

11209

2 ej 28



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"  
I. S. S. S. T. E.**

**ABDOMEN AGUDO EN EL  
ANCIANO**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N :  
C I R U G I A G E N E R A L  
P R E S E N T A :  
DR. PORFIRIO GONZALEZ LOPEZ**



**ISSSTE**

MEXICO, D. F.

1989



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.

## **I N D I C E**

	<b>PAGINA</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>ASPECTOS ANATOMICOS Y FISIOLOGICOS</b>	<b>4</b>
<b>REVISION BIBLIOGRAFICA</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>20</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>22</b>
<b>COMENTARIOS</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>40</b>

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

Abdomen agudo es una entidad nosológica que se manifiesta por una serie de síntomas abdominales súbitos constituidos principalmente por dolor, vómitos, constipación, cambios en la función genito - urinaria, acompañados de signos físicos tales como fiebre, taquicardia, distensión abdominal, irritación peritoneal etc, constituyendo así un problema potencialmente letal y desafiante para la medicina.

El diagnóstico aún así, es con frecuencia difícil, estudios con pacientes vistos en salas de emergencia con cuadros de abdomen agudo, demuestran que en aproximadamente la mitad de los casos el diagnóstico final es dolor abdominal inespecífico que representan gastroenteritis, malestar menstrual y otros trastornos (24,32).

El error diagnóstico tiene una frecuencia aproximadamente doble en las mujeres que en los varones, y es máximo en los extremos de la vida, particularmente en los ancianos.

Es un hecho comprobado que el número de ancianos se ha incrementado, en 1930 se estimó en aproximadamente el 5% de la población total de los Estados Unidos, y en 1980 aumentó a un 12% por consiguiente se han incrementado los padecimientos en este grupo de edad. (2,17).

Estudios recientes han estimado que para el año 2030,

55 millones de personas en los Estados Unidos serán mayores de 65 años y para el año 2040, 8 millones de personas serán mayores de 85 años. (44).

El anciano como tal, tiene una mayor morbi-mortalidad que el paciente joven ante un cuadro abdominal agudo, esto es debido a que el anciano como grupo tiene una reserva fisiológica de órganos y sistemas reducida, además de poder coexistir en él un gran número de enfermedades crónicas asociadas. En la población entre los 45 y 65 años, aproximadamente el 72% tiene una o más enfermedades crónicas; el porcentaje se eleva al 86% en las personas mayores de 65 años. (44).

En muchos estudios de intervenciones quirúrgicas de urgencia, se ha comprobado que las enfermedades crónicas son un factor de riesgo importante en la mortalidad operatoria en los pacientes ancianos que requieren tratamiento quirúrgico; en procedimientos electivos se reporta una mortalidad operatoria del 1% en comparación a un 45% para operaciones de emergencia. (44).

La precisión diagnóstica de abdomen agudo, depende en mucho de una buena historia clínica y un examen físico integral, complementado con unas pocas pruebas de laboratorio y/o gabinete; sin embargo no existe un síndrome clínico ni un grupo de hallazgos radiológicos o de laboratorio especifi-

cos para la mayoría de las afecciones que producen dolor abdominal agudo. Es importante por lo tanto alcanzar un diagnóstico temprano y preciso, de manera que pueda establecerse rápidamente el tratamiento adecuado.

## ASPECTOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS

Todos los órganos y sistemas del ser humano son afectados por la edad, respondiendo de diferente manera unos de otros. Existen una gran variedad de factores que contribuyen a este deterioro como son alteraciones en la síntesis proteica, en el sistema inmune, en la secreción hormonal endógena, etc.

Una consideración mayor que es necesario recordar es la arteriosclerosis, la cual puede ser una condición patológica o un proceso normal secundario a la edad del paciente; la masa muscular cardiaca se puede tornar atrofica e incrementar las fibras colágenas, disminuye la distensibilidad de la aorta y del sistema arterial periférico, lo cual puede contribuir a un aumento en la presión sanguínea e hipoperfusión tisular causando trastornos isquémicos de menor o mayor grado.

Otro de los sistemas que más se afectan con la edad es el respiratorio, esto es debido principalmente a los hábitos personales de cada individuo como es el tabaquismo, aspiración de sustancias irritantes, etc., lo cual condiciona la aparición de enfermedad pulmonar obstructiva crónica como es la bronquitis crónica o enfisema. Además de la propia edad del paciente que puede condicionar pérdida de la capaci-

dad de elasticidad del tejido pulmonar, fijación y degeneración del tórax óseo, atrofia y pérdida de la función de los músculos respiratorios.

En todas estas circunstancias existe una restricción pulmonar moderada o severa, con lo cual aumenta importantemente el riesgo quirúrgico operatorio y postoperatorio en cualquier tipo de cirugía, sea electiva o de urgencia.

En el tracto gastrointestinal los principales cambios observados con la edad son disminución de la motilidad, secreción y capacidad de absorción.

La deglución es el resultado de una coordinación de reflejos que dependen de una asociación neuromuscular compleja que es fácilmente alterada con la edad y que puede condicionar la aparición de sacos diverticulares, espasmo difuso, acalasia y reflujo gastroesofágico.

Los mayores efectos de la edad en el estómago son predominantemente cambios en el vaciamiento gástrico, cambios neuromusculares degenerativos, disminución de la secreción ácido-péptica y atrofia de la mucosa y muscular.

Se han realizado estudios comparativos muy sofisticados entre un paciente joven y un anciano y se ha comprobado que efectivamente sí existen alteraciones en el vaciamiento gástrico en estos últimos. Estudios histopatológicos han demostrado cambios específicos de la mucosa gástrica relacionados con la edad como gastritis crónica atrófica y aberraciones



de la mucosa. En intestino delgado se han demostrado cambios atróficos vasculares importantes, resultando una alteración en la absorción de nutrientes como d-xilosa, carbohidratos y calcio.

La enfermedad diverticular es el desorden más común del colon atribuido a la edad, Drummond fué el primero en describir la fisiopatología de esta enfermedad, la cual es secundaria a un aumento de la presión intraluminal, alteraciones en la motilidad y alteraciones en la pared colónica. La diverticulosis rara vez aparece en personas menores de 35 años; la frecuencia se incrementa con la edad, de tal forma que a los 50 años cerca del 15% están afectados; a los 65 años el 35% y a los 85 años el 65%.

Ocurren muchos cambios con la edad en el sistema inmune, el más dramático de ellos es la involución del timo, la disminución del número de linfocitos T supresores y un aumento de los linfocitos T Helder (ayudadores), lo cual condiciona un incremento a la susceptibilidad de las infecciones. La involución del timo se manifiesta con una disminución de la respuesta inmune humoral. Los linfocitos B y las inmunoglobulinas producidas en el sistema hematopoyético también se alteran.

Podríamos seguir mencionando cada uno de los órganos

o sistemas del paciente geriátrico y sus cambios anatómicos y fisiológicos relacionados con la edad, sin embargo debemos conciderar al anciano un universo en el cual existe un deterioro físico y mental progresivo, que pueden existir en él una o más enfermedades crónicas asociadas, que aunado a un cuadro abdominal agudo que requiere tratamiento quirúrgico, entorpece el pronóstico por su alta morbi-mortalidad.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Como se menciona previamente, la población geriátrica se ha ido incrementando, se encontró que del año 1900 a 1960, ha existido un aumento de cinco veces para esta población (2,17), misma que continuará creciendo en el transcurso del tiempo; este grupo de edades se ve aquejado por un gran número de problemas, que van desde el tipo social y psiquiátrico como el aislamiento, la permanencia en asilos, trastornos depresivos y demencia, hasta problemas de tipo médico como trastornos cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, etc., y/o quirúrgicos como apendicitis, oclusión intestinal, etc. También es importante mencionar entidades que pueden causar falso abdomen agudo como la acidosis diabética, observándose preferentemente en pacientes insulino dependientes, en sus diferentes presentaciones como la forma peritonítica generalizada de Taylor, la forma apendicular de Kussmaul o la forma epigástrica de Lereboullet (34). Sin embargo, el diagnóstico clínico muchas veces resulta difícil, por lo que es necesario recurrir y tomar una decisión quirúrgica en base a los exámenes de laboratorio y gabinete obtenidos. Se ha encontrado que el dolor es uno de los síntomas más frecuentemente observados en el abdomen agudo geriátrico, que va desde un 78.5% a un 100% dependiendo de la patología causante (3,4,8,21, 25,44), pudiendo ser de instalación súbita, rápida o gradual,

estableciendo por regla general que la mayor parte de los casos de dolor abdominal intenso en pacientes que previamente estaban bien y que duran hasta 6 horas, dependen de procesos que tienen importancia quirúrgica (31).

Otros síntomas de importancia son la náusea y el vómito variando en presentación del 72 al 89% (4,25), distensión abdominal 50 al 100%, obstipación, irritación peritoneal, fiebre, leucocitosis y maniobras especiales entre otros, los cuales varían en presentación y frecuencia de acuerdo a la patología base.

La enfermedad aguda de vías biliares representa una forma muy frecuente de abdomen agudo en el paciente geriátrico, existen informes en los que se comprueba que su frecuencia aumenta con la edad y llega a presentarse en el 40 al 50% de los pacientes de 70 años o mayores (17), y en el 53.5% entre los 80 y 90 años (2). De esta forma la colecistitis litiasica aguda se encuentra entre las 10 causas más frecuentes de cirugía en el anciano, ocupando el primer lugar en algunas estadísticas (2,6,11,27 y 19). Se han relacionado enfermedades asociadas en el 73% de los casos, siendo en orden de frecuencia obesidad, Diabétes Mellitus, Hipertensión arterial, EPOC y colagenopatías, así como antecedentes de colecistopatía previa en el 77% de los pacientes.

Los signos y síntomas más frecuentemente encontrados en un estudio de 50 ancianos mayores de 80 años que fueron

intervenidos quirúrgicamente por litiasis vesicular fue náusea y vómito (80.9%), dolor abdominal (78.5%) e hipersensibilidad en el CSD (75%) (4).

En cuanto al sexo, se vió más afectado el femenino 2.1 Vs 1.5 (4,17).

Se estudiaron 82 pacientes (53 femeninos y 29 masculinos) en el centro médico la Raza con una edad promedio de 68.3 años, se evaluó el riesgo quirúrgico basado en la clasificación ASA, predominando los pacientes con riesgo II y III en el 88.3% (17 y 18).

La indicación más frecuente para la cirugía de urgencia fué el píocolecisto 61.2%, seguida de coledocolitiasis 19%, Hidrocolecisto 16.6%, gangrena 14.2%, colangitis 11.5% y CA vesicular 3% (17).

Las complicaciones más frecuentes fueron:

- 1.- Alteraciones respiratorias (atelectasia y neumonía) en el 26.2%.
- 2.- Trastornos cardiovasculares 21.4%
- 3.- Infección de la herida Quirúrgica 16.5%.
- 4.- Alteraciones metabólicas 14.2%.
- 5.- Infecciones urinarias 11.9%.

El promedio de hospitalización fué de 12.5% días.

La mortalidad en cirugía de emergencia fué de 9.5% al 9.7% (2,4).

Se comprueba que la evolución de la colecistitis sin tratamiento se complica en un 50% de los casos, el tratamiento médico de la colecistitis aguda sugerido por Morrow condena casi al 100% de falla. La colecistectomía es el procedimiento escogido en el paciente anciano con colecistitis aguda.

La apendicitis aguda constituye otra patología muy frecuente de abdomen agudo en el anciano. Peltokallio y Lauhiainen en 1970 demostraron que los aspectos clínicos de los pacientes mayores de 60 años con apendicitis aguda son bastante similares a los grupos más jóvenes en cuanto a patrón de duración de los síntomas, cambios de temperatura y respuesta leucocitaria, sin embargo en la cirugía los cambios gangrenosos y perforaciones, fueron cinco veces mayores en el grupo etario mayor. Esto sugiere que la menor irrigación del apéndice es un factor importante en permitir una rápida progresión de la enfermedad.

Hallazgos similares han sido informados por Andersson y col., en 1978 hallaron que la mitad de sus 68 pacientes mayores de 60 años con apendicitis aguda tenían perforaciones y, hubo complicaciones postoperatorias en un tercio de ellos (33).

Owens y Hamit en 1978 revisaron 68 apendicectomías en pacientes entre 65 y 99 años, cuatro eran normales, pero en el resto las tres cuartas partes tenían rotura en el momento de la cirugía; en 21 de estos casos la consulta quirúrgica

se demoró 48 horas o más (23). El dolor fué la principal queja en 63 pacientes y estuvo presente en todos, el 74% tuvo fiebre y el 78% leucocitosis, la sensibilidad en el CID se presentó en el 80%.

La complicación más común fué debido a la infección, se presentó en el 50-82.5% de los que murieron; el retardo en ser vistos, la edad avanzada y las enfermedades asociadas fueron los factores más significativos en la mortalidad (3).

Las bacterias que más frecuentemente se encontraron fue: E. Coli en el 68%; Bacteroides Fragilis en el 18.4%, Streptococcus en el 11.5% de los 28 cultivos realizados (3).

En el Hospital Central Militar de México, D.F., se realizó un estudio de 280 casos de apendicitis (22), refieren que el uso de antibióticos preoperatorios influyen en la baja tasa de infección; usaron ampicilina 100%, Gentamicina en el 100% y metronidazol en el 66%.

En otro artículo (14), se menciona que la triple combinación de ampicilina, Metronidazol y Meclizina son muy efectivos en la cirugía abdominal de urgencia.

La Obstrucción intestinal aguda constituye una de las emergencias más graves y desastrosas en estos pacientes, la incidencia aumenta con la edad, se reporta una serie de 400 pacientes ancianos israelíes admitidos de emergencia al servicio de terapia quirúrgica, el 25% de ellos tuvieron signos y síntomas de obstrucción intestinal (44).

Se clasifica en dos tipos principales: Mecánica (simple y estrangulada) y Neurogénica (ileo paralítico) (33).

Las causas más comunes de obstrucción intestinal en los gerontes son: (16, 33).

- a) Adherencias y bandas.
- b) Hernia Inguinal estrangulada.
- c) Hernia Femoral estrangulada (en mujeres).
- d) Ca de intestino grueso.
- e) Diverticulitis.
- f) Heces impactadas.
- g) Volvulos.

Las tres primeras constituyen el 80-90% de las causas.

Según un estudio en el Hospital Central Militar (24), la sintomatología clínica más frecuente fué:

- a) Dolor cólico en el 100%.
- b) Vómitos 78.5%.
- c) Distensión abdominal 78%.
- d) Deshidratación 56%.
- e) Obstipación 52%.

Los signos sugestivos de estrangulación fueron: irritación peritoneal y leucocitosis (24).

La radiografía simple de abdomen constituye un método



diagnóstico de gran ayuda, mostraron datos de obstrucción intestinal en el 98% de los casos (21).

Las indicaciones de cirugía fueron: falla al tratamiento conservador, evidencia clínica o radiológica de compromiso vascular de la pared intestinal, progresión al deterioro del estado clínico del paciente.

El vólvulo o torción del intestino ocurre en el intestino delgado, en el ciego y especialmente en el sigmoides, produciendo uno de los cuadros oclusivos más graves de la patología abdominal de urgencia.

En una serie revisada por Ellis en Londres 1981, de 253 obstrucciones intestinales en adultos, el vólvulos constituyó el 6% de los casos (33). En un estudio en el Hospital American British Cowdray (ABC) de México, reportan el 4% de las obstrucciones intestinales bajas en el adulto (29). En el Hospital General de México se reporta presentación del 84% en sigmoides y el restante 16% en ciego (28).

La enfermedad vascular mesentérica constituye otra de las causas frecuentes de indicación quirúrgica de urgencia en el anciano; la isquemia de intestino o colon tiene múltiples presentaciones, pudiendo o no existir oclusión vascular y el daño puede espontáneamente mejorar o empeorar a el punto de gangrena (8).

En el 60% de los casos corresponde a lesiones arteria-

les, 30% a patología venosa y un 10% a la no oclusiva. (26,40, 41 y 42).

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición por el Dr. Leuchter y cols. encontraron entre los antecedentes de más importancia para esta patología: arteriosclerosis 41%, Cardiopatía 31%, Insuficiencia vascular 25%, Diabétes 22%, y tabaquismo 27% (25).

Las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas fueron: dolor abdominal 93%, Vómito 70% y distensión abdominal en el 50%.

Al 100% de los pacientes se les realizó laparotomía exploradora y, en el 60% se efectuó algún tipo de cirugía, la mortalidad operatoria fué del 69.6%. La terapéutica quirúrgica estuvo encaminada a extirpar el tejido con cambios irreversibles y algunos casos revascularización de los tejidos involucrados (25).

La pancreatitis aguda constituye también una causa frecuente de abdomen agudo en el paciente geriátrico, los hallazgos patológicos pueden variar de edema pancreático a infarto hemorrágico.

En la etiología se han involucrado diferentes factores, aproximadamente el 80% de los pacientes tienen cálculos en la vía biliar o antecedentes de abuso sostenido de alcohol (32,33).

El análisis de múltiples mediciones tempranas de labo-

ratorio clínicos en pacientes con pancreatitis ha llevado a la identificación de 11 signos pronósticos tempranos en la evolución de una pancreatitis (criterios de Ranson).

La Laparotomía diagnóstica por sí, no tiene efectos de letáreos en el curso de la pancreatitis.

La enfermedad diverticular de colon aumenta su incidencia con la edad, se refiere que el 40% de los pacientes mayores de 40 años presentan diverticulosis. En su etiología parece tener importancia la cantidad de residuo de la dieta, alteraciones de la pared colónica y anormalidades motoras del mismo.

La perforación de colon por diverticulitis constituye la segunda causa en orden de frecuencia después de la perforación de la úlcera gastroduodenal, de presencia de aire libre en la cavidad peritoneal, excluyendo un accidente o una operación quirúrgica previas (23,33).

En un trabajo realizado por el Dr. Mario Campos del Hospital M.I.G. de México estudió a 40 pacientes con manifestaciones severas de diverticulitis, de estos se seleccionaron 10 enfermos con evidencia de perforación intestinal, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia, la edad promedio fué de 65 años, y la localización de perforación en orden de frecuencia fué sigmoides 5 pacientes (50%), colon descendente 2 pacientes (20%), uno en transversal (10%), uno en ascendente (10%) y uno no determinado. El tipo de cirugía

realizado fué resección sin anastomosis en 9 casos (90%), cierre primario y estoma proximal en un paciente, hubo sépsis abdominal en 4 pacientes (40%) (27).

La perforación de úlcera péptica generalmente úlcera duodenal, es una de las causas importantes de aparición de un brusco dolor abdominal intenso. Los varones son víctimas más frecuentes que las mujeres, la frecuencia máxima se observa entre los 20 y 40 años, aunque se han observado perforaciones en recién nacidos y más frecuentemente en personas de edad avanzada. La historia típica es un varón que ha sufrido episodios epigástricos aliviados con leche y antiácidos. La percusión puede descubrir una zona timpánica en la parte baja del tórax derecho y abdomen alto, donde normalmente hay matidez por la presencia del hígado; las radiografías de tórax y abdomen son muy útiles para el diagnóstico donde se puede demostrar de aire libre subdiaphragmático (31).

Se revisaron también dos artículos importantes en esta bibliografía en los cuales se habla de problemas ginecológicos como causas de abdomen agudo (7 y 13). Uno de ellos describe la ruptura de abscesos tuboováricos en una paciente de 84 años que súbitamente desarrolla cuadro doloroso abdominal por lo que es intervenida quirúrgicamente de urgencia encontrándose múltiples abscesos tuboováricos rotos como hallazgos durante la laparotomía (7).

La otra condición abdominal quirúrgica muy rara, es el reporte de un abdomen agudo en una paciente postmenopáusica con tratamiento hormonal sustitutivo, debido a obstrucción del cérvix y sangrado retrógrado (13).

Por último mencionamos que el dolor abdominal agudo de origen urológico es una entidad que puede simular abdomen agudo; el cólico renal y ureteral por litiasis es importante por su sintomatología y frecuencia. Es importante pues, hacer un buen interrogatorio y una exploración física adecuada, así como interpretar correctamente los paraclínicos solicitados para no caer en un diagnóstico erróneo y consecuente mal manejo. Es importante el interrogatorio sobre la micción, el análisis de orina demuestra glóbulos rojos y los cálculos pueden observarse en un 75% aproximadamente de las radiografías simples de abdomen (31).

## O B J E T I V O S

Analizar cuales son los padecimientos abdominales que más frecuentemente condicionan abdomen agudo y/o intervención quirúrgica de urgencia en el paciente geriátrico.

Cuáles son los principales signos y síntomas referidos y encontrados a la exploración física, en que porcentaje se integra el diagnóstico clínicamente y que valor tienen los exámenes de laboratorio y gabinete en el diagnóstico y decisión quirúrgica.

Que importancia tiene establecer un diagnóstico y manejo oportunos, así como el grado de dificultad que esto implica.

Evaluar riesgo quirúrgico, complicaciones y mortalidad.

Hacer un análisis comparativo entre los resultados obtenidos de nuestro estudio con otros reportes.

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S

Se estudiaron 150 pacientes de 60 años y mayores, que fueron admitidos en el servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, con un cuadro abdominal agudo y que fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia por parte del servicio de Cirugía General en el período comprendido del 10. de marzo de 1986 al 31 de agosto de 1988.

Se excluye de este trabajo a todos aquellos pacientes menores de 60 años con cuadro abdominal agudo, a pacientes dentro de la edad mencionada que fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia en otro nosocomio, a todos los pacientes de 60 años o mayores hospitalizados en esta unidad con diagnósticos diferentes y, que en un momento dado presentan o se integran el diagnóstico de abdomen agudo y/o que requieren intervención quirúrgica de urgencia, y a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en forma electiva.

En cada uno de los pacientes estudiados se recabaron los siguientes datos: Edad, sexo, antecedentes patológicos de mayor importancia, datos de laboratorio y gabinete, principales manifestaciones clínicas de abdomen agudo, riesgo quirúrgico, tiempo desde su ingreso a la realización de la

cirugía, tiempo operatorio, causas más frecuentes que condicionaron el abdomen agudo, complicaciones postoperatorias, días de hospitalización y mortalidad.



**R E S U L T A D O S****DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR EDAD**

EDAD MINIMA	60 AÑOS.
EDAD MAXIMA	98 AÑOS.
MEDIA	73 AÑOS.

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SEXO**

MASCULINO	78 PACIENTES
FEMENINO	72 PACIENTES
TOTAL	150 PACIENTES

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Hipertensión Arterial Sistémica.....	42	pacientes
Diabétes Mellitus.....	35	"
Antecedentes Qx. previos.....	35	"
Enfermedad Acido Péptica .....	24	"
Obesidad.....	23	"
Enfermedad Cardiovascular.....	21	"
Hernias Inguinales.....	18	"
E P O C .....	18	"
Enfermedad Articular Degenerativa ...	13	"
Litiasis vesicular diagnosticada ....	6	"
Otros .....	12	"

### EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Num. Leucocitos: Rango 2,100 - 35,500

Media 12,773

Exámenes Rx: En 25 pacientes con abdomen agudo los - estudios Rx no apoyan el Dx. En 6 pa- cientes no se comentan. En 129 pacien- tes confirma el Dx. (En 7 pacientes se encontró aire subdiafragmático, en el - resto niveles hidroaéreos, Ileo segmen- tario, edema interasa, imagen volvular, etc., de acuerdo a la patología base).

## DIAGNOSTICO CLINICO

Durante la exploración física, en 112 pacientes (74.6%) se encontraron diferentes signos y síntomas de abdomen agudo. En 38 pacientes (25.4%) con abdomen agudo las manifestaciones clínicas no fueron tan evidentes, por lo que en mucho la decisión quirúrgica dependió importantemente de los exámenes de laboratorio y gabinete. La sintomatología encontrada en orden de frecuencia fue: (Ver fig. 1.)

1) Dolor abdominal .....	92%
2) Distensión abdominal .....	81%
3) Constipación y obstipación Intestinal ...	75%
4) Irritación peritoneal .....	68%
5) Fiebre .....	60%
6) Náuseas y vómitos .....	56%

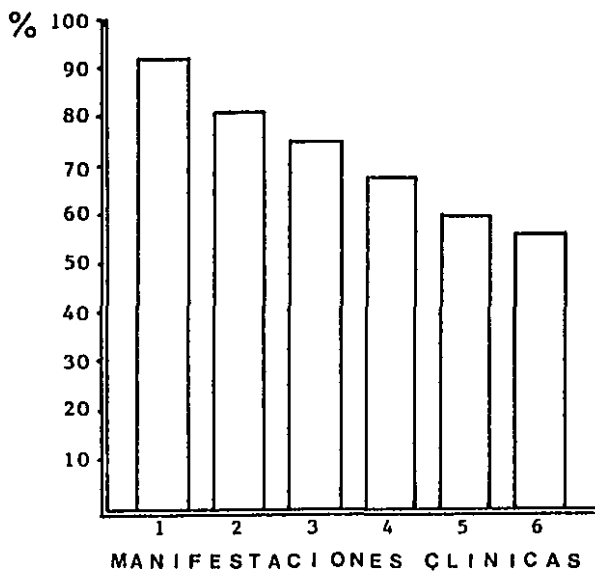


FIG. I. Manifestaciones clínicas.

1. Dolor abdominal
2. Distensión abdominal
3. Constipación y obstipación
4. Irritación peritoneal
5. Fiebre
6. Náusea y vómitos.

### EVALUACION DEL RIESGO QUIRURGICO

Esta se basó en la clasificación de la ASA (Sociedad Americana de Anestesiología), con la siguiente distribución:

Ver fig. II.

ASA I U .....	0	Pacientes.	
ASA II U .....	31	"	(20.6%)
ASA III U .....	70	"	(46.6%)
ASA IV U .....	37	"	(24.6%)
ASA V U .....	12	"	( 8.0%)

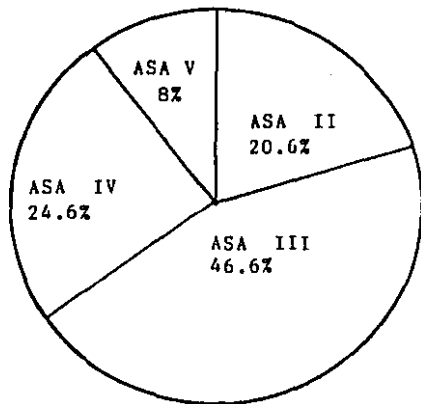


FIG. II. Distribución del riesgo quirúrgico.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU INGRESO A LA  
REALIZACION DE LA CIRUGIA**

**RANGO:** 30 min. - 70 hrs.

**MEDIA:** 11 Hrs. 37 min.

**TIEMPO OPERATORIO**

**RANGO:** 35 min. - 5 hs. 30 min.

**MEDIA:** 2 Hrs. 3 min.

**PATOLOGIAS QUE MAS FRECUENTEMENTE CONDICIONARON  
ABDOMEN AGUDO**

Fueron las siguientes en orden de frecuencia (Fig. III).

1) OCLUSION INTESITINAL	46 pacientes (30.6%)
- Adherencias postquirúrgicas ...	8 pacientes
- Volvulos de colon .....	7 "
- Hernias internas .....	6 "
- Hernias Inguinales encarceladas	6 "
- Hernia crural encarcelada .....	5 "
- Hernia Inguinal estrangulada ..	4 "
- Hernias postincisionales .....	4 "
- Hernia Crural estrangulada ....	3 "
- Hernia umbilical encarcelada ..	3 "
2) ENFERMEDAD AGUDA DE VIAS BILIARES	31 pacientes (20.6%)
- Piocolecisto .....	10 pacientes
- Colecistitis Aguda Litiasica ..	9 "
- Hidrocolecisto .....	9 "
- Colangitis .....	3 "

3)	APENDICITIS AGUDA	31	pacientes	(20.6%)
	- Complicada .....	19	pacientes	
	- No complicada .....	12	"	
4)	ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA COMPLICADA	11	pacientes	(7.3%)
	- Úlcera gástrica perforada .....	4	pacientes.	
	- Úlcera duodenal perforada .....	3	"	
	- Úlcera gástrica sangrante .....	3	"	
	- Úlcera duodenal sangrante .....	1	"	
5)	TROMBOSIS MESENTERICA	9	pacientes	(6.0%)
6)	PANCREATITIS AGUDA	7	pacientes	(4.6%)
	- Necrótico hemorrágica .....	6	pacientes	
	- Edematosa .....	1	"	
7)	LAPAROTOMIAS BLANCAS	5	pacientes	(3.3%)
8)	ABSCESO HEPATICO COMPLICADO	4	"	(2.7%)
9)	ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA	4	"	(2.7%)
10)	PERFORACION INTESTINAL	3	"	(2.0%)



11)	HPPAF PENETRANTE A ABDOMEN	2	pacientes	(1.3%)
12)	CA DE COLON COMPLICADO	2	"	(1.3%)
13)	PIO-SALPINX	1	"	(.6%)

## PRINCIPALES COMPLICACIONES

1) Sepsis intraabdominal .....	25	pacientes.
2) Infecciones vías respiratorias .....	22	"
3) Absceso herida quirúrgica .....	15	"
4) Alteraciones cardíacas .....	13	"
5) Insuficiencia renal aguda .....	8	"
6) Eventración .....	5	"
7) Dehiscencia anastomosis intestinal ...	5	"
8) S.T.D.A. ....	5	"
9) Absceso pancreático .....	4	"
10) Evisceración .....	2	"

(ver Fig. IV)

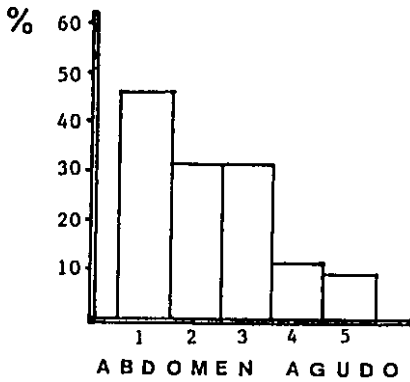


FIG. III CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

1. Oclusión intestinal.
2. Enf. Aguda de V.B.
3. Apendicitis aguda.
4. Enf. Acido Péptica.
5. Trombosis mesenterica.

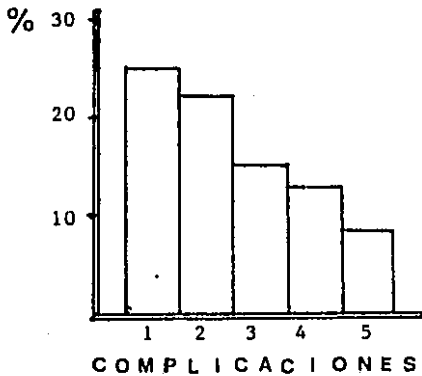


FIG. IV COMPLICACIONES

1. Sépsis Intraabdominal.
2. Infecc. Respiratorias.
3. Absceso Herida Qx.
4. Alt. Cardiacas.
5. I.R.A.

### DIAS DE HOSPITALIZACION

RANGO: 1 día - 97 días.

MEDIA: 12.7 días.

### MORTALIDAD

De los 150 pacientes estudiados, sobrevivieron 101 (67.4%) y fallecieron 49 (32.6%).

Las principales causas de mortalidad fueron: (Fig. V).

1) Septicemia .....	25	pacientes.
2) Infecciones Respiratorias .....	13	"
3) Trastornos Cardíacos .....	6	"
4) I.R.A. ....	5	"

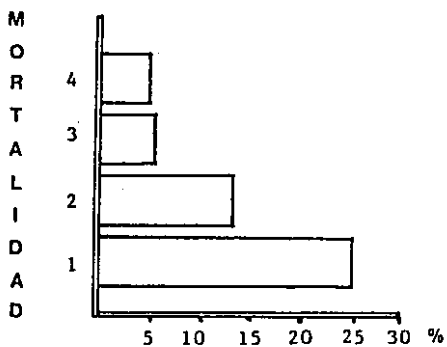


FIG. V MORTALIDAD.

- 1) Septicemia.
- 2) Infracciones respiratorias.
- 3) Trast. cardiacos.
- 4) I.R.A.

## COMENTARIOS

La oclusión intestinal aguda constituye una de las principales causas de abdomen agudo en el anciano junto con la enfermedad aguda de vías biliares y la apendicitis.

En nuestro estudio constituyó la primer causa de cirugía de urgencia en 46 pacientes (30.6%), las principales causas fueron adherencias postquirúrgicas, volvulos, hernias internas, hernias inguinales y femorales encarceladas. La enfermedad aguda de vías biliares y la apendicitis ocuparon el segundo lugar con 31 pacientes (20.6%) cada uno, respectivamente.

De los 150 pacientes intervenidos, hubo 5 laparotomías blancas (3.3%). Característicamente todos eran diabéticos tres hipertensos. Se han reportado entidades que pueden cursar con falso abdomen agudo que es importante tener en cuenta, como lo es en pacientes diabéticos mal controlados preferentemente insulín dependientes, que lo manifiestan de diferentes manera, desde un cuadro similar al apendicular descrito por Kussmaul hasta una forma peritonítica generalizada descrita por Taylor (34).

En cuanto a la evaluación del riesgo quirúrgico según la sociedad americana de anestesiología (ASA), encontramos 148 pacientes (92%) dentro de los grupos II, III y IV. En

la revisión bibliográfica se reporta el 88.3% de los pacientes dentro de los grupos II y III, pudiendo comentar que son muy similares los resultados de evaluación, tomando en cuenta que en esta última no se incluyen los pacientes del grupo IV. (17,18 y 39).

El sexo más afectado depende de la patología causal, en enfermedades de vías biliares predomina el femenino 2 a 1; en cambio globalmente fueron intervenidos más hombres que mujeres 52% Vs 48% respectivamente. Resultados similares a la bibliografía estudiada (1,2,3,4,6,11,17, y 19).

Las enfermedades crónicas que más frecuentemente se asociaron a su problema abdominal agudo fueron Hipertensión arterial, diabétes, enf. ácido péptica, EPOC, trastornos cardiacos y obesidad, estadística igual a la reportada en la literatura mundial (2,4,44).

Continuamos pensando que el tiempo transcurrido desde su ingreso a la realización de la cirugía sigue siendo un poco largo, media global de 11 hrs. 37 mín. Independientemente del tiempo en que se emplea para establecer el diagnóstico y decidir su intervención quirúrgica, consideramos que gran parte de este tiempo se emplea en espera de disponibilidad de quirófanos y en algunos casos en mejorar las condiciones generales de pacientes descompensados sobre todo diabéticos, mal hidratados y cardiopatas.

Las principales complicaciones postquirúrgicas siguen siendo la sépsis abdominal, y las infecciones respiratorias. En cuanto a mortalidades se refiere, vemos con infinito agrado que esta ha bajado considerablemente. En los primeros 50 pacientes estudiados encontramos una mortalidad del 40%, en un segundo grupo del mismo número de pacientes apenas se redujo al 38%; cifras muy similares a las reportadas en la literatura mundial (3,5,33 y 44). EN el último grupo también de 50 pacientes apenas llegó a un 18.8%. Sumando los resultados anteriores tenemos una media de 32.6%.



## CONCLUSIONES

El abdomen agudo constituye una entidad nosológica letal, de etiología múltiple, en el cual existe un compromiso abdominal importante con un potencial de morbimortalidad muy alto que se ve incrementado en el paciente geriátrico.

En estos pacientes el riesgo quirúrgico y la mortalidad es 4 a 5 veces mayor que en el paciente joven por el propio envejecimiento y enfermedades coexistentes, por una disminución de la reserva cardíaca y pulmonar, así como por una menor tolerancia a las complicaciones postoperatorias.

El retardo en el diagnóstico y una intervención quirúrgica necesaria más allá de 24 hrs. de establecida la patología abdominal aguda, incrementan el número de complicaciones.

Ante un cuadro abdominal agudo el cuadro clínico es similar o en la mayoría de las veces menos evidente en el paciente geriátrico que en el joven, sin embargo los hallazgos encontrados durante la cirugía como cambios gangrenosos, perforaciones etc., son mucho mayores (+ 3 veces) en el grupo de ancianos, probablemente sea secundario a enfermedades asociadas como arteriosclerosis, hipertensión arterial, diabétes etc.; en el que existe compromiso vascular.

Los resultados de exámenes de laboratorio solo son orientadores, no concluyentes, ya que el anciano puede responder de diferente manera a un proceso séptico, desde el punto de vista inmunológico.

Consideramos que el paciente geriátrico requiere un manejo meticuloso desde su valoración médica hasta su tratamiento definitivo, ya que no siempre la patología abdominal aguda es manifestada abiertamente en este tipo de pacientes y, muchas veces nos lleva al establecimiento de diagnósticos y manejos terapéuticos erróneos, con lo cual se ve afectado de manera importante el pronóstico del paciente.

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

- 1.- Gerson, G.A. et al. Mortality and gastrointestinal surgery in the aged. Arch. Surg. Vol. 116, pág: 788-791; Jun. - 1981.
- 2.- Glenn, Frank. Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and older. Ann. of Surg. Vol. 112, pág: 56-59; Jun. 1981.
- 3.- Owens, B.J. Hamit, H. F. Appendicitis in the elderly Ann. Surg. Vol. 110, pág: 392-396; Abr. 1981.
- 4.- Sullivan, D.M. Hood, T.R. Biliary tract surgery in the elderly. Am. J. Surg. Vol.. 143, pág: 218-220; Feb. 1982.
- 5.- Ferraris, V.A. et. al. Exploratory laparotomy for abdominal sepsis in patients with multiple organ failure. Arch. Surg. 15(5); pág: 307-311, Sep. 1983.
- 6.- Yatto, R. Siegel, J. Cholestasis: An alternative to surgery in older patients. Rev. Geriatrics; Vol. 39 pág. 113---122; May. 1984.
- 7.- Horenblas, S. Bilski, R. A case of postmenopausal ruptured pyosalpinx: A rare finding at laparotomy for an acute abdomen. Eur. J. Obst. Gynecol. Biol. pág: 351-354; Jul. -- 1984.
- 8.- Khan, A. Rubinstein, P. Ischemic bowel disease: Diagnosis and prognosis. Rev. Geriatrics; Vol. 39(11), pág: 63-74, - Nov. 1984.
- 9.- Ackerman, N. Sillin, F. Suresh, K. Consequenses of intraperitoneal bile: Bile ascitis versus bile peritonitis. - Am. J. Surg. Vol. 149; pág: 244-246, feb. 1985.
- 10.- Ludmerer, K. Kissane, J. Fever, abdominal pain and hepatomegaly in 66-year old men. Am. J. of medicine, Vol. 78, pág: 481-486, March 1985.

- 11.- Reiss, R. Deutsch, A. Emergency abdominal procedures in patients above 70. *J. Gerontol*; 40(2) pág: 154-158, -- March. 1985.
- 12.- Cicci, R. Ziegler, M. Intestinal ischemia: Reduction of mortality utilizing intraluminal perfluorochemical. *Am. J. Surg.* Vol. 149, pág: 84-90; Jan. 1985.
- 13.- Rabinovici, J. Frenkel, Y. Acute abdominal condition - - caused by retrograde bleeding in postmenopausal patient on estrogen-progestagen therapy. *Am. J. Obstet Gynecol.* pág: 677-678, Nov. 1985.
- 14.- Kasholm, B. Bartholdean, P. Antibiotics in acute abdominal surgery. *Acta Chir Scand*; Vol. 152, pág: 267-272, - abril 1986.
- 15.- Brandt, Laurence J. Managing GI disorders of aging: Non-cardiac chest pain and rectal bleeding. *Rev Geriatrics*; Vol. 41, pág: 20-30, Jul. 1986.
- 16.- Figeras, J. Sotar, D. Oclusión intestinal ideopática - - *Rev. Esp. enf. de ap. diegestivo*, Vol. 66, pág: 85-89, - Jun. 1984.
- 17.- Pérez Cátzin, F. Senites, S. Gutierrez, M. Colectectomía y cirugia biliar en el anciano. *Rev. Gastroenterología de México*. Vol. 51(2), 1986.
- 18.- Aldrete, J. A. Clasificación quirúrgica ASA. 1a. edición, Salvat, 1986.
- 19.- Leuchter, J. Garza, L. Colectistitis aguda y su tratamiento quirúrgico. INNSZ. Trabajo presentado cong. Nal. Gastroent. 1985. *Rev. Gastroent. México*; Vol. 50, pág: -- 365. Oct-Dic. 1985.
- 20.- Boom, R.A. Rodriguez, J. Rivera, F. Isquemia intestinal: espectro clínico y sobrevida. *Rev. Gastroenterología de México*; Vol. 50, pág: 399, Oct-Dic. 1986.

- 21.- Campos, R. Díaz, R. Marquez, M. Bloqueo intestinal: Experiencia en el Hospital Central de México. Rev. Gastroenterología de México; Vol. 51, pág: 332, Oct-Dic. 1986.
- 22.- Morfin, L. Magaña, I. Marquez, M. Morbi-mortalidad en la apendicitis aguda. Rev. Gastroenterología de México; - Vol. 51, pág: 335, Oct-Dic. 1986.
- 23.- Sanjurjo, J.L. Raña, R. Cuello, E. Diverticulitis. Rev. Gastroenterología de México, Vol. 51, pág: 338. Oct-Dic. 1986.
- 24.- Cantu, M. Boom, R. Morales, P. Diagnóstico diferencial - entre apendicitis y dolor abdominal no específico. Rev. Gast. de México. Vol. 51, pág: 355, Oct-Dic. 1986.
- 25.- Leuchter, J. De la Garza, L. Resultados del tratamiento quirúrgico de la isquemia mesentérica aguda. Rev. Gast. de México; Vol. 51, pág: 356, Oct-Dic. 1986.
- 26.- Gutierrez, R. Carreño. Mendieta. Isquemia intestinal - aguda. Trabajo presentado en el X Cong. Nal. de Cirugía General, Oct. 1986. Memorias X reunión Asoc. Mexicana de Cirugía General.
- 27.- Campos, M. Tratamiento quirúrgico de la diverticulitis - perforada. Trabajo presentado en el X Cong. Nal. de Cirugía General, Oct. 1986. Memorias X reunión Asoc. Mex. de Cirugía General.
- 28.- Reyes, H.L. Volvulo de Colon: experiencia de 4 años. -- Hospital General de México. Trabajo presentado en el X Cong. Nal. Cirugía General, Oct. 1986. Memorias X reunión Asoc. Méx. Cirugía General.
- 29.- Gutierrez, J.A. Cervantez, J. Volvulos de colon. Trabajo presentado en el X Cong. Nal. Cirugía General, Oct. - 1986. Memorias X reunión Asoc. Méx. Cirugía General.
- 30.- Mier, J. Robledo, F. Cirugía después de los 80 años. Trabajo presentado en el X Cong. Nal. de Cirugía General. - Oct. 1986. Memorias X reunión Asoc. Méx. Cirugía General.

- 31.- Sabiston, D.C. Tratado de patología quirúrgica, 11a. edición, editorial Interamericana, Vol. 1, pág: 848-868, -- 1985.
- 32.- Sleisenger. Fordtran. Enfermedades gastrointestinales. 3a. edición, editorial Panamericana, 1985; Vol. I. 1 pág: 257-261.
- 33.- Maingot. Schwartz. Operaciones abdominales. Vol. 2, -- pág: 1224-1254, Editorial Panamericana, 1986.
- 34.- Salvioli, J.E. Diabetes Mellitus, Clínica y tratamiento. Falso abdomen agudo. Editorial Salvat, 1986.
- 35.- González, L.P. Abdomen agudo en el anciano, estudio preliminar 50 casos. Hospital Regional Lic. Adolfo López - Mateos, ISSSTE.
- 36.- Park, J. Fromkes, J. Cooperman, M. Acute pancreatitis - in elderly patients. Am. J. Surg. Vol. 152, pág: 638 -- 642, Dic. 1986.
- 37.- Cervantes, C.J. Cirugía de vesícula y vías biliares en la séptima, octava, novena y décima década de la vida. - Rev. Cirugía y Cirujanos; Vol. 54, pág: 120-123 Jul-Ago. 1987.
- 38.- Edelman, D. Russin, D. Wallack. M. Gastric cancer in -- the elderly. Am. Surgeon; pág: 170-173, March 1987.
- 39.- Crass, R.A. Evaluación riesgo quirúrgico, Clínicas médicas de norteamérica; Vol. 6, pág: 112-122, 1979.
- 40.- Abdu, R. Zakhour, B. Dallis, D. Mesenteric venous thrombosis-1911 to 1984. Surgery, Vol. 101, pág: 383-388. -- abril 1987.
- 41.- Burklkely, G. Womack, W. Downey, J. Collateral blood flow in segmental intestinal ischemic: Effects of vasoactive agents. Surgery, Vol. 100, pág: 157-166; Ago. 1986.
- 42.- Kwaan, J. Connoly, J. Prevention of intestinal infarction resulting from mesenteric arterial occlusive disease. -- Surg. Gynecol. and Obst. Vol. 62, pág: 321-324 Oct. -- 1983.

- 43.- González, L.P. Abdomen agudo en el anciano, estudio preliminar de 100 casos. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.
- 44.- Adkins, R.B. Jr. Scott, H. W. Jr. Surgical care for the elderly. Ed. Williams and Wilkins, 1988.