACION
Y ATENCION HOSPITALARIA
ENTRADA

MARCO TEORICO

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, por lo general, anuncia una lesión inminente si no se elimina el estímulo causal.

El dolor abdominal se puede dividir en tres categorías: dolor visceral, dolor parietal (somático) y dolor referido. Si bien las diferencias neurofisiológicas entre estos tipos de dolor son poco marcadas, esta diferenciación facilita la comprensión clínica del dolor.

El dolor visceral

Es percibido cuando los estímulos nocivos afectan a una víscera torácica ó abdominal, Este tipo de dolor por lo general es sordo y se localiza difusamente en el epigastrio, la región periumbilical ó el hipogastrio. El dolor visceral es percibido cerca de la línea media del abdomen dado que, salvo escasas excepciones, los órganos abdominales reciben aferentes sensoriales desde ambos lados de la médula espinal. El sitio en que se percibe el dolor abarca aproximadamente los dermatomas correspondientes a la inervación del órgano afectado. El dolor es difuso debido a que la inervación de la mayoría de las vísceras es multisegmentaria y la cantidad de terminaciones nerviosas en las vísceras es menor que en la piel. El dolor por lo general, es de tipo cólico, quemante, urente. El dolor visceral a menudo se acompaña de efectos autonómicos secundarios, tales como sudoración, inquietud, náuseas, vómitos y palidez. El paciente puede moverse en forma incesante a fin de minimizar la sensación de dolor.

El dolor parietal

La sensación de este tipo de dolor es secundaria a la estimulación de peritoneo parietal y es a menudo más intenso y se localiza con mayor precisión en el sitio de la lesión a diferencia del dolor visceral.

Un ejemplo de este tipo de dolor esta dado por el dolor localizado de apendicitis aguda secundario al compromiso inflamatorio del peritoneo en el punto de Mc Burney. El dolor parietal con frecuencia se agrava con los movimientos o con la tos. Las terminaciones nerviosas activadas por la estimulación del peritoneo parietal están distribuidas en el tejido conectivo

areolar debajo del mesotelio, las fibras llegan a la médula espinal a través de los nervios periféricos que corresponden a los dermatomas cutáneos T6 a L1. La lateralización del dolor parietal se debe a que solo un lado del sistema nervioso inerva a un sector dado del peritoneo parietal, el dolor evocado por la tracción del mesenterio o del peritoneo abdominal posterior posee las características del dolor visceral y es vehiculado por los nervios espláncnicos.

El dolor referido

Este se percibe en áreas alejadas del sitio de lesión e inervadas por el mismo segmento nervioso que el órgano afectado, este fenómeno se debe a la presencia de vías centrales compartidas por las neuronas aferentes de las mismas regiones, el dolor referido puede percibirse en la piel ó en tejidos más profundos pero, por lo general es bien localizado al igual que los nervios sensitivos propiamente dichos. En general el dolor referido se manifiesta cuando el estímulo doloroso visceral aumenta de intensidad. Por ejemplo, el dolor provocado de modo experimental por la distensión de un balón en el interior del intestino en principio es enteramente visceral y luego se acompaña de dolor referido en la espalda a medida que la distensión aumenta. El dolor referido en ausencia de dolor abdominal visceral es infrecuente pero, cuando ocurre, genera problemas diagnósticos.

Estímulos para el dolor abdominal

El seccionamiento, el desgarró ó el aplastamiento de las vísceras no inducen una sensación perceptible de dolor. Los nociceptores viscerales son sensibles principalmente a las fuerzas de estiramiento ó tensión de la pared visceral. Este fenómeno puede ser consecuencia de la tracción del peritoneo, por ejemplo por una neoplasia, la distensión de una víscera hueca por ejemplo el cólico biliar ó las contracciones musculares intensas por ejemplo en presencia de una obstrucción intestinal. Las terminaciones nerviosas de las fibras del dolor en las vísceras huecas, hállese de intestino, vesícula biliar, conductos biliares, uréter, etc., se encuentran

localizadas en las paredes musculares, en las vísceras sólidas, tales como el hígado, el riñón, etc., las fibras que transmiten el dolor inervan la cápsula y responden al estiramiento de esta estructura como consecuencia de la dilatación del parénquima. El mesenterio, el peritoneo parietal y la cubierta peritoneal de la pared abdominal posterior son sensibles al dolor, pero el peritoneo visceral y el epiplón no lo son. Para que se produzca dolor es necesario que la tensión se desarrolle a una velocidad suficientemente rápida, a diferencia de la distensión gradual como ocurre en la obstrucción biliar maligna que puede ser indolora.

La inflamación, ya sea de origen bacteriano ó químico también puede inducir dolor visceral. <1>

Además, la inflamación y la congestión tisular sensibilizan a las terminaciones nerviosas y reducen el umbral para la percepción del dolor inducido por otros estímulos. La inflamación provoca dolor mediante los efectos de la bradicinina, la serotonina, la histamina, los leucotrienos ó las prostaglandinas sobre las terminaciones nerviosas.

La isquemia provoca dolor abdominal a través de un aumento de la concentración de metabolitos tóxicos en la región de los nervios sensitivos. La isquemia también reduce el umbral para otros estímulos dolorosos. Dado que la advertencia de los vasos mesentéricos también está inervada por fibras de dolor, la tracción ejercida sobre estos vasos sanguíneos también puede provocar dolor.

El dolor intra-abdominal también puede deberse al compromiso neoplásico de nervios sensitivos. Este es el mecanismo responsable del dolor provocado por algunos tumores retro-peritoneales por ejemplo el carcinoma del páncreas. La invasión maligna de las paredes viscerales no provoca dolor salvo que se asocie con obstrucción, ulceración ó perforación.

Cuando el dolor abdominal es el síntoma de perforación debe ser evaluado mediante el interrogatorio, el examen físico y los estudios de laboratorio y gabinete, los datos así obtenidos por lo general orientan hacia el posible diagnóstico <2>

Sin embargo creemos que con el mínimo de estudios debemos integrar un diagnóstico clínico certero y temprano en la mayoría de los padecimientos agudos, lo cual lleva a una evolución natural de la enfermedad más corta y con el menor número de complicaciones para nuestro paciente.

La etiología del dolor abdominal es multifactorial sin embargo una clasificación para estudiarlo es dividir en dos grandes rubros:

I. INTRABDOMINALES

A. Peritonitis Generalizada

1. Viscera perforada: Úlcera péptica, Vesícula biliar, Enfermedad Diverticular.
2. Peritonitis Bacteriana primaria: Neumocócica, Estreptocócica, bacilos entéricos, tuberculosa.
3. Peritonitis no bacteriana: Ruptura de quiste ovárico y ruptura de quiste folicular.
4. Fiebre Familiar del mediterráneo (familiar periódica)

B. Peritonitis Localizada: Muchos tipos de peritonitis localizada pueden generalizarse secundariamente a una ruptura en la cavidad peritoneal libre.

1. Apendicitis
2. Colecistitis
3. Úlcera péptica
4. Divertículo de Meckel
5. Enteritis regional
6. Enf. Divertivular
7. Colitis (Úlcerosa, amebiana y bacteriana)
8. Absceso abdominal: postoperatorio, hepático, pancreático, esplénico, Diverticular y tuboovarico.
9. Gastroenteritis
10. Pancreatitis
11. Hepatitis: viral y toxica
12. Enfermedad pélvica inflamatoria, perihepatitis gonocócica.
13. Endometritis
14. Linfadenitis

C. Dolor secundario a un aumento de tensión en las vísceras

1. Obstrucción intestinal: Adherencias, hernias, vólvulo, tumoral, bolo fecal, intususcepción.
2. Hipermotilidad intestinal: colon irritable, gastroenteritis.
3. Obstrucción biliar: cálculo, vesicular, estenosis, tumor, parásitosis, hemobilia.
4. Obstrucción ureteral: cálculos
5. Distensión de la cápsula hepática: hepatitis aguda (toxica o viral) obstrucción del colédoco, síndrome de Budd-Chiari
6. Distensión de la cápsula renal: pielonefritis, obstrucción ureteral.
7. Ruptura de embarazo ectópico
8. Ruptura de aneurisma arterial: aórtico, ilíaco o visceral.

D. Isquemia

1. Angina o infarto intestinal: Estenosis arterial, embolia, poliarteritis
2. Infarto esplénico
3. Torsión: Vesícula biliar, bazo, quiste ovárico, epidídimo, testículo, apéndice epiploico, vólvulo gástrico.
4. Infarto hepático: Toxemia
5. Necrosis tisular: hematoma y fibroma uterino.

E. Neoplasias retroperitoneales

II. EXTRABDOMINALES.

A. Torácicos

1. Neumonitis
2. Embolia pulmonar
3. Neumotórax
4. Empiema
5. Isquemia de miocardio
6. Miocarditis, endocarditis
7. Esofagitis, espasmo esofágico
8. Ruptura esofágica

B. Neurogénicas

1. Radiculitis: tumores de la médula espinal o de los nervios periféricos, artritis degenerativa de la columna vertebral y herpes zoster.
2. Tabes dorsal
3. Epilepsia abdominal

C. Metabólicas

1. Uremia
2. Diabetes mellitas
3. Porfirio
4. Insuficiencia suprarrenal aguda

D. Hematológicas

1. Anemia falciforme
2. Anemia hemolítica
3. Púrpura de Henoch-Schönlein

E. Toxinas

1. Reacciones por hipersensibilidad: picaduras de insectos y venenos de reptiles.
2. Drogas: Envenenamiento con plomo y cuadros similares

F. Diversas

1. Contusión muscular, hematoma o tumor.

Abdomen agudo

Le llamamos a la aparición brusca de signos y síntomas abdominales que por lo general consisten en dolor, vómitos, constipación y cambios en la función de los órganos y sistemas, resistencia muscular, silencio abdominal, hasta irritación peritoneal. Dado que numerosos trastornos capaces de provocar el cuadro de abdomen agudo son potencialmente letales si el paciente no es operado rápidamente, el manejo de estos pacientes representa uno de los problemas más desafiantes en la medicina, lo que compromete a la especialidad de cirugía a un diagnóstico preciso y su resolución en un corto plazo, a la gran decisión de intervenir quirúrgicamente o tratarlo conservadoramente.

Estudios auxiliares de diagnóstico

Los estudios de laboratorio deben incluir una biometría hemática completo con diferencial, determinación de niveles séricos de glucosa, creatinina y urea, además de electrolitos.

Es necesario evaluar la presencia de piuria o hematuria, solicitar un examen general de orina si así lo requiere.

En el caso de una mujer en edad de reproducción puede justificarse una prueba para descartar embarazo.

El estudio de rayos x es indispensable en todo padecimiento abdominal, máxime cuando es incierta la causa del dolor abdominal ya que podemos encontrar algunos signos específicos que nos lleven a la patología que origina la consulta, como puede ser la evidencia de un fecalito en el cuadrante inferior derecho, cálculos biliares radiopacos en el 15% de los casos o una litiasis en vías urinarias etc. Y recordar que hasta en un 25 % de los pacientes con úlcera perforada no es posible detectar el aire libre subdiafragmático, aumentando esta cifra cuando la radiografía de tórax se toma en decúbito, quizá por no mantener al paciente en posición erecta por lo menos de 5 a 10 minutos o en decúbito lateral.<2,3>

Pacientes con perforación de víscera hueca es posible detectar aire libre subdiafragmático para lo cual es indispensable telerradiografía de tórax y/o Rayos X de abdomen tangencial, Por lo que ponemos a consideración el solicitar de rutina este valioso, económico y sencillo estudio para toda valoración de urgencia o programada.

La radiografía de tórax es un estudio que no todos los centros hospitalarios utilizan de rutina básicamente por los costos que ocasiona, sin embargo es de gran trascendencia para identificar patología torácica la cual puede simular un abdomen agudo y otras patologías extrabdominales que simulan un cuadro de abdomen agudo y recordar que existen padecimientos intrabdominales causando derrames pleurales, abscesos, diafragma elevado o inmóvil etc.

En la actualidad muchos médicos creen que, a menos de que una tumoración clínicamente palpable se confirme por ultrasonido o Tomografía axial computada, sencillamente no existe. Sin embargo, al valorar todas las pruebas de laboratorio, se hace cada vez más evidente que los hallazgos clínicos con frecuencia tienen mayor validez que los resultados de laboratorio si se tiene la suficiente habilidad clínica

RESUMEN

En el H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez se estudiaron 2130 pacientes por dolor abdominal, de los cuales 541 fueron sometidos a cirugía de urgencia y 1828 presentaron padecimientos no quirúrgicos,

El dolor abdominal es uno de los trastornos más comunes que ameritan diagnóstico y tratamiento oportuno. Por lo común otros síntomas acompañan al dolor, pero en la mayor parte de los casos de enfermedad abdominal aguda éste es el síntoma y la queja principal.

Los mismos términos abdomen agudo y urgencia abdominal, que se aplican de manera constante a estos casos, significan la necesidad de un diagnóstico rápido y un tratamiento temprano, no siempre quirúrgico.

El objetivo es demostrar que con el número de estudios mínimo es posible realizar un diagnóstico temprano y correcto, evitando complicaciones por demora en el tratamiento quirúrgico, con una evolución incierta de la historia natural de la enfermedad.

Reportar la casuística y prevaleticia de la cirugía de urgencia en nuestro hospital.

Se recabaron los siguientes datos de los pacientes como edad, sexo, horas de evolución, diagnóstico presuncional y diagnóstico final, mes en el que se presentó la patología y el año, signos de irritación peritoneal clínicos y radiológicos en la telerradiografía de tórax, abdomen de pie, decúbito y en algunos casos tangencial.

El rango de edad osciló entre 4 y 97 años con una media de 38.4 años, en donde predominó el sexo Femenino con 302 pacientes y el Masculino con 239 pacientes esto es un porcentaje de 55.8% y 44.2% respectivamente. Los diagnósticos por orden de frecuencia fueron:

Apendicitis con un total de 295(54.43%), patología gineco-obstétrica (quistes de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria y Embarazos ectópicos) 54(9.8%), Patología Vesicular (Colecistitis aguda, Hidrocolecisto, Picolecisto y perforaciones) 49(9.05%), Hernias (Inguinal y Umbilical) 43 (7.94%), Oclusión Intestinal 24(4.43%), Úlcera péptica Perforada 15(2.77%) Trombosis Mesentérica 10 (1.84%), Divertículo de Meckel 6 (1.1%), miscelánea (8.31%)

Podemos concluir que el interrogatorio adecuado y dirigido, la exploración minuciosa y conocimiento de las patologías más frecuentes en el ámbito quirúrgico, por edad, sexo y el tiempo de evolución, nos permite establecer un diagnóstico correcto y oportuno en la gran mayoría de los casos

SUMMARY

In the H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez 2130 patients were studied by abdominal pain, of which 541 were subjected to surgery of urgency and 1828 presented non surgical sufferings,

The abdominal pain is one of the dysfunctions more ordinary that diagnostic deserving and opportune treatment. In general other symptoms accompany to the pain, but in most of the cases of sharp abdominal illness this is the symptom and the main complaint.

The same terms sharp abdomen and abdominal urgency that are applied from a constant way to these cases, mean the necessity of a quick diagnosis and an early treatment, not always surgical.

The objective is to demonstrate that with the I number of studies minimum it is possible to carry out an I diagnose early and correct, avoiding complications for delay in the surgical treatment, with an uncertain evolution of the natural history of the illness.

To report the casuistry and it prevailed of the surgery of urgency in our hospital. You obtain the following data of the patients as age, sex, hours of evolution, I diagnose presuncional and I diagnose final, month in which you presents the pathology and the year, clinical and radiological signs of abdominal irritation in the thorax radiography and foot abdomen and decubitus and in some tangential cases.

The age range oscillates between 4 and 97 years with a 38.4 year-old stocking where I prevail the Feminine sex with 302 patients and the Masculine one with 239 patients this is respectively a percentage of 55.8% and 44.2%. The diagnoses for order of frequency were:

Appendicitis with a total of 295(54.43%), gynecology-obstetric pathology (ovary cysts, inflammatory pelvic illness and Ectopic pregnancies) 54(9.8%), Vesicular Pathology (sharp Cholecystitis, Hidrocolecisto and Picolecisto) 49(9.05%), Hernias (Inguinal and Umbilical) 43 (7.94%), Occlusion Intestinal 24(4.43%), it

Ulcerates peptic Perforated 15(2.77%) Thrombosis Mesenteric 10 (1.84%),
Diverticulum of Meckel 6 (1.1%), miscellany (8.31%)

We can conclude that the appropriate and managed interrogation, the meticulous exploration and knowledge of the most frequent pathologies in the surgical environment, for age, sex and the time of evolution, allow to settle down an I diagnose correct and opportune in the great majority of the cases

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 2130 pacientes con dolor abdominal del servicio de Urgencias, en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, fue Observacional, Transversal, Retrospectivo, Descriptivo y Abierto para un periodo de 36 meses, comprendido del mes de Enero del 2002 al mes de Diciembre del 2004.

Se utilizaron los criterios de inclusión para todos los pacientes que presentaron dolor abdominal con evaluación del servicio de cirugía general, donde el protocolo de estudio incluyo lo siguiente: Historia clínica completa con examen de laboratorio como una Biometría hemática, con diferencial, química sanguínea con los valores de glucosa, urea, creatinina, amilasa, sodio y Potasio, Examen General de Orina (en los casos de sospecha en vías urinarias) y Exámenes de Gabinete como son: Tele-radiografía de Tórax, Placas simples de abdomen de Pie, decúbito y en algunos casos tangencial, Ultrasonido Abdominal en caso de contar con el ya que en el turno vespertino no siempre se cuenta con el personal de radiología y en el turno nocturno simplemente no hay, en algunas ocasiones con solicitud de apoyo a otras unidades siempre y cuando el estado general del paciente lo permitiera.<4,5>

Criterios de exclusión se aplicaron en pacientes con padecimientos crónicos degenerativos con enfermedades extrabdominales y metabólicas que simulan abdomen agudo.

Causas que obliguen a retirar al sujeto como elemento del estudio una vez que ha sido incluido en la investigación son:

Dolor abdominal no quirúrgico

Pacientes con trauma Abdominal por heridas penetrantes y contusión,
Padecimientos congénitos y Enfermedades infecto-contagiosas.

Se recabaron los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo, horas de evolución, diagnostico presuncional y diagnostico final, mes en el que se presento la patología y el año, signos de irritación abdominal clínicos y radiológicos.

No demanda métodos que perjudiquen la salud del paciente así como medicamentos. Los procedimientos no atentan contra la integridad y la vida del paciente, ya que son exámenes no invasivos y con carácter diagnostico, sin aplicación de medicamentos hasta llevarlos a quirófano o contar con un diagnostico definitivo.

RESULTADOS

Se estudiaron 2130 pacientes por dolor abdominal, de los cuales 541 fueron sometidos a cirugía de urgencia y 1828 presentaron padecimientos no quirúrgicos, resolviéndolos con tratamiento conservador, apoyados en la clínica, estudios de laboratorio y gabinete (Figura 1).

El rango de edad oscilo entre 4 y 97 años con una media de 38.4 años, en donde predomino el sexo Femenino con 302 pacientes 55.8% y el Masculino con 239 pacientes 44.2% (Figura 2)

Los diagnósticos por orden de frecuencia fueron: (Figura 3)

Apendicitis con un total de 295(54.43%), patología gineco-obstétrica (quistes de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria y Embarazos ectopicos) 54(9.8%), Patología Vesicular (Colecistitis aguda, Hidrocolecisto, Picolecisto y perforaciones) 49(9.05%), Hernias (Inguinal y Umbilical) 43 (7.94%), Oclusión Intestinal 24(4.43%), Ulcera peptica Perforada 15 (2.77%) Trombosis Mesentérica 10 (1.84%), Divertículo de Meckel 6 (1.1%), miscelánea (8.31%) destacando la perforación de colon por enfermedad Diverticular, Pancreatitis, Perforación de intestino delgado, Vólvulos, Cáncer (Colon, Gástrico, recto y de Vías Biliares) <6,7,8>

El diagnostico de apendicitis se estableció mediante la clínica con signos de irritación peritoneal 73.25%. <9>

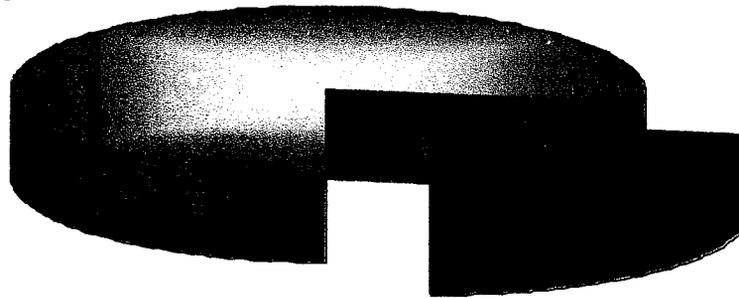
La biometría hemática revelo leucocitosis en el 86.7% que oscilo entre 7900 y 23300 con una media de 14350 , el tiempo de evolución fue menor de 12 horas y mayor de 36 horas, con una media de 22.16 horas, y signos radiológicos en placas simples de abdomen de pie y decúbito revelaron íleo adinámico en 46.6% (Figura 4)

Los valores de glicemia, electrolitos sericos y examen general de orina no fueron estadísticamente representativos para los diagnósticos de cirugía de urgencia, a diferencia de la pancreatitis donde encontramos un 70% de pacientes con hiperglicemia.

El Ultrasonido abdominal solo se realizo en el 12.7% de los pacientes y principalmente en casos para descartar un padecimiento gineco-obstétrico, ya que los hallazgos del ultrasonido hacen referencia al aire intestinal y sin lograr identificar el apéndice vermiforme. <10,11>

PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL

**No
Quirurgicos
77%**



**Cirugia de
Urgencia
23%**

Figura 1

FRECUENCIA DE SEXO EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL

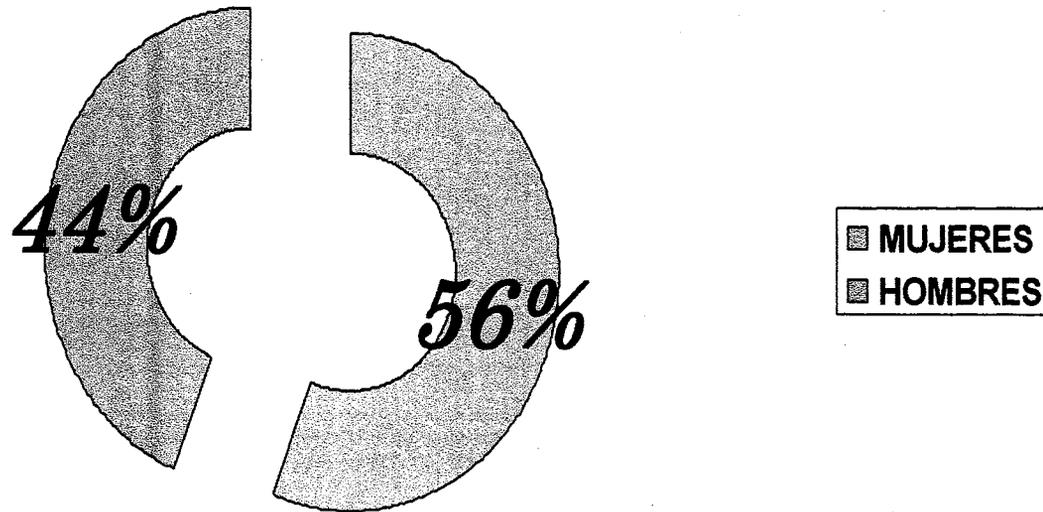


Figura 2

PORCENTAJE DE PATOLOGIAS EN EL ABDOMEN AGUDO

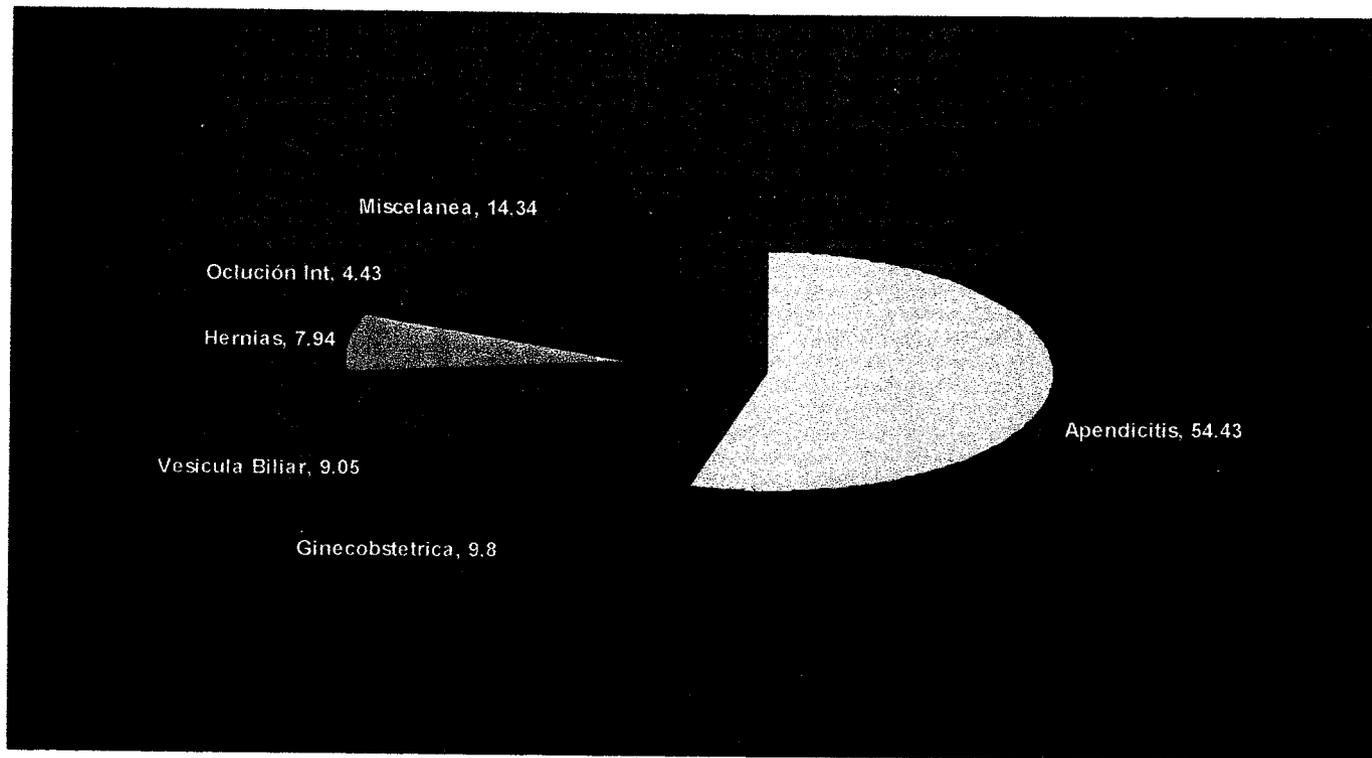


Figura 3

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

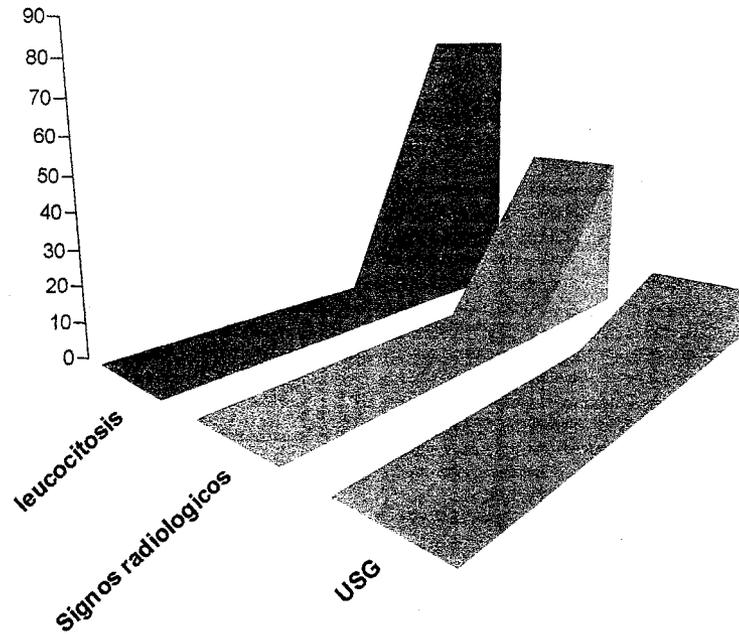


Figura 4

Haremos más énfasis en el cuadro apendicular ya que es la causa con mayor frecuencia de dolor abdominal y cirugía de urgencia, las fases que se describieron macroscópicamente son la 0 (5%), I (8%), II (36%), III (27%) y IV (24%). (Figura 5)

Se observo que el porcentaje de apéndice blanca se eleva en pacientes con diagnósticos gineco-obstétricos. <12>

Predominando la apendicitis en el sexo masculino con frecuencia de 52% y en el sexo femenino con el 48%(Figura 6), sin embargo en las primeras fases la 0, I y II predomino el sexo femenino con un 28.1% y el masculino con el 20.4%, invirtiéndose en las fases III y IV con hombres 31.6% y mujeres el 19.9%. (Figura 7)

Se hace referencia en su mayor incidencia en varias etapas de la vida de los 6 años a los 35 es de 60% de los 35 a los 50 25% y de los 50 a los 70 años 10 %, en donde destaca la presentación de apendicitis con una cúspide máxima es la segunda con un 28% (Figura 8)

Y las últimas décadas con un porcentaje menor del 5%. <13>

Y por último en los meses del año que mayor numero de apendicitis se presentaron fueron en marzo, junio y septiembre, mientras que en los meses que los cirujanos menos intervenciones por apendicitis realizamos fue diciembre y noviembre. (Figura 9), coincidiendo con el mayor numero de apendicitis en fase II y IV, presentando ciclos de mesetas y valles cada tres meses. (Figura 10)

Por otro lado los resultados en los padecimientos ginecoobstetricos representaron la segunda causa de dolor abdominal y el diagnostico se estableció en base a una historia clínica completa y bien dirigida, exploración meticulosa, así como estudios de laboratorio y Ultrasonido, en algunos casos con sospecha de embarazo patológico se realizo paracentesis abdominal siendo de gran ayuda. <14>

En la actualidad Los pacientes con ulcera perforada la mayoría son pacientes que rebasan los 65 años.

FASES DE APENDICITIS

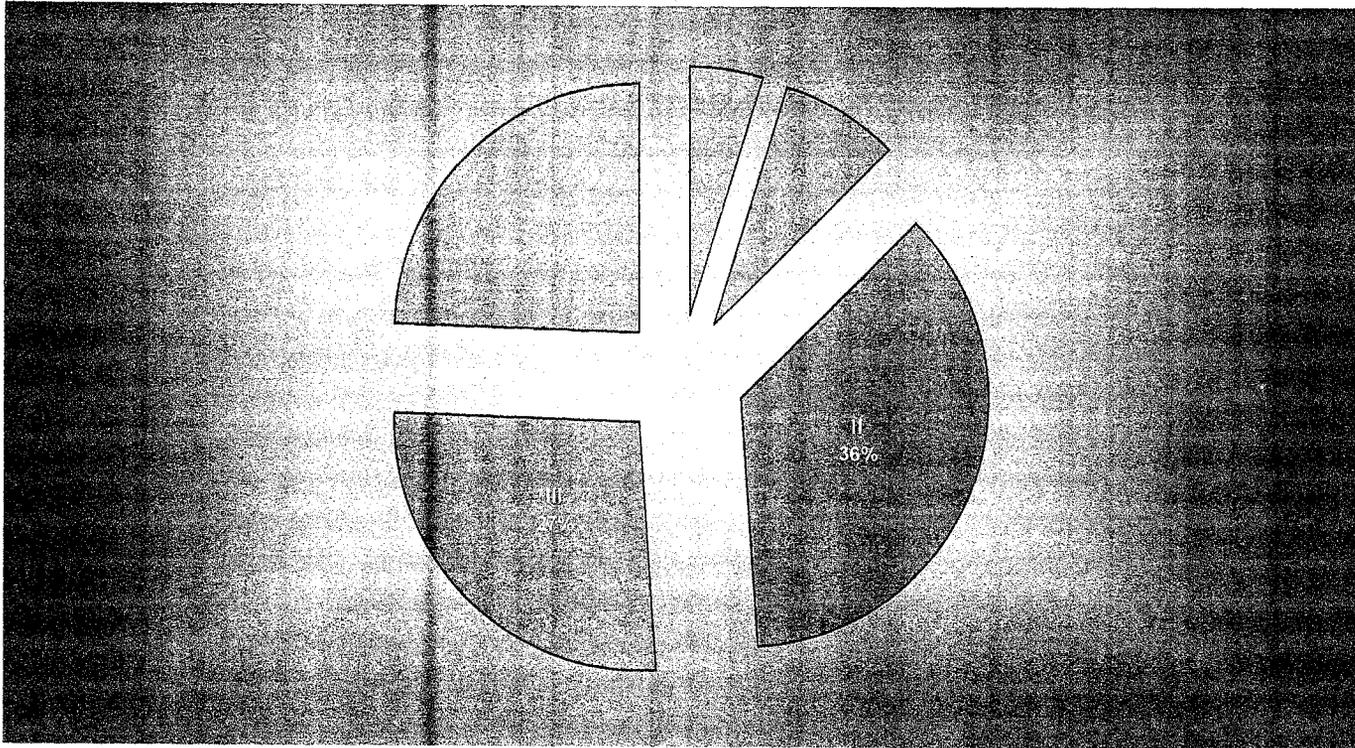


Figura 5

FRECUENCIA DE SEXO EN APENDICITIS

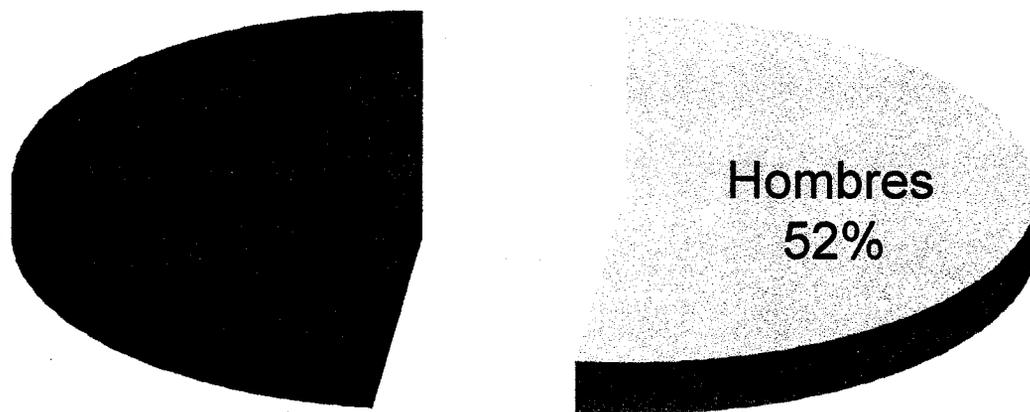


Figura 6

PRESENTACIÓN DE APENDICITIS POR SEXO EN LAS IV FASES

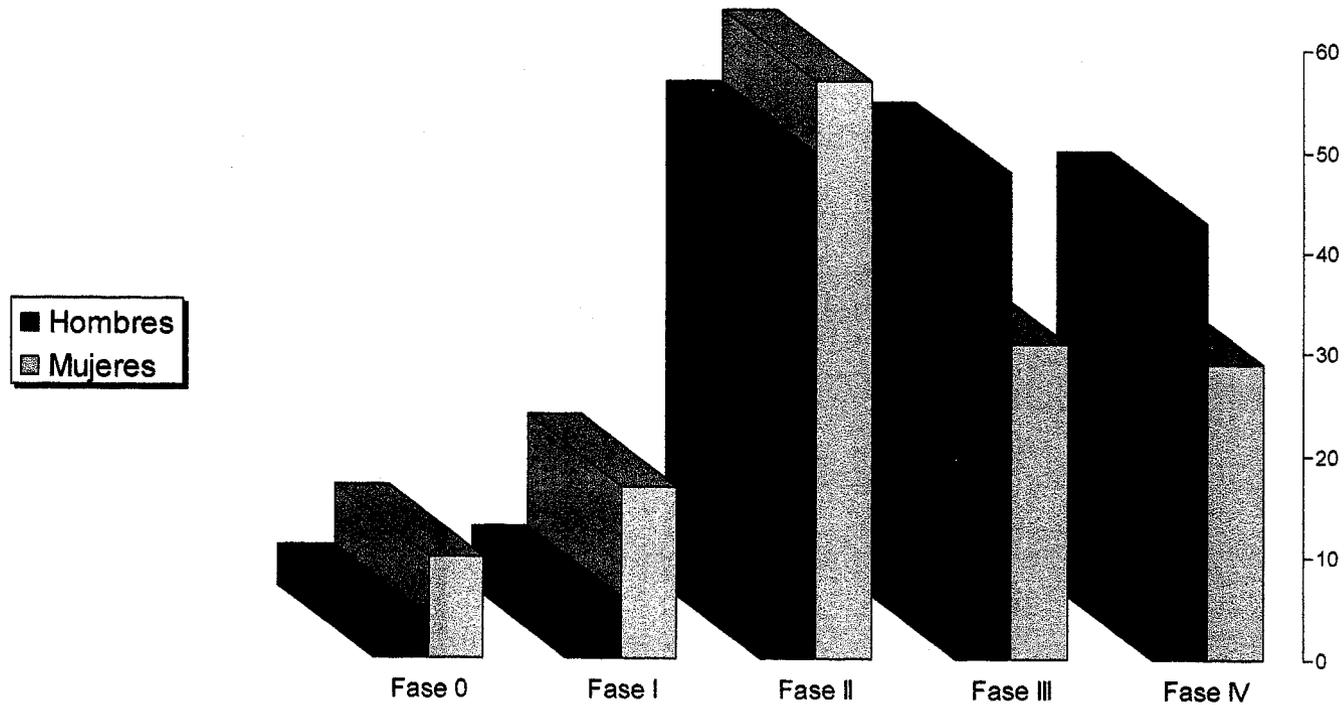


Figura 7

PORCENTAJE DE APENDICITIS POR DECADA DE LA VIDA

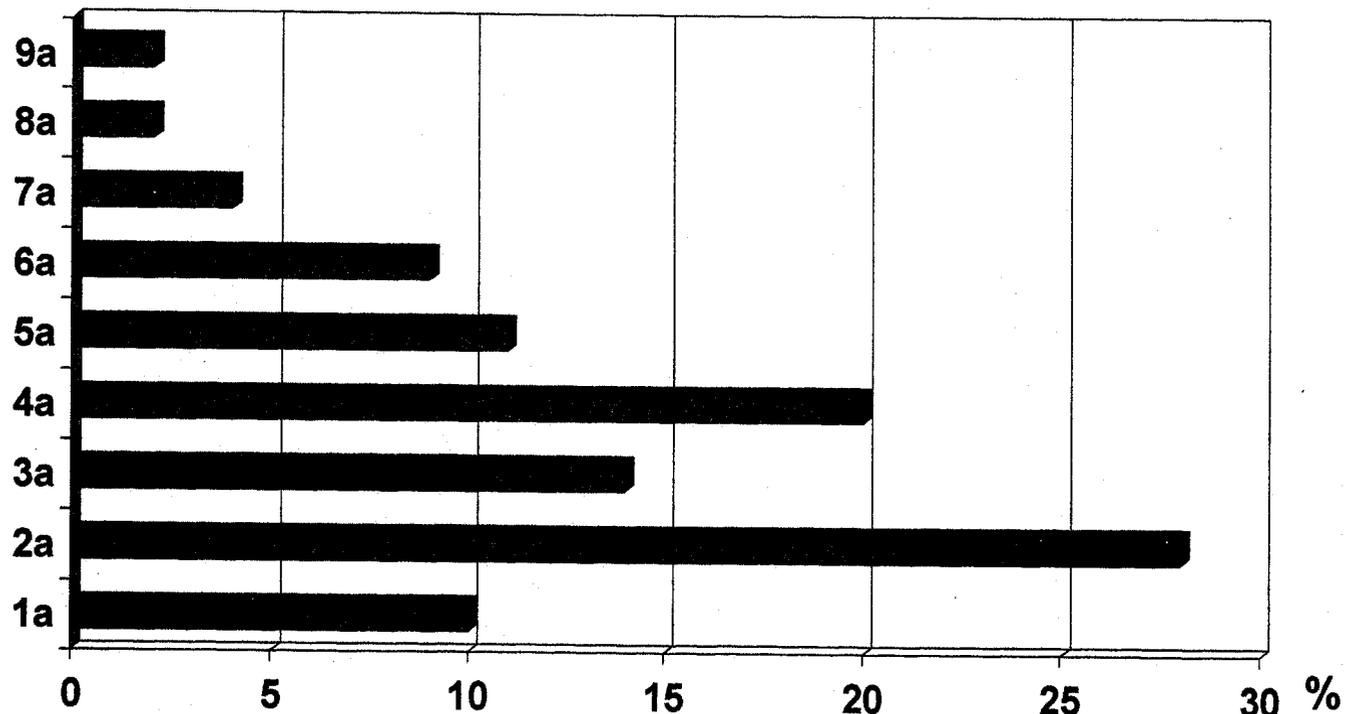


Figura 8

PRESENTACION DE APENDICITIS POR MES DEL AÑO

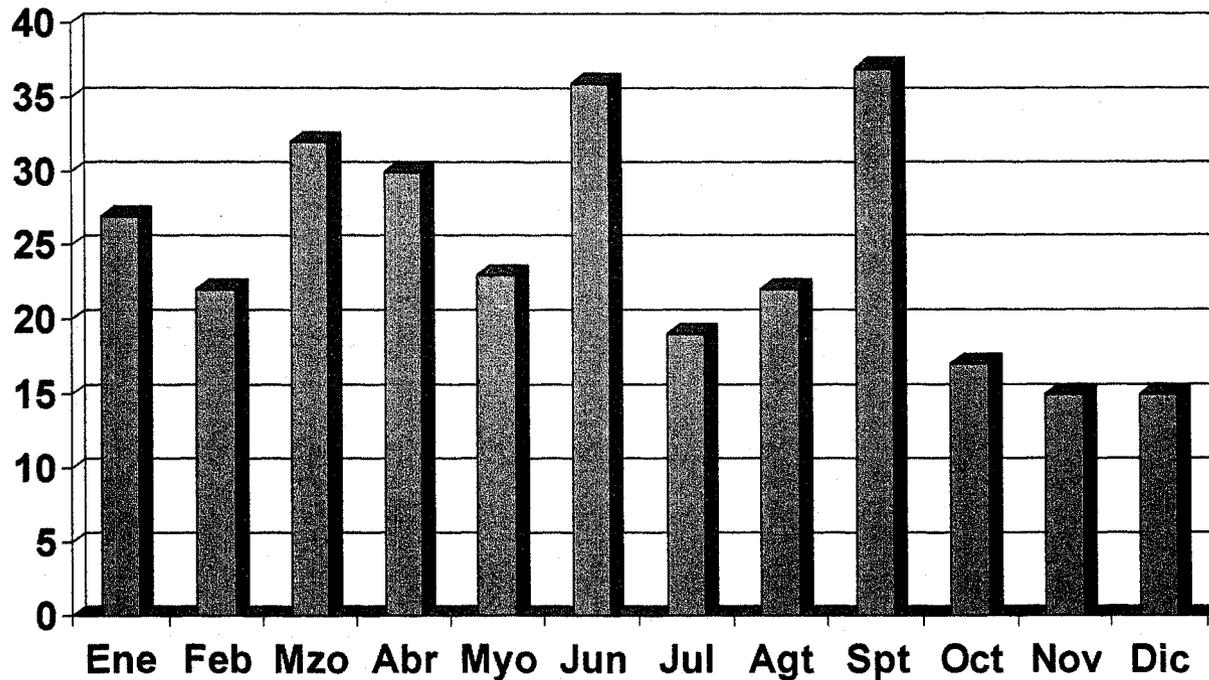


Figura 9

FASES DE APENDICITIS POR MES DEL AÑO

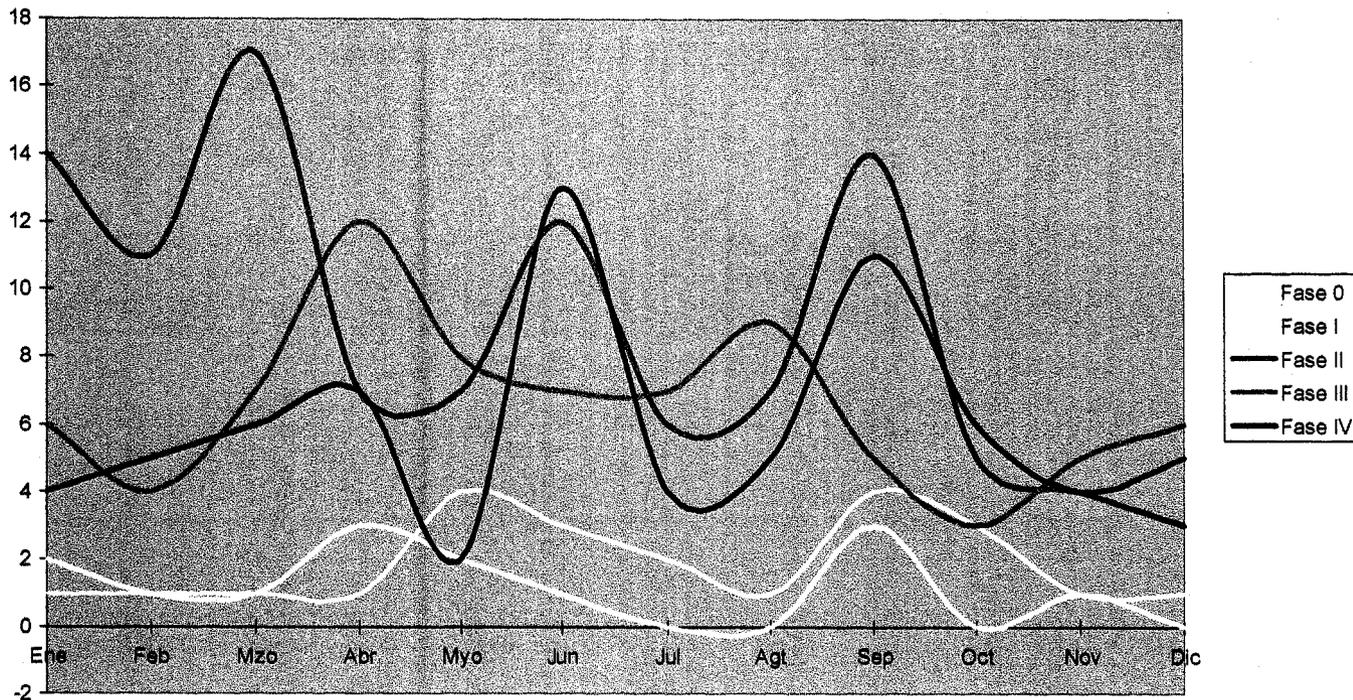


Figura 10

DISCUSION

Debido a que la apendicitis se le conoce también con el nombre coloquial de la gran simuladora, por presentar en su inicio una serie de síntomas que fácilmente pueden confundirse con todos los diagnósticos diferenciales, cuando no se cuenta con una preparación adecuada y si no se sospecha del padecimiento numero uno de abdomen agudo.

No pensar en el padecimiento quirúrgico como una entidad aislada ya que se puede asociar a enfermedades infecciosas como: Infección de vías urinarias, enfermedad pélvica inflamatoria, abscesos etc. Y a padecimientos Gineco-obstétricos o divertículos.

El dolor abdominal fue más frecuente en el sexo femenino y la edad de presentación en las personas jóvenes en la edad económicamente activa Como se refiere en la literatura mundial.

Los estudios diagnósticos deben racionarse conforme a la patología que nos enfrentemos ya que una Tomografía Axial Computarizada o una Resonancia Magnética Nuclear no están indicadas en la sospecha de una apendicitis en un tiempo de evolución temprano, a diferencia de que sea mal manejada y presentarse con modificaciones importantes y en la mayoría de los casos con un mal pronóstico, con las consecuencias de complicaciones para el paciente o una recuperación larga, licencias medicas que perjudican la economía de la institución. <15,16>

El Ultrasonido abdominal para el diagnostico de apendicitis no es el mas adecuado ya que requiere de un personal bien entrenado y las características de las diferentes posiciones del apéndice vermiforme, el gas intestinal, panículo adiposo etc. Dificultan la identificación de apendicitis a diferencia de los padecimientos gineco-obstétricos donde es un estudio en ocasiones indispensable. <17>

Afortunadamente en el menor de los casos, en la practica de la cirugía de urgencia existen ocasiones en donde se requiere una laparotomía exploradora, misma que se ocupa para llegar al diagnostico y el tratamiento de la enfermedad.

Se obtuvo un porcentaje elevado de apendicitis perforado principalmente en la primera y segunda década de la vida lo cual concuerda con otros autores, probablemente no se detectan en la consulta de primer contacto, otra causa puede ser que se enmascara o se modifica el cuadro por tratamientos caseros, auto recetarse o un mal manejo por facultativos. <18>

El número de apendicitis blancas también está ligeramente por debajo del promedio que se refiere en la literatura ya sea por evitar una mayor morbi-mortalidad en pacientes con riesgo quirúrgico, por los problemas médico-legales que están de moda hoy en día, no obstante que se justifica por la bibliografía o padecimientos en las primeras horas de evolución. <19>

Y la presentación de apendicitis por meses del año pareciera ser en forma cíclica cada tres o cuatro meses incrementándose en forma evidente en los meses de marzo, junio y septiembre mientras que disminuye radicalmente al final del año en diciembre y noviembre, con lo que da la pauta de investigarse esta extraña relación en un futuro protocolo.

CONCLUSIONES

No cabe la menor duda que con el interrogatorio adecuado y dirigido, la exploración minuciosa y conocimiento de las patologías más frecuentes en el ámbito quirúrgico, así como la selección e interpretación de estudios de laboratorio y gabinete nos permite establecer un diagnóstico correcto y oportuno en el 80 al 90 % de los casos de dolor abdominal agudo, como consecuencia el cirujano general debe ser un clínico con habilidad para operar.

Aproximadamente el 25% de los pacientes con dolor abdominal son quirúrgicos, por lo que la semiológica adecuada del dolor constituye un parámetro patognomónico de la enfermedad.

Sin embargo existen padecimientos atípicos de difícil diagnóstico, que nos obliga a utilizar laparoscopia diagnóstica, específicamente en pacientes de alto riesgo y duda diagnóstica; por otro lado en la actualidad el empleo de laparotomía diagnóstica es poco frecuente ya que en la mayoría de los casos se cuenta con diagnóstico preoperatorio preciso y/o datos de síndrome abdominal agudo que justifiquen su indicación de lo contrario incrementaríamos la morbi-mortalidad.<20,21>

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bellows CF, Raafat AM
The surgical abdomen associated with cocaine abuse.
J Emerg Med (United States), Nov 2002, 23(4) p383-6
- 2.- Flamant Y
[Semiology, etiology and pitfalls in acute abdominal pain]
Rev Prat (France), Oct 1 2001, 51(15) p1642-7
- 3.- Dhillon S, Halligan S, Goh V, et al.
The therapeutic impact of abdominal ultrasound in patients with acute abdominal symptoms.
Clin Radiol (England), Apr 2002, 57(4) p268-71
- 4.- Vasavada P
Ultrasound evaluation of acute abdominal emergencies in infants and children.
Radiol Clin North Am (United States), Mar 2004, 42(2) p445-56
- 5.- Von dem Borne PA, Kramer MH, Vermeijden JR
Acute abdominal pain and eosinophilia, two cases of eosinophilic gastroenteritis.
Neth J Med (Netherlands), May 1999, 54(5) p197-201
- 6.- Sajjad Z, Sajjad N, Friedman M, et al.
Primary epiploic appendagitis: an etiology of acute abdominal pain.
Conn Med (United States), Nov 2000, 64(11) p655-7
- 7.- Rios Zambudio A, Martinez Barba E, Pinero Madrona A, et al.
[Carcinoid tumor of the appendix. Clinicopathologic analysis of 58 cases]
Rev Esp Enferm Dig (Spain), Jun 2000, 92(6) p409-10
- 8.- Ciriza C, Valerdiz S, Toribio C, et al.
[Mucinous adenocarcinoma of the appendix associated with ovarian tumors and pseudomyxoma peritonei. The difficulty in differential diagnosis]
An Med Interna (Spain), Oct 2000, 17(10) p540-2
- 9.- Soto-Lopez A, Aguila-Melero O, Reyes-Corcho A, et al.
[Diagnostic efficiency in acute appendicitis]
Cir Cir (Mexico), May-Jun 2003, 71(3) p204-9
- 10.- Hormann M, Scharitzer M, Puig S
[Acute abdomen in the child]
Radiologe (Germany), Mar 2002, 42(3) p162-70
- 11.- Raman S, Somasekar K, Winter RK, et al.
Are we overusing ultrasound in non-traumatic acute abdominal pain?
Postgrad Med J (England), Mar 2004, 80(941) p177-9

- 12.- Stone K
Acute abdominal emergencies associated with pregnancy.
Clin Obstet Gynecol (United States), Jun 2002, 45(2) p553-61
- 13.- Gomez Antunez M, Zaera Olombrada A, Vina V, et al.
[Acute abdominal pain in the elderly]
An Med Interna (Spain), Mar 2001, 18(3) p168-70
- 14.-Munoz S, Nuevo JA, Ruiz M, et al.
[Acute abdominal pain and ascites in a young woman]
Enferm Infecc Microbiol Clin (Spain), Aug-Sep 2002, 20(7) p365-7
- 15.- Lorenzo A, Goldberg-Dryjanski J
[CT diagnosis of appendicitis. Report of a case and review of the literature]
Rev Gastroenterol Mex (Mexico), Apr-Jun 2001, 66(2) p105-8
- 16.- Kundra V, Silverman PM
Impact of multislice CT on imaging of acute abdominal disease.
Radiol Clin North Am (United States), Nov 2003, 41(6) p1083-93
- 17.- Himeno S, Yasuda S, Oida Y, et al.
Ultrasonography for the diagnosis of acute appendicitis.
Tokai J Exp Clin Med (Japan), Apr 2003, 28(1) p39-44
- 18.- Impellizzeri P, Centonze A, Antonuccio P, et al.
Utility of a scoring system in the diagnosis of acute appendicitis in pediatric age.
A retrospective study.
Minerva Chir (Italy), Jun 2002, 57(3) p341-6
- 19.- McConkey SJ
Case series of acute abdominal surgery in rural Sierra Leone.
World J Surg (United States), Apr 2002, 26(4) p509-13
- 20.- Salimov Sh T, Abdurakhmanov AA, Choriev MP, et al.
[Laparoscopy in diagnosis and treatment of acute abdominal diseases in children]
Khirurgiia (Mosk) (Russia), 2000, (12) p27-9
- 21.- Rivera Diaz EM
[Comparative evaluation of the surgical treatment of acute appendicitis:
open appendicetomy versus laparoscopic appendicectomy in the national hospital hospital
Carlos a. Seguin e. Essalud]
Rev Gastroenterol Peru (Peru), Oct-Dec 2002, 22(4) p287-96