

11209

48
20



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General, Centro Médico "La Raza"



FACULTAD DE MEDICINA



MAR 17 1994

SECRETARÍA DE SERVICIOS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

**ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL
PACIENTE ANCIANO
ANÁLISIS RETROSPECTIVO**

T E S I S

Que para obtener el Título de

CIRUJANO GENERAL

p r e s e n t a

DR. ANTONIO HUERTA HERNANDEZ



IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

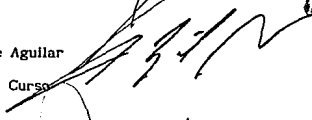
CENTRO MEDICO LA RAZA
HOSPITAL GENERAL

Dr. Emilio Escobar Picasso
Jefe de Enseñanza e Investigación



Departamento de Enseñanza
e Investigación

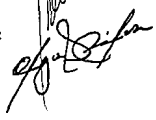
Dr. Angel Zárate Aguilar
Prof. Titular del Curso



Dra. Graciela Zermeno Gómez
Profra. Adjunta



Dra. Olga Silva Rodríguez
Asesor de Tesis



Dr. David Juárez Corona
Asesor de Tesis

ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN EL PACIENTE ANCIANO

ANALISIS RETROSPECTIVO

**Tesis que para obtener el
título de Cirujano General**

Presenta:

DR. ANTONIO HUERTA HERNANDEZ

Asesores de Tesis:

DRA. OLGA SILVA RODRIGUEZ

DR. DAVID JUAREZ CORONA

A mis padres

*A mi esposa Guadalupe
en el 50. aniversario de nuestra boda
A mis hijas
Alma Rosa y Antonia*

*A todos los cirujanos del Hospital General por su
continua enseñanza y apoyo durante la residencia.*

INDICE

	Página
I. OBJETIVOS	1
II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
Consideraciones generales.	2
Cambios Inmunológicos y tisulares en el paciente anciano.	3
Abdomen agudo en el paciente anciano.	6
Signos y síntomas en cuadro abdominal agudo.	
Dolor abdominal.	8
Fiebre.	9
Hipotermia.	9
Anorexia y pérdida de peso.	9
Diarrea y estreñimiento.	10
Datos de laboratorio y gabinete en el cuadro abdominal agudo del anciano.	10
Estudios de gabinete.	11
Evaluación de las causas específicas de abdomen agudo en el anciano.	
Colecistitis.	15
Úlcera péptica.	18
Obstrucción intestinal.	19
Apendicitis.	21
Enfermedad diverticular del colon.	24
Enfermedades vasculares. Oclusión vascular mesentérica.	25
Diagnóstico diferencial y pronóstico.	26
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	29
IV. IDENTIFICACION DE VARIABLES.	30
V. HIPOTESIS.	31
VI. TIPO DE ESTUDIO.	32

VII. UNIVERSO DE TRABAJO.	33
VIII. CRITERIOS	34
IX. MATERIAL Y METODOS.	35
X. CONSIDERACIONES ETICAS.	36
XI. RESULTADOS.	37
XII. DISCUSION.	50
XIII. CONCLUSIONES.	53
BIBLIOGRAFIA.	54

I. OBJETIVOS

- 1) Revisar y analizar retrospectivamente la experiencia que se tiene en el Hospital General del Centro Médico "La Raza" en la identificación de los principales aspectos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y gabinete que han sido útiles para apoyar una decisión quirúrgica en los pacientes seniles con abdomen agudo.
- 2) Identificar los posibles factores relacionados con la morbimortalidad.
- 3) Establecer estrategias para el descubrimiento de los pacientes que requieran de manejo quirúrgico urgente, para emplear terapéuticas rápidas y efectivas.

II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Consideraciones generales.

En los Estados Unidos, la población geriátrica aumenta constantemente (1-3); este incremento requiere también de un aumento creciente de especialistas que participen en el diagnóstico y tratamiento de este grupo de pacientes⁽¹⁾. La asistencia óptima de los ancianos exige comprender mejor las alteraciones fisiopatológicas de la edad avanzada y tener mayor experiencia sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad en este grupo de edad⁽³⁾.

La longevidad del ser humano está genéticamente regida⁽⁴⁾, la vida promedio está en aumento debido a la asistencia médica más eficaz⁽⁴⁾. El proceso de envejecimiento es un fenómeno complejo y mal conocido, no existe una definición bien aceptada. Makinodan lo define como un proceso que depende del tiempo produciéndose una falta de adaptación fisiológica a las tensiones y cambios ambientales⁽⁴⁾. Slater considera que se trata de un proceso biológico complejo en el cual disminuye la autoconservación⁽⁴⁾. Waltkin por su parte considera que se trata de un proceso que comienza con la concepción y termina con la muerte.⁽⁴⁾

En conclusión, el envejecimiento se considera como un cambio fisiológico, celular, biosocial, cultural y psicológico progresivo, que ocurre desde el momento de la concepción y termina con la muerte.⁽⁴⁾

La nutrición es un factor muy importante para la salud y contribuye a la aparición y progreso de enfermedades y trastornos degenerativos que acompañan a la vejez. Existen otros factores que asociados modifican las perspectivas clínicas de los pacientes ancianos como: el uso de fármacos, debido específicamente a la asociación con enfermedades crónicas, metabólicas, neoplásicas y degenerativas^(5,6). Más del 50% de los ancianos sufren dos o más problemas médicos⁽¹⁾, la incapacidad física, factores

sociales y personales⁽⁴⁾ también influyen en la persepectiva clínica de los pacientes. Las manifestaciones clínicas del abdomen agudo son básicamente iguales a las de los pacientes jóvenes, pero con diferencias substanciales sobre todo en la cronología y evolución clínica, ya que los cuadros suelen ser más insidiosos, inespecíficos y en algunos casos con características atípicas.^(1,7-9)

El encuentro con el paciente geriátrico suele estar marcado por datos clínicos imprecisos, hallazgos físicos inepecíficos, datos de laboratorio ambiguos y una respuesta al tratamiento impredecible.⁽²⁾

Muchos estudios han evaluado los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes ancianos,^(3,10-14) sin embargo en ninguno se especifica la edad exacta a la cual debe considerarse a un paciente dentro del grupo de edad avanzada,⁽⁸⁾ de acuerdo a la revisión elaborada establecemos la edad límite de 60 años acorde a la edad mínima publicada en el marco teórico,^(9,13) consideramos que la edad *per se* no debe ser tomada como un riesgo mayor, ni tampoco como una limitante para la indicación quirúrgica,⁽¹⁰⁾ ya que la mayoría de los estudios realizados en relación al envejecimiento fisiológico muestran una velocidad diferente en cada individuo y los resultados en pacientes mayores de 60 años pueden no ser los mismos que los obtenidos en pacientes mayores de 70 años o más.⁽⁸⁾

Cambios inmunológicos y tisulares en el paciente anciano.

Existen numerosas modificaciones relacionadas con la edad que dan lugar a una disminución de la función inmunológica del anciano.⁽⁸⁾ Walford señala que la respuesta inmunitaria normal alcanza su nivel máximo en los años de la pubertad y después disminuye paulatinamente hasta nivel de 5-30% en la edad avanzada,^(8,14) se ha asumido que la inmunidad humoral está más

comprometida en la edad avanzada,⁽⁸⁾ sin embargo el número de linfocitos no se modifica con la edad⁽¹⁴⁾ pero se aprecia una disminución de la respuesta de los anticuerpos; la disminución de la función de los linfocitos B puede estar relacionada de forma indirecta con el deterioro de la función de células T observando un aumento de células inmaduras en timo y sangre periférica, los cuales muestran también una baja respuesta mitogénica,⁽⁸⁾ también se muestra una disminución en la síntesis de linfoquinas, interferón alfa y gamma a partir de los mononucleares.⁽¹⁵⁾

La involución de la glándula tímica ha sido sugerida por muchos investigadores como el reloj biológico responsable del inevitable envejecimiento del sistema inmunitario,^(8,14) alrededor de los 60 años se muestra una marcada disminución en los niveles de hormona tímica, siendo posteriormente indetectables.⁽¹⁵⁾

Por otro lado, el número absoluto de leucocitos polimorfonucleares no se modifica con la edad; en varios estudios incluso se ha demostrado que la actividad de quimiotaxis y fagocitosis son normales,⁽¹⁵⁾ pero los resultados obtenidos por otros autores muestran resultados controversiales.⁽⁸⁾ Es evidente que los neutrófilos que mantienen su funcionalidad fagocitan microesferas a una velocidad similar que los neutrófilos de persona jóvenes y no existe diferencia en cuanto a funcionalidad.⁽⁸⁾

Existen varios componentes séricos que podrían estar potencialmente implicados en la inmunosenectud, incluyendo las prostaglandinas, el complemento y el hierro sérico. La malnutrición proteico-calórica, que es frecuente en el anciano está en relación con una incidencia más elevada de anergia.⁽⁸⁾ También se ha observado una disminución en las secreciones gastrointestinales y en el número de placas de Peyer desde 200 a los 20 años hasta 100 a los 70 años. La mucosa gastrointestinal es una barrera que puede ser invadida fácilmente por bacterias entéricas y que puede alterarse

debido a cambios en el flujo mesentérico.⁽⁸⁾ En la tabla 1 se muestran las diferentes modificaciones inmunológicas y tisulares en el paciente anciano.

Tabla 1. Observaciones en relación al estado inmunológico del anciano.

Disminuidos.

Niveles de IgM

Avidez de Inmunoglobulinas

Niveles de interferón alfa y gamma

Niveles de hormonas tiroideas

Quimiotaxis de neutrófilos, fagocitosis, producción de radicales O_2

Reacción de hipersensibilidad retardada

Proliferación de linfocitos T inducida por mitógenos

Número y función de células de Langerhans

Normal (n) o con modificación desconocida (u)

Niveles de IgG e IgA (n)

Niveles complemento (n)

Número de linfocitos B y T (n)

Subpoblaciones de linfocitos T (u)

Número de monocitos y neutrófilos (n)

Función de macrófagos tisulares (u)

Niveles de interleucina 1 y 2 (n)

• Tomado de Plewa *et al.*⁽⁸⁾

Se han documentado alteraciones inmunológicas marcadas por la edad, la forma más simple a nivel clínico es la comprobación de la anergia y

lifopenia⁽¹⁶⁾ que han corroborado una mayor tasa de mortalidad. En la actualidad la atención se fija en la mejoría del estado nutricional y en la potencialización inmunológica con hormona tímica.

A nivel tisular, no se han observado grandes cambios en comparación con pacientes jóvenes, sin embargo se ha visto una alteración importante en la estructura de la colágena y elastina, la causa es atribuida a una disminución en ciertas enzimas líticas.⁽¹⁷⁾ Se ha observado también una disminución en la fuerza tensil en los tejidos de cicatrización, consecuentemente aumenta el riesgo inherente de los pacientes para sufrir complicaciones atribuidas a esta condición.⁽⁶⁾

Abdomen agudo en el paciente anciano.

El abdomen agudo en el paciente senil difiere en muchos aspectos en comparación con pacientes más jóvenes, frecuentemente otras enfermedades concomitantes influyen en las manifestaciones y modifican los procedimientos quirúrgicos y sus resultados.⁽¹⁸⁾ El diagnóstico preliminar es difícil y generalmente el realizarlo o no, influye en la mortalidad.⁽¹⁸⁾

Existen factores específicos que han mejorado la atención de estos pacientes:

1. El aumento estadístico y epidemiológico de los pacientes ancianos candidatos a cirugía, que nos han permitido conocer la fisiopatología quirúrgica.⁽¹⁰⁾
2. Mejorías en la metodología y terapéutica, así como en los aspectos éticos para la atención de estos pacientes.⁽¹⁰⁾
3. Mayor atención y mejoramiento al equipo y tecnología para su atención integral.
4. El conocimiento de que los pacientes geriátricos requieren de

atención especial por ser diferentes en muchos aspectos, requiriendo de gente entrenada para su atención.^(17,19)

El diagnóstico del anciano que acude al médico con dolor abdominal plantea un problema difícil, en donde es necesario incluir además tres factores de suma importancia:

1. Disfunciones ocultas por la edad misma o por enfermedades asociadas.
2. Retardo al acudir a los servicios médicos por parte de los ancianos.
3. Deseo de médico y paciente para evitar estudios innecesarios y cirugía .

Realmente existen pocos estudios referentes a la orientación del médico para establecer el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo,⁽¹⁸⁻²⁰⁾ además faltan estudios de pronóstico en estos pacientes que indiquen acertadamente que vale la pena hacer esfuerzos orientados a su curación.⁽²¹⁾

La evaluación integral del paciente, incluye especialmente la detección de los problemas concomitantes, sobre todo cardiovasculares, renales y pulmonares; estableciendo el manejo y corrección de todos los estados patológicos hasta donde sea posible.⁽²²⁾ Los síntomas y signos son con frecuencia más leves y menos específicos, por lo cual la atención debe ser más acuciosa.⁽²²⁾ Es bien sabido que más del 50% de los pacientes ancianos sufren dos o más problemas médicos, además de que generalmente se encuentran bajo medicación concomitante, lo que puede modificar las características de la enfermedad,⁽¹⁾ además existe una incapacidad de los pacientes para relatar la historia exacta y colaborar con la exploración física.⁽¹⁾ Tal como ocurre con la sintomatología, es notoria la escasez de signos físicos en la enfermedad. Se ha destacado que el dolor con rebote a

la palpación es un signo fiable que indica peritonitis, sin embargo, no es común su presencia;^(7,13) una forma más fiable de diagnosticar peritonitis es detectar rigidez involuntaria con la palpación suave sobre la zona de mayor dolor.⁽¹⁹⁾ La auscultación en busca de ruidos intestinales puede realizarse, pero en raras ocasiones se encuentran datos de utilidad.⁽¹⁹⁾ La presencia de "borborismos" y ruidos intestinales es útil, pero no permite descartar el diagnóstico de obstrucción intestinal; el silencio abdominal es importante aunque tampoco puede utilizarse para excluir la posibilidad de peritonitis incipiente.⁽¹⁹⁾ La normotermia y la bradicardia pueden aparecer en pacientes con gangrena intestinal,⁽²⁰⁾ no se detectan, asimismo, fiebre o taquicardia en otros problemas abdominales como apendicitis,⁽⁷⁾ colecistitis aguda,^(13,23) y obstrucción del intestino delgado.⁽²⁴⁾

Signos y síntomas en cuadro abdominal agudo.

Dolor abdominal

En el anciano el umbral para el dolor es mayor que para los jóvenes, en consecuencia cuando hay dolor deberá considerarse síntoma urgente y que exige valoración cuidadosa,⁽¹⁾ representando mayor importancia que en el paciente joven, incluso el dolor abdominal en el anciano en un porcentaje mayor se trata de un problema quirúrgico urgente.^(1,25) Si se descarta la colecistitis, la causa más común del dolor abdominal agudo es la obstrucción intestinal.⁽²⁷⁾ Las causas más corrientes de obstrucción intestinal son las neoplasias, vólvulos del colon e íleo biliar.^(27,28) Es un mito corriente que la apendicitis aguda es una causa poco frecuente de dolor abdominal en el anciano, en general es una de las causas más comunes de dolor abdominal agudo.^(7,9)

Fiebre

Al igual que ocurre con pacientes jóvenes, la elevación de la temperatura es síntoma clínico importante que indica infección y otros trastornos generales.⁽¹⁾

El absceso abdominal ha sido reportado al igual que las neoplasias, como una de las causas de fiebre en el anciano, aún sin antecedentes de cirugía previa, enfermedad intestinal inflamatoria y diverticulitis.⁽¹⁾

La respuesta febril habitual suele mantenerse hasta la edad avanzada,⁽²⁶⁾ pero es posible que una infección grave produzca menos fiebre que la que ocasiona en pacientes jóvenes.⁽²⁶⁾

Hipotermia

La temperatura corporal baja es un indicador de enfermedad grave en ancianos,⁽²⁹⁾ además es signo indicador de situaciones clínicas asociadas, como: diabetes sacarina, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, infecciones pulmonares y gastrointestinales. En pocos casos la hipotermia no guarda relación con entidad nosológica específica.⁽¹⁾

Anorexia y pérdida de peso

La anorexia es un signo frecuente en ancianos, la asociación a otros síntomas gastrointestinales como vómito, náusea, disfagia, dispepsia, es importante para diferenciarla de trastornos psiquiátricos.⁽¹⁾ La pérdida de peso puede ser secundaria a trastornos en la ingesta de alimentos, pero puede estar involucrada con un proceso neoplásico, lo cual le reviste de importancia. Existe un número relativo de pacientes ancianos que presentan

una pérdida de peso gradual y progresiva sin enfermedad subyacente aguda.⁽¹⁾

Diarrea y estreñimiento

Estos son problemas comunes en los ancianos; existen cambios fisiológicos en el aparato gastrointestinal con disminución del volumen de jugos digestivos, de la peristalsis, de la secreción de ácido clorhídrico y de la motilidad esofágica.⁽⁴⁾

Los estados digestivos crónicos en personas no seniles ocupan el 8.4% y aumentan hasta el 25% en pacientes con más de 65 años de edad.⁽⁴⁾ La isquemia crónica del intestino es una de las causas más comunes de diarrea en el anciano^(30,31) y puede convertirse en una urgencia quirúrgica en cualquier momento. El estreñimiento es el síntoma gastrointestinal más frecuente en el anciano,⁽¹⁾ la mayor parte de las veces ocasionada por tránsito intestinal lento, ingreso alimentario y líquidos inadecuados y disminución de la actividad.⁽¹⁾ La impactación fecal es otra causa frecuente en pacientes hospitalizados o reclusos en asilos.⁽¹⁾ Es importante el análisis integral de estas manifestaciones ya que se han observado como síntomas asociados a problemas quirúrgicos como apendicitis,^(1,9) cáncer, estenosis, diverticulitis o enfermedad inflamatoria crónica.⁽³⁰⁾

Datos de laboratorio y gabinete en el cuadro abdominal agudo del anciano.

Las alteraciones de laboratorio pueden ser inespecíficas y desorientadoras. Muchos de los pacientes con abdomen agudo presentan alteraciones electrolíticas,⁽²⁷⁾ y en la proporción de nitrógeno uréico y creatinina sérica,⁽¹⁹⁾ curiosamente el número de leucocitos puede ser normal.^(19,20,24) Cuando existe leucocitosis de 15,000/ml sugiere la

presencia de enfermedad grave,^(22,27,32,33) en algunos casos de apendicitis se ha reportado leucopenia.^(7,22) La anemia puede estar asociada a problemas neoplásicos.⁽¹⁹⁾ La elevación de bilirrubinas sugiere problemas de hígado y vías biliares,^(13,33) los niveles séricos rara son mayores de 4 mg/dl y son causados con mayor frecuencia por inflamación hepática alrededor de la vesícula biliar, niveles mayores de esta cifra aumentan significativamente la probabilidad de cálculos en el conducto hepático común.⁽²⁾ Una bilirrubina que aumenta rápidamente indica una posible perforación vesicular;⁽²²⁾ los niveles de amilasa sérica están elevados a menudo en los pacientes con colecistitis aguda o en pancreatitis y la enfermedad puede ser discreta lo cual presenta una verdadera dificultad para el diagnóstico diferencial.⁽²²⁾ La elevación de transaminasas séricas o fosfatasa alcalina también están presentes, pero rara vez exceden dos o tres veces los valores normales.^(13,22)

Estudios de gabinete

Las radiografías simples de abdomen no aportan datos si se practican solo por dolor,^(19,34) sin embargo el médico no debe descartar un diagnóstico simplemente por un informe de rayos X negativo.⁽²⁾ La serie de radiografías simples de abdomen debe incluir siempre una tele de tórax, imágenes en supino, bipedestación y decúbito lateral.⁽²⁾ La radiografía de tórax puede descartar el origen extra-abdominal de un dolor abdominal y mostrar también hallazgos asociados a problemas intra-abdominales como neumoperitoneo o derrame pleural. La radiografía de tórax lateral en bipedestación puede mostrar un neumoperitoneo que no se ve en otras proyecciones.⁽²⁾ Las radiografías simples de abdomen deben ser analizadas en busca de neumoperitoneo, localización anormal de aire, patrón de gases anormal y

calcificaciones patológicas.⁽²⁾ Las radiografías simples de abdomen son de poca utilidad en los casos de hemorragia digestiva indolora, en estos casos la técnica de elección es la serie esófago-gastro-duodenal o la angiografía celiaca,^(35,36) en el 90% de los casos la panendoscopia identifica la causa.⁽²⁾ Los estudios contrastado también son de utilidad en otras complicaciones de úlcera péptica, ya que el 30% de las perforaciones no producen aire libre subdiafragmático⁽³⁷⁾ y mediante este método es fácilmente demostrable.⁽²⁾

La obstrucción del intestino delgado puede diagnosticarse comunmente con placas simples de abdomen, la presencia de niveles hidroaereos en el trayecto de un asa intestinal y la ausencia de gas en colon están presentes en la mayoría de los pacientes. La combinación de obstrucción de intestino delgado, aire en vía biliar y cálculo laminado en el cuadrante inferior es la triada clásica del ileo biliar.⁽²⁾

En la isquemia intestinal las radiografías simples son de poca utilidad, los hallazgos observados pueden ser, edema de la mucosa con "huellas digitales", asas fijas y rígidas que no cambian, además de neumatosis intestinal y en la vena porta, así como en el peritoneo.⁽³⁸⁾ Los signos de edema intestinal y rigidez pueden ser más obvios en los estudios contrastados.⁽²⁾ La tomografía axial computarizada es un método aún mejor y más sensible.^(38,39)

En la apendicitis la radiografía simple de abdomen puede mostrar un fecalito hasta en el 25% de los casos, menos frecuentemente pueden aparecer signos compatibles con masa abdominal en los cuadrantes inferiores derechos o gas extraluminal.⁽²⁾ Existen casos en los cuales las imágenes son compatibles con obstrucción intestinal, siendo la apendicitis una de las causas de obstrucción en el paciente anciano.⁽⁹⁾ El enema opaco puede mostrar falta de relleno en el apéndice y deformidades en el ciego e ileon

terminal.⁽²⁾ La ecografía puede ser útil en algunos casos.⁽⁴⁰⁾ La TAC es especialmente útil en los casos de absceso intra-abdominal asociado.^(41,42)

Tanto por ecografía como por TAC se ha hecho el diagnóstico de diverticulitis. La diverticulitis es la segunda causa más frecuente de obstrucción en el anciano.⁽²⁾ Los hallazgos con enema opaco son típicos pero pueden ser simulados por otros padecimientos como, isquemia intestinal o carcinoma de colon.^(43,44) La TAC permite mayor precisión diagnóstica y debe realizarse antes del enema baritado, ya que el contraste puede producir artefactos en las imágenes.⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾ Existe evidencia de que la TAC tiene un alto grado de eficacia para diferenciar el cáncer de colon perforado, de la diverticulitis.⁽⁴⁴⁾

En los casos de vólvulos el diagnóstico puede realizarse con una radiografía simple, el enema opaco puede realizarse solo si se excluye el neumoperitoneo y muestra la imagen clásica en "pico de pato". Debe tenerse en cuenta que la radiografía simple de abdomen ha sido cuestionada por su poca precisión en el diagnóstico de obstrucción colónica y que el diagnóstico definitivo requiere de enema opaco.⁽⁴⁹⁾ En el anciano puede presentarse también una dilatación colónica sin obstrucción mecánica (pseudo-obstrucción), en estos casos la dilatación semeja lo presente en la obstrucción verdadera y representa el mismo riesgo de perforación; en muchos casos la cecostomía guiada por TAC puede salvar la vida,^(50,51) pero es un método muy discutido.

En los problemas de vesícula biliar las radiografías simples solo muestran litos en el 15% de los casos y este hallazgo no constituye el diagnóstico de colecistitis.⁽²⁾ Rara vez puede observarse gas en la luz o pared de la vesícula, este signo se asocia con un curso más grave de la enfermedad.⁽²⁾ También puede observarse la vesícula en porcelana que resulta de suma importancia por su asociación a cáncer vesicular.⁽²⁾ El diagnóstico

de colecistitis se apoya principalmente en gamagrafía y ultrasonido.⁽⁵¹⁾ En los pacientes con colecistitis acalculosa o calculosa la sensibilidad de la gamagrafía es del 90%.^(52,53) La ecografía muestra la presencia de litos casi en el 100% de los casos, además de signos de colecistitis como pared engrosada, lodo biliar y signo ecográfico de Murphy⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾. La colecistitis enfisematosa gangrenosa también puede mostrar en este estudio colecciones anormales, indicativas de perforación en el 10% de los casos.^(56,57) La ultrasonografía puede mostrar también dilatación de la vía biliar, litiasis y la anatomía de hígado y páncreas.⁽⁴⁸⁾

En la pancreatitis las placas simples de abdomen y tele de tórax pueden poner en evidencia derrame pleural, íleo localizado y calcificaciones, sin embargo son muy específicos y sensibles la USG y la TAC. Las complicaciones como abscesos y pseudoquistes también pueden diagnosticarse con esta técnica.⁽²⁾

En un examen de detección selectiva de pacientes mayores de 60 años con hipertensión arterial sistémica o arterioesclerosis, el aneurisma aórtico se encontró en el 10% de los casos.⁽⁵⁹⁾ La ecografía ha sustituido a la radiografía abdominal en la evaluación de esta patología.^(59,60) puede realizarse en la sala de urgencias y permite establecer el peligro de ruptura y las dimensiones transversales, longitudinales o la presencia de coágulo intraluminal.⁽⁶⁰⁾ La TAC muestra con mayor precisión las características del aneurisma y la irrigación renal.⁽²⁾

Los pacientes geriátricos acuden a la sala de urgencias con síntomas atípicos que enmascaran enfermedades graves, el diagnóstico por imagen debe realizarse con un elevado índice de sospecha y con elección adecuada de la modalidad de exploración.⁽²⁾

La radiografía de urgencia es un campo en desarrollo, la bibliografía muestra referencias de múltiples modalidades de radiología general,

específica y de áreas anatómicas concretas.⁽²⁾

Evaluación de las causas específicas de abdomen agudo en el anciano.

Colecistitis

La incidencia de cálculos en la vesícula biliar aumenta con la edad,^(29,45,73) de un 8.9% entre los 30 y 40 años de edad,⁽²³⁾ 39% en mayores de 60 años,⁽²⁾ hasta más del 50% en pacientes mayores de 70 años.^(22,23) La colecistitis aguda es considerada la causa más común de enfermedad aguda en el anciano,^(13,23,33) variando del 25 al 41% su incidencia.⁽²²⁾ El cuadro inicial es engañoso,^(13,22,33,62) los hallazgos clínicos a menudo no se relacionan con la gravedad y un cuadro de inicio falsamente benigno puede enmascarar una enfermedad grave.^(22,30) Hasta un 25% de los pacientes geriátricos con colecistitis aguda no presentan dolor y en 40% no tienen fiebre ni leucocitosis.^(13,30,61,63) En general los pacientes de mayor edad tienden a presentar enfermedad más grave y por lo tanto son más comunes la colecistitis enfisematosa y acalculosa, gangrenada, empiema, perforación^(2,22) también pueden estar presentes complicaciones intrabdominales aún sin signos peritoneales.⁽²²⁾

Alrededor del 25% de los pacientes con problemas vesiculares agudos no presentan signos previos de enfermedad vesicular, sin embargo algunos pacientes refieren síntomas como dolor epigástrico, náuseas o dispepsia inespecífica. El dolor generalmente se irradia hacia la espalda y más raramente al flanco derecho o abdomen inferior.⁽²²⁾ La temperatura es normal generalmente, la presencia de hipertermia severa debe provocar sospecha de alguna complicación como gangrena o perforación.⁽²²⁾ La exploración puede mostrar sensibilidad aumentada en el cuadrante superior derecho o signo de Murphy.⁽²²⁾ Aproximadamente en 20% de los casos se palpa una masa. La tabla 2

muestra comparativamente los signos y síntomas de varias series.^(13,23,33)

Tabla 2

Signos y síntomas	Hafif (%)	Huber (%)	Morrow (%)
Dolor abdominal	73	97	---
Fiebre	53	70	62
Leucocitosis	53	---	---
Vómito	48	70	---
Bilirrubinemia	43	---	---
Masa palpable	22	---	18
Sensibilidad aumentada			
en abdomen superior	13	23	28
Desorientación	---	---	13
Intolerancia a alimentos	---	5	---
Hipotermia	---	---	5
Coluria	---	9	---
Rigidez abdominal	---	---	74

Las complicaciones son frecuentes, la perforación se presenta en el 8-10% de los casos pero la diseminación difusa en el peritoneo del contenido vesicular solo se presenta en el 1-2% de todos los pacientes.^(64,68)

La presentación clínica común de la colecistitis en ancianos y las mayores tasas de mortalidad asociadas, justifican una intervención precoz

en pacientes ancianos.^(18,22,64) Los hallazgos transoperatorios de la serie de Morrow⁽¹³⁾ se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3.

Hallazgos	%	%
Colecistitis aguda	44	8
Piocolicisto	21	4
Vesícula perforada	10	0
Gangrenada	8	2
Coledocolitiasis	15	14
Absceso Intra-abdominal o hepático	15	0

La colecistectomía se asocia con una tasa 3-10 veces mayor de la referida para pacientes en otro grupo de edad,^(13,22,23,65-69) sobre todo la realizada de urgencia, ésto debe resultar como énfasis para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, sobre todo con cuadro agudo.^(5,13,22,63,66,70-72)

Hay casos en los cuales existen dificultades técnicas para realizar la colecistectomía; aunque no es una práctica bien aceptada, puede realizarse una colecistostomía.^(13,63,69,73)

En la serie de Gagil *et al*, se documentó una mortalidad del 27% para colecistostomía y 2% para colecistectomía, pero ésto se atribuye a la gravedad de cada paciente.⁽⁶⁶⁾ Los factores que influyen en la decisión de la cirugía de urgencia son la precisión del diagnóstico, la situación médica del paciente y la presencia o ausencia de signos y síntomas de

complicaciones. Una buena forma clínica es que en cualquier paciente anciano con sepsis inexplicada, dolor abdominal vago, ascitis o confusión mental, debe descartarse la colecistitis como causa subyacente.⁽²²⁾

Úlcera péptica

La frecuencia global de enfermedad péptica es muy semejante en jóvenes y ancianos, sin embargo es más común en el sexo femenino y el cuadro clínico suele ser un poco diferente.⁽⁷⁴⁾

El dolor epigástrico en particular puede no presentarse en pacientes de edad avanzada, incluso puede faltar la fiebre, leucocitosis y signos de abdomen agudo a pesar de que exista perforación.⁽³⁰⁾ La hemorragia puede estar presente; aproximadamente el 30% de las hemorragias del tubo digestivo alta son ocasionadas por úlceras en los ancianos.⁽²⁾

El curso de la úlcera péptica es más grave debido a las enfermedades asociadas⁽⁷⁵⁾ y a la presencia más frecuente de complicaciones, se observa un incremento notorio en la morbilidad reportándose hasta del 65% para octogenarios con úlcera hemorrágica.⁽²⁾

La evaluación de la úlcera péptica requiere de la consideración de varios factores:

1. Enfermedades concomitantes y grado de afección en el paciente.
2. Presencia o no de complicaciones asociadas.
3. Descartar la presencia de neoplasias.

El carcinoma gástrico puede manifestarse con síntomas oscuros como pérdida de peso y dolor abdominal vago;⁽³⁰⁾ este problema puede estar asociado a la sintomatología ácido-péptica en el anciano siendo una de las posibilidades diagnósticas.⁽⁷⁴⁾ El manejo quirúrgico usualmente se ha reportado con alta mortalidad asociada a la edad,⁽⁷⁶⁾ sin embargo otros

autores descartan esta asociación.^(77,78) En la serie de Pacelli *et al.*, se concluye que la principal causa de mortalidad está determinada por la falla de órganos asociada y que la edad por sí sola no presenta un inconveniente con respecto a las mismas complicaciones⁽⁷⁷⁾; se considera que la desnutrición es el factor más determinante en el riesgo de los pacientes.

En conclusión la úlcera péptica puede causar síntomas vagos o inespecíficos en el anciano, la hemorragia puede ser oculta e inadvertida, generalmente asociada a anemia severa; el cambio de hábitos intestinales particularmente diarrea pueden ser las primeras manifestaciones del cáncer gástrico.⁽³⁰⁾

Obstrucción Intestinal.

Las manifestaciones características de la obstrucción intestinal son dolor abdominal, vómito, distensión abdominal, estreñimiento e incapacidad para canalizar gases por el recto;⁽³⁰⁾ estos signos y síntomas no están en muchas de las ocasiones presentes en los pacientes ancianos.⁽¹⁹⁾ El dolor puede ser tipo cólico con vómitos abundantes y las características dependen del sitio de la obstrucción.⁽³⁰⁾ La exploración puede mostrar abdomen distendido y ruidos intestinales intermitentes agudos, tintineantes o musicales. La observación de cicatrices quirúrgicas reviste de suma importancia.⁽³⁰⁾

La obstrucción intestinal en ancianos tiene doble importancia:

1. En el diagnóstico diferencial deben tomarse en cuenta padecimientos que tienen más frecuencia en ancianos.
2. La mortalidad se incrementa notoriamente y son imprescindibles el diagnóstico y tratamiento inmediato.

La tabla 4 muestra las causas de obstrucción en la serie de Green *et al.*⁽²⁷⁾

Tabla 4.

Causa	No. de casos	% mortalidad
Intestino grueso		
Tumor metastásico	67	26.8
Vólvulo sigmoideo	11	36.3
Duiverticulitis	9	44.4
Impactación fecal con		
perforación	6	83.3
sin perforación	6	---
Vólvulo del ciego	2	31.6
Intestino delgado		
Adherencias	77	28.5
Ileo biliar	5	40.0
Tumores	5	80.0
Trombosis venosa	2	50.0
Enteritis regional	1	---
Vólvulo de intestino		
delgado	1	100.0
Cuerpo extraño	1	100.0
Hernias		
Inguinal	57	15.7
Femoral	26	34.6
Umbilical	10	---
Ventral	8	25.0
Interna	5	20.0

La obstrucción intestinal mecánica se clasifica en obturación (factor dentro de la luz) y obstrucción extrínseca o intrínseca.⁽³⁰⁾ Los ejemplos de obturación son tumores polipoides, ileo biliar, cuerpos extraños, bezoares, invaginación o impactación fecal. Las obstrucciones extrínsecas incluyen hernias, adherencias, masas no intestinales o abscesos y vólvulos. Las lesiones intrínsecas son, estenosis inflamatorias, neoplasias y los problemas vasculares mesentéricos.⁽³⁰⁾

Las adherencias, ileo biliar y hernias, son las causas más comunes de obstrucción del intestino delgado.^(19,27) El cáncer de colon, la diverticulitis y el vólvulo del sigmoide son las causas de mayor frecuencia en la obstrucción colónica.^(2,19,22,24,27,45,79)

La corrección quirúrgica es invariablemente el manejo óptimo, sin embargo el momento adecuado de la cirugía depende de muchos factores.^(24,30,80) En algunos casos puede diferirse o evitarse; la principal causa de diferimiento es la presencia de enfermedad subyacente grave, los pacientes con enfermedad de Crohn usualmente responden al manejo conservador,⁽³⁰⁾ la contraindicación principal es la carcinomatosis, en la cual debe evitarse la cirugía si es posible.⁽³⁰⁾ La mortalidad es variable, se han reportado desde 5 a 7%,^(80,81) hasta 24 a 45%^(20,82) La causa de mayor mortalidad está relacionada con el retraso en el diagnóstico y no precisamente con la presencia o no de infarto intestinal.^(24,80,83,84) La relación entre el retraso de la cirugía y la presencia de complicaciones fue mostrada por Hofstetter et al. en un estudio retrospectivo de 43 pacientes, en donde se observó pacientes con retraso en el manejo quirúrgico hasta por 3 semanas.

Apendicitis.

En los pacientes mayores de 70 años, el 5% de las urgencias abdominales son causadas por apendicitis,⁽²²⁾ el cuadro clínico es atípico^(7,9,85) y la presencia de complicaciones es mayor.^(7,22,85,86) El rango de error en el diagnóstico es del 45%⁽⁸⁵⁾ con un retraso de 3 a 4 veces mayor que para pacientes más jóvenes.⁽²²⁾ En los ancianos el riesgo sanguíneo del apéndice es menor, la luz es más estrecha y la pared más fibrosa y débil.⁽²²⁾ El dolor es sintoma más consistente,⁽²²⁾ sin embargo, sólo en el 35% de los casos es migratorio,⁽¹⁸⁾ el curso es afebril y la presencia de calosfríos usualmente traduce absceso o peritonitis subyacente.⁽²²⁾ Es usual que los signos de abdomen agudo no existan o estén limitados.^(7,9,22) En general todo paciente con dolor abdominal vago e inespecífico con irritación peritoneal e hipersensibilidad abdominal en el cuadrante inferior derecho, debe sospecharse apendicitis, no deben administrarse medicamentos hasta no descartarse el diagnóstico debido a las altas tasas de perforación.^(9,22,85) En todos los casos el tratamiento quirúrgico es inmediato.^(7,9,22,85,86)

La Tabla 5 muestra los síntomas de las series de Williams y Owens et al.⁽⁷⁻⁹⁾

Tabla 5.

Síntoma	Williams % presentación	Owens % presentación
Dolor	100	100
Náusea	53	52
Vómito	59	51
Anorexia	67	—
Fiebre	5	10

Diarrea	0	3
Constipación	28	--
Dísuria	6	3

La Tabla 6 muestra la localización del dolor en la serie de Owens et al.⁽⁷⁾

Tabla 6.

Localización del dolor	%
Cuadrante inferior derecho	75
Periumbilical	29
Vago	22
Difuso	14

La Tabla 7 muestra los signos observados por Owens et al en 68 pacientes mayores de 65 años con apendicitis, comparados con la serie de Lewis et al.⁽⁸⁵⁾

Tabla 7

Signo	Owens %	Lewis %
Hipersensibilidad difusa en el cuadrante inferior derecho	80	99
Hipersensibilidad difusa	29	--
Disminución de ruidos intes-		

tinales ó distensión	11	--
Masa palpable	7	--
Dolor rectal	2.9	45
Leucocitosis	79	--

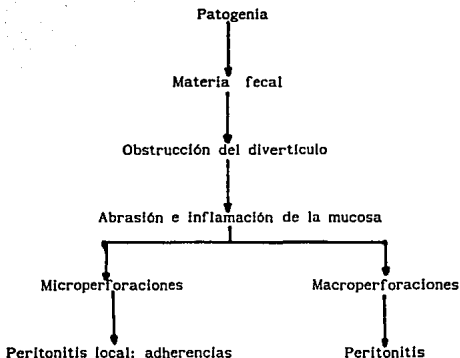
Enfermedad diverticular del colon.

La enfermedad diverticular del colon aumenta con la edad.⁽⁸⁷⁾ El 50% de los pacientes entre los 80 y 90 años tienen divertículos colónicos. Se considera que la diverticulitis cólica es asintomática, sin embargo las complicaciones pueden representar un riesgo alto.⁽³⁰⁾ Se considera que el 25% de los pacientes son sintomáticos, 5% presentan obstrucción, 5% perforación y 5% hemorragia.⁽³⁰⁾

El diagnóstico diferencial suele ser difícil, el dolor generalmente se presenta en el cuadrante inferior izquierdo, puede haber una masa asociada, fiebre y leucocitosis.⁽²²⁾ En mujeres ocasionalmente se diagnostica erróneamente como masa ginecológica.⁽⁸⁸⁾ Se encuentran masas en 15 a 20% de los pacientes y éstas son sensibles y fijas, puede haber signos de peritonitis, rebote y ausencia de ruidos intestinales, en casos raros puede haber solo hipersensibilidad rectal, cuando hay hemorragia el diagnóstico diferencial debe hacerse con la angiodisplasia y el cáncer.^(87,89-91)

El manejo quirúrgico depende de las condiciones del paciente y de evidencia de complicaciones que ameriten corrección, el uso de antibióticos no ha mostrado su efectividad en estados inflamatorios sin complicaciones. La Tabla 8 muestra la patogenia de la diverticulitis.

Tabla 8



*Tomado de Atman D.F. Enfermedades gastrointestinales en ancianos⁽³⁰⁾

Enfermedades vasculares

Oclusión vascular mesentérica aguda

Suelen tener origen embólico por aterosclerosis⁽⁶⁾ ó por trombosis.⁽³²⁾ La oclusión arterial embólica es más común que la trombótica.⁽²²⁾ El cuadro clínico característico es dolor abdominal, aunque la naturaleza y localización son variables, además existe vómito y diarrea, en algunos casos sanguinolenta,⁽³²⁾ la triada diagnóstica suele ser : dolor abdominal agudo, enfermedad cardíaca aguda y diarrea ó vómito.^(22,32) En todos los casos tanto arteriales como venosos la mortalidad puede llegar a más del 85%. El diagnóstico y tratamiento depende de una exploración

quirúrgica precoz. Únicamente una resucitación rápida y un trabajo de equipo puede disminuir la mortalidad.⁽²²⁾

Diagnóstico diferencial y pronóstico

La causa más común de abdomen agudo en el anciano es la enfermedad de vías biliares; la obstrucción intestinal, enfermedades malignas y dolor inespecífico, son las causas subsecuentes.^(18,19,22) La mortalidad global es variable,^(3,10,18,19,92) la decisión de realizar cirugía en pacientes ancianos es complicada y difícil,^(1,3,10,14) sin embargo la edad per se, no debe considerarse una contraindicación.⁽¹⁰⁾ Es generalmente aceptado que la presencia de otras enfermedades incrementa el riesgo para éstos pacientes;^(3,9,18,22) el cáncer y la desnutrición son las causantes de la mayor parte de las muertes.^(10,18,22) Los resultados de varios autores han demostrado que la atención adecuada y la cirugía debidamente planeada proporcionan resultados halagadores.⁽⁹²⁻⁹⁴⁾

En conclusión, es imperativo establecer 3 puntos cardinales, en la atención del paciente anciano con abdomen agudo:⁽¹⁰⁾

- 1) Diagnóstico precoz y acción terapéutica médico-quirúrgica rápida y efectiva.
- 2) Diagnóstico de malignidad, estableciendo el estadio clínico y por ende terapéutico.
- 3) En pacientes con signos pronósticos fatales, establecer tratamientos médicos preferentemente, no quirúrgicos.

En la Tabla 9 se muestran los diagnósticos encontrados en 1726 pacientes de dos series de Fenyo, en la Tabla 10, la mortalidad asociada.

Tabla 9.

	Serie I	Serie II
	%	%
Colecistitis	40.8	26
Dolor abdominal ines- pecífico	18.6	9.6
Enfermedad maligna	---	13.2
Ileo	7.3	10.7
Hernia complicada	9.6	4.8
Apendicitis	6.7	3.5
Pancreatitis	5.1	4.1
Úlcera péptica	3.3	8.4
Enfermedad diverticular del colon	3.4	7.0
Otras	3.7	3.5

Tabla 10. Mortalidad (series de Fenyo)

	Serie I	Serie II
	%	%
Colecistitis	5.4	1.5
Ileo	45.3	16.8
Apendicitis	12.2	8.6
Hernia complicada	7.5	—
Enf. diverticular del colon	12	2.9
Ulcera duodenal	58	11.9
Pancreatitis	10.8	22
Dolor inespecífico	0.9	—
Otros	55.5	25.9

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abdomen agudo presenta dificultades diagnósticas que impiden una atención en un mínimo de tiempo y con un margen de error elevado y esto se traspala al paciente anciano. ¿Cuáles son las diferencias clínicas, de laboratorio y gabinete, que nos permitan hacer un diagnóstico oportuno en el anciano?

IV.IDENTIFICACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Cuadro clinico

Laboratorio

Gabinete

Factores epidemiológicos

Edad

Sexo

VARIABLE DEPENDIENTE

Abdomen agudo

V.HIPOTESIS

El abdomen agudo en el anciano presenta datos clínicos, de laboratorio y gabinete que permiten identificar en la mayoría de las ocasiones, la causa y magnitud del problema, para establecer un manejo precoz y efectivo, y estadificar el riesgo de morbimortalidad.

HIPOTESIS DE NULIDAD

La discrepancia clínica de las manifestaciones en el abdomen agudo del anciano, inducen a una evaluación inadecuada del problema.

VI. TIPO DE ESTUDIO

RETROSPECTIVO

TRANSVERSAL

DESCRIPTIVO

OBSERVACIONAL

CLINICO

VII. UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes de 60 años y más, que fueron sometidos a cirugía de urgencia por enfermedad abdominal aguda, en el Hospital General del Centro Médico "La Raza", durante el período comprendido del 1o. de enero de 1991 al 30 de noviembre de 1992.

VIII. CRITERIOS

DE INCLUSION

Pacientes masculinos y femeninos de 60 años y más, que acudieron al servicio de Urgencias por presentar enfermedad abdominal aguda y que a través del acto quirúrgico se corroboró la causa que producía dicha alteración.

DE NO INCLUSION

Pacientes que fueron operados en otra unidad ó institución y posteriormente trasladados al Hospital General del Centro Médico "La Raza".

Pacientes menores de 60 años.

Pacientes con abdomen agudo que no se hayan sometido a cirugía.

DE EXCLUSION

Pacientes con abdomen agudo de tipo traumático.

Pacientes sin hallazgos transoperatorios de abdomen quirúrgico.

IX. MATERIAL Y METODOS

Se revisaron retrospectivamente los expedientes de pacientes de 60 años y más que fueron sometidos a cirugía urgente por enfermedad abdominal aguda, en el Hospital General del Centro Médico "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo comprendido del 1o. de enero de 1991 al 30 de noviembre de 1992.

Se analizaron, sexo, signos y síntomas, tiempo de ingreso hasta su manejo quirúrgico, la descripción de los hallazgos y la técnica quirúrgica, evolución y causas de morbimortalidad. Asimismo los datos de laboratorio, gabinete y de patología que se encontraban anexados o comentados en el expediente clínico. Para la recolección de los datos se elaboró un formato diseñado para tal fin.

X. CONSIDERACIONES ETICAS

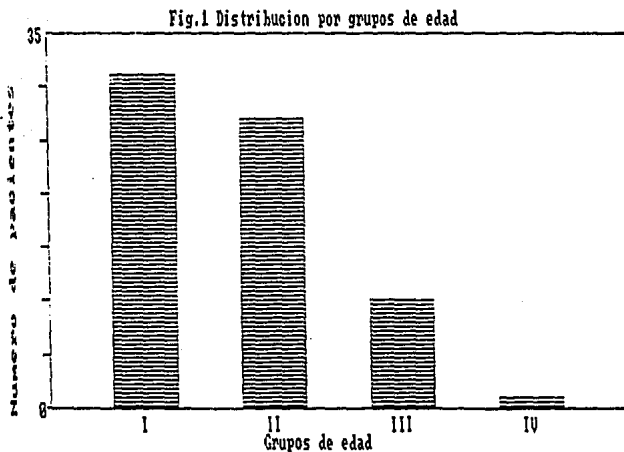
El presente trabajo se ajusta a lo dispuesto por la Ley General de Salud de la República Mexicana para la investigación y cumple con las normas éticas internacionales, apegadas a los protocolos de Helsinky y Tokio.

XI. RESULTADOS.

Durante el periodo comprendido del 1o. de enero de 1991 al 30 de noviembre de 1992, se revisaron retrospectivamente los expedientes de 69 pacientes entre los 60 y 91 años de edad, que fueron sometidos a cirugía de urgencia por enfermedad abdominal aguda, en el Hospital General del Centro Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cincuenta mujeres y 19 hombres, con edad promedio de 72.7 años. La distribución por grupos de edad se observa en la Fig. 1.

Grupos de edad (años)

- I 60-70
- II 71-80
- III 81-90
- IV 91 y más



Las causas por las que se sometieron a cirugía se observan en la Figura 2 y Tabla 1.

Fig.2 Causas de abdomen agudo (n=69)

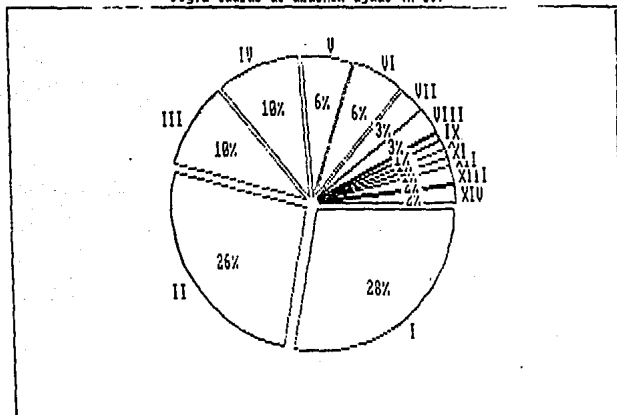


Tabla 1. Causas de enfermedad abdominal aguda en pacientes de la tercera edad (n= 69).

	Frecuencia	(%)
I Colecistitis aguda y otros trastornos biliares.	19	27.5
II Hernias inguinales, femorales, umbilicales y post-incisionales encarceladas	18	26
III Ulcera gastroduodenal ó cáncer perforados	7	10.1
IV Apendicitis	7	10.1
V Oclusión intestinal secundaria a adherencias	4	5.7
VI Carcinomatosis	4	5.7
VII Enfermedad diverticular	2	2.8
VIII Problemas ovaricos (quistes torcidos)	2	2.8
IX Hernia interna	1	1.4
X Divertículo de Meckel	1	1.4
XI Isquemia mesentérica	1	1.4
XII Perforación ileal por salmonela	1	1.4
XIII Hematoma retroperitoneal	1	1.4
XIV Sepsis abdominal de etiología no precisada	1	1.4

Todos los pacientes fueron ingresados a través del servicio de Urgencias, excepto dos; uno fue enviado de la consulta externa de Cirugía General a hospitalización para manejo de un absceso escrotal, durante su estancia desarrolló un cuadro de colecistitis aguda, siendo sometido a cirugía urgente 10 días después de su ingreso, encontrándose como hallazgos un píocolecisto, con paredes necrosadas en fondo y cuerpo de la vesícula biliar. Otra paciente había ingresado inicialmente al servicio de cuidados intensivos de Neumología por infección de vías respiratorias bajas, 5 días después de su ingreso presenta dolor abdominal y datos dudosos de irritación peritoneal, las placas simples de abdomen mostraron un íleo generalizado con edema interasa; al ser sometida a laparotomía se encontró una úlcera prepilórica perforada en la cara anterior del estómago y peritonitis generalizada, se colocó un parche de Graham y se realizó lavado de la cavidad abdominal, la paciente fue egresada a los 15 días del post-operatorio y no presentó complicaciones.

Treinta y nueve pacientes (56.5%) presentaron enfermedades asociadas u otros antecedentes de importancia (Tabla 2), siendo las más frecuentes la Hipertensión Arterial Sistémica (31.8%) y la Diabetes Mellitus (17.3%). Una paciente que ingresó con un cuadro de colecistitis aguda, presentaba un bloqueo aurículo-ventricular grado III, requirió de marcapaso temporal previo a la cirugía. Dos pacientes presentaron cáncer gástrico (2.8%); uno de úlcera perforada y otro con píocolecisto asociado.

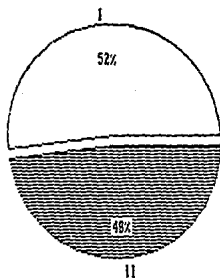
El síntoma predominante fue el dolor abdominal y se presentó en todos los pacientes, en 36 (52.1%) el inicio fue súbito y en 33 (47.8%) progresivo; en 56 pacientes (81.1%) el dolor fue referido como de moderada a gran intensidad desde su inicio y se localizó en alguno de los cuadrantes abdominales en 47 (69.1%), el resto lo refirió como generalizado (Fig. 3).

Tabla 2. Enfermedades asociadas y otros antecedentes de importancia en pacientes de la tercera edad (n= 69).

	Frecuencia
Hipertensión arterial sistémica	22
Diabetes Mellitus	12
Enfermedad ácido péptica	3
Artritis reumatolde	2
Angina de pecho	2
Sangrado de tubo digestivo alto	2
EPOC	2
Bloqueo A-V grado III	1
Infarto cardíaco	1
Secuelas de EVC	1
Glaucoma	1
Hernia hiatal	1

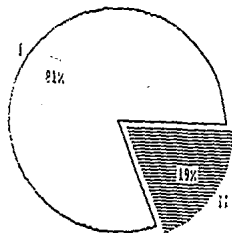
Figura 3. Características del dolor abdominal en pacientes de la tercera edad con enfermedad abdominal aguda (n=69)

- I. Inicio súbito
- II. Inicio progresivo

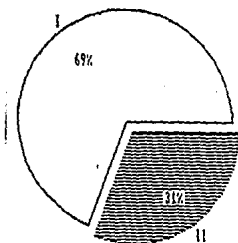


Intensidad del dolor

- I. Moderado-intenso
- II. Leve



- I. Localizado
- II. Generalizado



Los síntomas más frecuentemente asociados fueron náuseas ó pérdida de apetito, 56 (81.6%); vómitos, 33 (47.8%); incapacidad para canalizar gases, 26 (37.6%); estreñimiento, 16 (23.1%) y sensación de distensión abdominal, 14 (20.2%) (Tab. 3). Otros síntomas que se presentaron con menor frecuencia fueron fiebre, 10 (14.9%); diarrea, 6 (8.6%); melena, 5 (7.2%); ictericia, 1 (1.4%); hematemesis, 1 (1.4) y pujo, 2 (2.8%).

Tabla 3. Sintomatología asociada al dolor abdominal, en pacientes de la tercera edad con enfermedad abdominal aguda (n= 69).

	Frec.	(%)
Náuseas ó pérdida de apetito	56	81.1
Vómito	33	47.8
Incapacidad para expulsar gases por vía rectal	26	37.6
Estreñimiento	16	23.1
Sensación de distensión abdominal	14	20.2

Cuatro pacientes (5.7%) presentaron datos de insuficiencia respiratoria a su ingreso; falla renal, 4 (5.7%); circulatoria ó cardíaca, 3 (4.3%) y hepática, 1 (1.4%) (Tab. 4). Veintiocho pacientes (40.5%) tenían algún grado de deshidratación a su ingreso al servicio de Urgencias (Tab.4).

Tabla 4. Presencia de fallas orgánicas y deshidratación, en pacientes de la tercera edad con enfermedad abdominal aguda (n= 69).

	Frec.	(%)
Respiratoria	4	5.7
Renal	4	5.7
Circulatoria ó cardiaca	3	4.3
Hepática	1	1.4
Deshidratación	28	40.5

Los signos abdominales más frecuentemente encontrados durante la primera valoración en el servicio de Urgencias, fueron los siguientes: distensión abdominal, 34 (49.2%); disminución del peristaltismo intestinal, 29 (42.3%); rebote localizado ó generalizado, 26 (37.6%) (Tab.5). Se palparon masas abdominales en 23 pacientes (33.3%) y hernias en 19 (27.5%) (Tab. 5).

Tabla 5. Signos abdominales en pacientes de la tercera edad con enfermedad abdominal aguda (n=69).

	Frec.	(%)
Distensión abdominal	34	49.2
Disminución del peristaltismo intestinal	29	42.3
Rebote localizado ó generalizado	26	37.6
Masas abdominales	23	33.3
Hernias	19	27.5

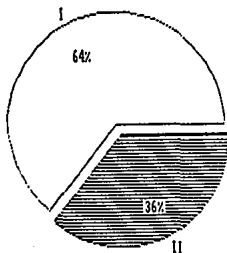
Los signos vitales mostraron alteraciones en 26 pacientes (37%), taquicardia, 19 (27.4%); polipnea, 6 (8.6%); hipertermia, 6 (8.6%); elevación de la tensión arterial, 6 (8.6%); un paciente ingresó con hipotensión y otro hipotérmico, en el primer caso se trató de una paciente de 74 años de edad, que ingresó con datos de colangitis, la cual se corroboró durante la cirugía, encontrándose un síndrome de Mirizzi tipo II; en el caso del paciente hipotérmico, presentó una peritonitis generalizada secundaria a un plicocolecisto roto.

Cuarenta y cuatro pacientes (63.7%) se presentaron sin alteraciones en el estado de alerta y 58 (84%) tuvieron adecuada respuesta al dolor (Fig. 4).

Fig. 4 Estado de alerta y respuesta al dolor en pacientes de la tercera edad, con enfermedad abdominal aguda (n = 69).

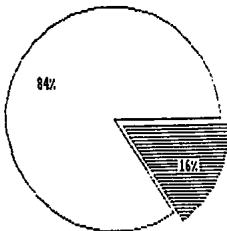
Estado de alerta

- I Normal
- II Disminuido



Respuesta al dolor

- I Normal
- II Disminuido



En promedio la cuenta de leucocitos de 66 muestras fue de 11,918 (Fig.5.), con 75% de segmentados y 4.3% de bandas. La respuesta leucocitaria por grupos de edad, se observa en la Fig. 6.

En la química sanguínea 6 pacientes presentaron hiperglucemia mayor de 250 mg y 9 pacientes creatinina por arriba de 2 mg. Ningún paciente presentó alteraciones en la determinación de electrolitos séricos.

En 32 pacientes (46.3%) las placas simples de abdomen fueron sugestivas de patología abdominal, el hallazgo radiológico más común fue el ileo reflejo. El ultrasonido fue compatible con los hallazgos quirúrgicos en 11 pacientes con patología biliar y en 5 no fue compatible.

Dieciocho pacientes permanecieron en observación por cuadro clínico dudoso, manejo médico inicial ó para mejoría de sus condiciones generales, en promedio 3 días para 13 pacientes y 5 pacientes menos de 24 horas. La evolución hacia datos francos de irritación peritoneal fue la causa para decidir el manejo quirúrgico en 7 pacientes, 2 por persistencia de cuadro clínico oclusivo, 2 por hernia no reductible, 3 por falta de respuesta al tratamiento médico, un paciente por persistencia de dolor abdominal sin datos de irritación peritoneal y otro por inicio de cuadro febril en un paciente con colecistitis aguda.

El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 13 (rango de 2 a 78) y 23 pacientes (33.3%) presentaron complicaciones en el post-operatorio (Tab. 6). Siete pacientes fallecieron (10.1%), las causas se pueden observar en la Tabla 7.

Fig. 5. Respuesta leucocitaria en pacientes de la tercera edad con enfermedad abdominal aguda (n=69).

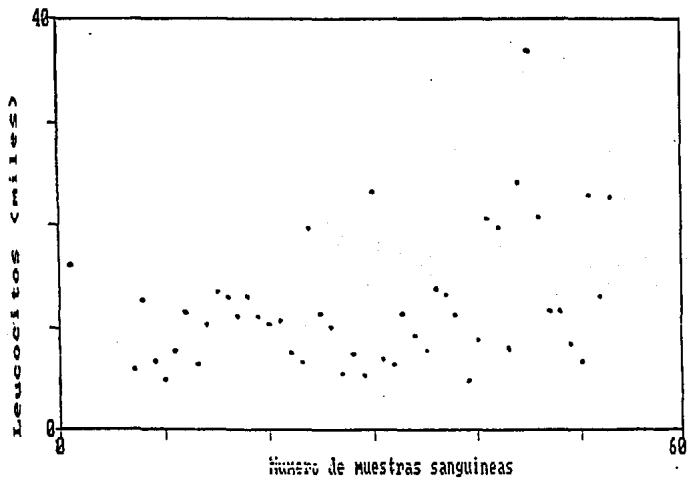


Fig. 6. Respuesta leucocitaria por grupos de edad en pacientes de la tercera edad

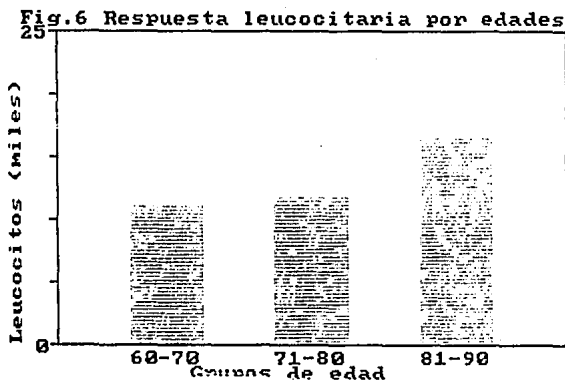


Tabla 6. Complicaciones post-operatorias en pacientes de la tercera edad con enfermedad abdominal aguda.

Complicación	Frecuencia
Dehiscencia e infección de herida quirúrgica	15
Absceso residual	4
Insuficiencia renal	4
Evisceración	1
Dehiscencia de parche de Graham	1
Fístula biliar	1
Ileo prolongado	1
Fístula gastrocutánea	1
Fístula yeyunal	1
Isquemia cerebral transitoria	1

Tabla 7. Causas de mortalidad en pacientes de la tercera edad con enfermedad abdominal aguda (n=69).

Sexo y edad	Diagnóstico	Causas de muerte
Fem. 67	Hernia post-incisional estrangulada	Sepsis
Fem. 61	Carcinomatosis	Sepsis
Fem. 83	Coledocolitiasis colangitis	Broncoaspiración
Fem. 74	Apendicitis y peritonitis generalizada	Falla orgánica múltiple
Fem. 73	Hernia umbilical estrangulada	Sepsis
Masc. 64	Hernia inguinoescrotal encarcelada	Cor-pulmonale

XII. DISCUSION

Los resultados obtenidos muestran una mayor incidencia de pacientes entre los 60 y 70 años de edad, solamente un 15% se trató de pacientes mayores de 80 años. El 27.5% de todos los casos estaban en relación a problemas vesiculares, que corresponde al 25-41% publicado por otros autores, siendo la causa más común de indicación quirúrgica.

El dolor abdominal fué el signo cardinal de nuestra serie y acorde con lo publicado por Samiy *et al*, resultó ser el parámetro de una valoración acuciosa, al igual que en su serie significó la mayor importancia en la evaluación del abdomen agudo; característicamente el 52% de nuestros casos fué súbito y en 81% fué intenso desde su inicio lo cual es indicador generalmente de que estamos evaluando una patología abdominal grave. Los síntomas gastrointestinales fueron de importancia para el diagnóstico integral acorde a lo observado en la bibliografía; estuvieron presentes vómito, pérdida de apetito, náuseas y estreñimiento, los cuales han sido referidos como importantes en la evaluación integral del paciente. La fiebre fué un signo de poca frecuencia, manifestándose como un indicador pobre de enfermedad grave. Las enfermedades asociadas con descompensación aguda estuvieron presentes también en nuestra serie, las fallas respiratoria, renal, circulatoria y hepática, específicamente requirieron de atención previa en 12 de nuestros pacientes. El desequilibrio hidroelectrolítico requiere de atención específica en gran parte de los pacientes, ya que el 40.5% de ellos tenían algún grado de deshidratación. La hipotermia y la hipotensión se presentaron solamente en dos de nuestros casos y en ambos estaban en relación a procesos sépticos severos.

Encontramos que el 80% de nuestros de pacientes tenían una respuesta adecuada al dolor dentro de la historia natural de la enfermedad.

Se observó respuesta leucocitaria en casi la totalidad de nuestros

pacientes con abdomen agudo y la mayoría presentó leucocitosis incipiente. Además al comparar esta respuesta en los diferentes grupos de edad, fué ligeramente mayor en los grupos de edad avanzada, lo que podría significar una fase con más complicaciones de la enfermedad abdominal aguda.

La imagenología también fué de gran importancia en la evaluación integral de nuestros pacientes; aproximadamente el 50% de los casos tenían algún signo compatible con patología abdominal en las placas simples de abdomen y el ultrasonido fué de gran utilidad en el diagnóstico de problemas vesiculares.

El retraso en el diagnóstico definitivo fué de 72 horas para 13 pacientes, en los cuales se consideró cuadro clínico dudoso; sin embargo, debemos considerar que la atención quirúrgica del paciente con dolor abdominal, de edad avanzada, tuvo atención dentro de las primeras 24 horas, lo cual indica un alto grado de efectividad diagnóstica y terapéutica en la atención del paciente senil. También es notorio que la presencia de enfermedades graves asociadas no fué contraindicación absoluta para el manejo quirúrgico de los pacientes, si bien su presencia retrasó el procedimiento, el tiempo de espera no fué mayor al requerido para la atención inmediata de las disfunciones orgánicas de las enfermedades asociadas de estos pacientes. Consideramos que la atención inmediata de estas disfunciones orgánicas debe realizarse en un mínimo de tiempo necesario, en el cual no se ponga en riesgo la vida del paciente.

El promedio de estancia hospitalaria fué de 13 días (con rango de 2-78 días). La mortalidad global es variable según la literatura, la nuestra del 10.1%, se encuentra dentro de los rangos más bajos reportados. De las muertes ocurridas en nuestra serie, 4 fueron secundarias a procesos sépticos, derivados de su patología abdominal; uno de los casos tenía cáncer en estadio terminal. Dos de los pacientes fallecieron debido a

complicaciones derivadas de la misma patología abdominal, las cuales eran contraindicación absoluta de tratamiento quirúrgico en pacientes ancianos con abdomen agudo.

Se hace incapié que la atención adecuada y la cirugía debidamente planeada, asociadas a un cambio de mentalidad en el cirujano proporcionan resultados más halagadores.

XIII. CONCLUSIONES

1. Existe un aumento estadístico y epidemiológico de los pacientes ancianos candidatos a cirugía.
2. Hay mejoras en la metodología diagnóstica y terapéutica para la atención de los pacientes seniles.
3. El entendimiento de que los pacientes geriátricos requieren de atención especial, no discriminativa, por ser diferentes en muchos aspectos requieren de gente entrenada para su atención.
4. Las disfunciones dadas por la edad misma y por las enfermedades asociadas no es contraindicación para el tratamiento quirúrgico de los pacientes de más de 60 años.
5. El diagnóstico precoz y la atención terapéutica rápida y efectiva mejoran los resultados en la morbimortalidad. La corrección de las anomalías asociadas debe ser inmediata, para evitar el retraso en el tratamiento quirúrgico de la causa del abdomen agudo.
6. En todos los casos debe descartarse la posibilidad de malignidad.
7. Pacientes con evaluación pronóstica fatal, debe considerarse el tratamiento médico exclusivamente.

Bibliografía

1. Samly A.H. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ENFERMEDAD EN ANCIANOS. *Clin Med Nort Am* 2: 329-40. 1983.
2. Loberant N. y Rose Ch. CARACTERISTICAS DE LAS IMAGENES DE DIAGNOSTICO EN EL PACIENTE GERIATRICO QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS. *Clin Med Urg Nort Am*, 2: 409-49. 1990.
3. Gardner B. and Palastí S. A COMPARASION OF HOSPITAL COST AND MORBIDITY BETWEEN OCTAGENARIANS AND OTHER PATIENTS UNDERGOING GENERAL SURGICAL OPERATIONS. *Surg Gynecol Obstet* 171: 299-304. 1990.
4. Young E.A. NUTRICION, ENVEJECIMIENTO Y ANCIANOS. *Clin Med Nort Am* 2: 295:31. 1983.
5. Golberg P.B., Roberts D. BASE FARMACOLOGICA PARA ESTABLECER REGIMENES FARMACOLOGICOS RACIONALES PARA PACIENTES ANCIANOS. *Clin Med Nort Am* 2: 313. 1983.
6. Holt D.R. Kirk S.D. Regan M.C. and cols. EFFECT OF AGE ON WOUND HEALING IN HEALTHY HUMAN BEINGS. *Surgery* 112:293. 1992.
7. Owens B.J. and Harold F.H. APPENDICITIS IN THE ELDERLY. *Ann Surg* 187: 392-96. 1978.
8. Plewa M.C. RESPUESTA INMUNOLOGICA ALTERADA E INFECCIONES ESPECIALES EN EL ANCIANO. *Clin Med Urg Nort Am* 2: 205-22. 1990.
9. Williams J.S. and Hale H.W. ACUTE APPENCITIS IN THE ELDERLY. *Ann Surg* 162: 208-17. 1965.
10. Relss R., Deutsch A., Nudelman I. SURGICAL PROBLEMS IN OCTOGENARIANS: EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF 1083 CONSECUTIVE ADMISSIONS. *World J Surg* 16: 1017-21. 1992.
11. Linn B.S. Linn M.W. and Wallen N. EVALUATION OF RESULTS OF SURGICAL

- PROCEDURES IN THE ELDERLY. *Ann Surg* 195: 90. 1982.
12. Cohen J.R. Johnson H. and Eaton S. SURGICAL PROCEDURES IN PATIENTS DURING THE TENTH DECADE OF LIFE. *Surgery* 104: 421. 1988.
 13. Morrow D.J., Thompson J. and Wilson S.E. ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE ELDERLY. *Arch Surg* 113: 1149-52. 1978.
 14. Weksler M.E. SENESCENCIA DEL SISTEMA INMUNITARIO. *Clin Med Nort Am* 2: 265:73. 1983.
 15. Saltzman R.L. and Peterson P.K. IMMUNODEFICIENCY OF THE ELDERLY. *Rev Infect Dis* 9:1127. 1987.
 16. Roberts T.I., Whittingham and Youngchalyub U. AGEING, IMMUNE RESPONSE, AND MORTALITY. *Lancet* 2: 368.1974.
 17. Muñoz E., Sterman H. and Goldstein J. FINANCIAL RISK AND HOSPITAL COST FOR ELDERLY PATIENTS IN NON AGED STRATIFIED SURGICAL. *Am Surg* 54: 535. 1988.
 18. Fenyo G. ACUTE ABDOMINAL DISEASE IN THE ELDERLY. *Am J Surg.* 143: 751-54. 1982.
 19. Bender J.S. CUADRO ABDOMINAL AGUDO. *Clin Med Nort Am.* 6: 1549-58. 1989.
 20. Blake R. and Lynn J. EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN THE AGED. *Br J Surg.* 63: 956. 1976.
 21. Cooke M. and Sande M.A. DIAGNOSIS AND OUTCOME OF BOWEL INFARCTION ON AN ACUTE MEDICAL SERVICE. *Am J Med.* 75: 989. 1983.
 22. Balsano N. y Cayetano C.G. URGENCIAS QUIRURGICAS ABDOMINALES. *Clin Med Urg Nort Am.* 2: 451-64. 1990.
 23. Huber D.F., Martin E.W. and Cooperman M. CHOLECYSTECTOMIA IN ELDERLY PATIENTS. *Am J Surg.* 146: 719-22. 1983.
 24. Bender J.S., Busuito M.J., Graham Ch. and Allaben R.D. SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN THE ELDERLY. *Am Surg.* 55: 385-88. 1989.

25. Brewer R.J., Golden G.T. and Hitch D.C. ABDOMINAL PAIN AN ANALYSIS OF 1000 CONSECUTIVE CASES IN A UNIVERSITY HOSPITAL EMERGENCY ROOM. Am J Surg. 131: 219. 1976.
26. Wakefield K.m., Henderson S.T. and Strelt J.G. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL ANCIANO. Clin Prac Med. 2: 515-77. 1989.
27. Green W.W. BOWEL OBSTRUCTION IN THE AGED PATIENT. Am J Surg. 118: 541-45. 1969.
28. Meyers R. and Heifetz C.J. CECAL VOLVULUS: A LESION REQUIRING RESECTION. Arch Surg. 104: 549. 1972.
29. Valsrub S. ACCIDENTAL HIPOTHERMIA IN THE ELDERLY. JAMA. 239: 1888. 1978.
30. Altman D.F. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN ANCIANOS. Clin Med Nort Am. 2: 421-32. 1983.
31. Heron H.C., Khubchandani I.T. and Trimpi H.D. EVANESCENT COLITIS. DIS COLON RECTUM. 24: 555. 1981.
32. Ottinger L.W. and Austen W.G. THE SURGICAL MANAGEMENT OF ACUTE OCCLUSION OF THE MESENTERIC ARTERY. Ann Surg. 188: 721. 1978.
33. Hafif A., Gutman M., Kaplan O. and cols. THE MANAGEMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS. Am Surg. 57: 648. 1991.
34. Eisenberg R.L., Helreken P. and Hedgwek M.W. EVALUATION OF PLAIN ABDOMINAL RADIOGRAPHS IN THE DIAGNOSIS OF ABDOMINAL PAIN. Ann Surg. 197: 464. 1983.
35. Eckstein M.R. and Athanasouris C.A. GASTROINTESTINAL BLEEDING: AN ANGIOGRAPHIC PERSPECTIVE. Surg Clin North Am. 64: 37. 1984.
36. Schaffner J. ACUTE GRASTROINTESTINAL BLEEDING. Med Clin North Am. 70: 1055. 1986.
37. Maull K. and Kenth D.B. PNEUMOGASTROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF

- PERFORATED PEPTIC ULCER. *Am J Surg*. 148: 340. 1984.
38. Alpern M.B., Glazer G.M. and Francis I.R. ISCHEMIC OR INFARCTED BOWEL: CT FINDINGS. *Radiology*. 166: 149. 1988.
39. Williams L.F. MESENTERIC ISCHEMIA. *Surg Clin North Am*. 68: 331. 1988.
40. Jeffrey R.B., Laing F.C. and Townsend R.R. ACUTE APPENDICITIS: SONOGRAPHIC CRITERIA BASED ON 250 CASES. *Radiology*. 167: 327. 1988.
41. Jeffrey R.B., Federle M.P. and Tolentino C.S. PERIAPPENDICEAL INFLAMMATORY MASSES: CT- DIRECTED MANAGEMENT AND CLINICAL OUTCOME IN 70 PATIENTS. *Radiology*. 167: 13. 1988.
42. Van Sonnenberg E., Wittich G.R. and Casola G. PERIAPPENDICEAL ABSCESS. PERCUTANEUS DRAINAGE. *Radiology*. 163: 23. 1987.
43. Glick S.N., Teplick S.K., Whiteman M.S. and cols. SMALL INTESTINE ISCHEMIA SIMULATING PRIMARY COLONIC DISEASE. *Radiology*. 164: 43. 1987.
44. Hulnick D.H., Megibow A.J., Balthazar E.J. and cols. PERFORATED COLORECTAL NEOPLASMA: CORRELATION OF CLINICAL, CONTRAST ENEMA AND CT EXAMINATIONS. *Radiology*. 164: 611. 1987.
45. Chappuis C.W., Cohn I. ACUTE COLONIC DIVERTICULITIS. *Surg Clin North Am*. 68: 301. 1988.
46. Morris J., Stellato T.A., Haaga J.R. and cols. ACUTE PULMONARY EMBOLISM: DIAGNOSTIC VALUE OF DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY. REASSESSMENT OF ITS ROLL. *Radiology*. 168: 97. 1988.
47. Neff C.C., Van Sonnenberg E., Casola G. and cols. DIVERTICULAR ABSCESS: PERCUTANEUS DRAINAGE. *Radiology*. 163: 15. 1987.
48. Saini S., Mueller P.M. and Wittenburg J. PERCUTANEUS DRAINAGE OF DIVERTICULAR ABSCESS. AN ADJUNT TO SURGICAL THERAPY. *Arch Surg*. 121: 475. 1986.
49. Markus J.B., Somers S., Slobodan E.F. and cols. INTEROBSERVER VARIATION

- IN THE INTERPRETATION OF ABDOMINAL RADIOGRAPHS. *Radiology*. 171: 69. 1989.
50. Casola G., Withers C. and Sonnenberg E. PERCUTANEOUS CECOSTOMY FOR DECOMPRESSION OF THE MASSIVELY DILATED CECUM. *Radiology*. 158: 793. 1986.
51. Cooperberg P.L., Gibney R.G. IMAGING OF THE GALL BLADDER. *Radiology*. 162: 191. 1987.
52. Swayne L.C. ACUTE ACALCULOUS CHOLECYSTITIS: SENSITIVITY IN DETECTION USING TECHNETIUM 99m IMINODIACETIC ACID CHOLESCINTIGRAPHY. *Radiology*. 160: 33. 1986.
53. Weissman H.S., Badia J., Sugarman L.A. and cols. SPECTRUM OF 99m-Tc-IDA CHOLESCINTIGRAPHIC PATTERNS IN ACUTE CHOLECYSTITIS. *Radiology*. 138: 167. 1981.
54. Laing F.C. DIAGNOSTIC EVALUATION OF PATIENTS WITH SUSPECTED CHOLECYSTITIS. *Surg Clin North Am*. 64: 3. 1984.
55. Prian G.W., Norton L.W., Eule J. Jr. and cols. CLINICAL INDICATIONS AND ACCURACY OF GRAY SCALE ULTRASONOGRAPHY IN THE PATIENT WITH SUSPECTED BILIARY TRACT DISEASE. *Am J Surg*. 134: 705. 1977.
56. Jeffrey R.B., Laing F.C. and Wong W. GANGRENOUS CHOLECYSTITIS: DIAGNOSIS BY ULTRASOUND. *Radiology*. 148: 219. 1983.
57. Parulekar S.G. SONOGRAPHIC FINDINGS IN ACUTE EMPHYSEMATOUS CHOLECYSTITIS. *Radiology*. 145: 117. 1982.
58. Laing F.C., Jeffrey R.B. and Wing V.W. BILIARY DILATATION: DEFINING THE LEVEL AND CAUSE BY REAL TIME US. *Radiology*. 160: 39. 1986.
59. Lederle F.A., Walker J.M., Reinke D.B. SELECTIVE SCREENING FOR ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS WITH PHYSICAL EXAMINATION AND ULTRASOUND. *Arch Intern Med*. 148: 1753. 1988.

60. Shuman W.P., Hastrup W.H. and Kohler T.R. SUSPECTED LEAKING ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM. USE OF SONOGRAPHY IN THE EMERGENCY ROOM. Radiology. 168: 117. 1988.
61. Glenn F. and Larry D.O. DEVELOPING TRENDS IN ACUTE CHOLECYSTITIS AND CHOLEDOCHOLITHIASIS. Surg Gynecol Obstet. 151: 528. 1980.
62. Douglas J.M., Jerome T. and Samuel E.W. ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE ELDERLEY. A SURGICAL EMERGENCY. Arch Surg. 113: 1149-52. 1978.
63. Glenn F. CHOLECYSTOSTOMY IN THE RISK PATIENT WITH BILIARY TRACT DISEASE. Ann Surg. 185: 185. 1977.
64. Houghton P.W., Jenkinsun L.R. and Donaldson L.A. CHOLECYSTECTOMY IN THE ELDERLY: A PROSPECTIVE STUDY. Br J Surg. 72: 220. 1985.
65. Sullivan D.M., Hood T.R. and Griffan W.O. Jr. BILIARY TRACT SURGERY IN THE ELDERLY. Am J Surg. 143: 218. 1982.
66. Gagic N., Frey C.F. and Gaines R. ACUTE CHOLECYSTITIS. Surg Gynecol Obstet. 140: 868. 1975.
67. Saweh H.B. and Balasegram M. TREATMENT OF CHOLECYSTITIS BY ROUTINE URGENT OPERATION. Br J Surg. 61: 705. 1974.
68. Boey J.H. and Way L.W. ACUTE CHOLECYSTITIS. Ann Surg. 191: 264. 1980.
69. Helkki J.J. and Junno H. EARLY CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS: A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY. Ann Surg. 191: 501.1980.
70. Williams V.D.L. and Gurman E. EARLY VS DELAYED CHOLECYSTECTOMY: THE EFFECT OF A CHANGE IN MANAGEMENT. Br J Surg. 68: 753. 1981.
71. Vander L.W. and Suzel H. EARLY VERSUS DELAYED OPERATION FOR ACUTE CHOLECYSTITIS. A CONTROLLED CLINICAL TRIAL. Am J Surg. 134: 705.
72. Mc. Arthur P., Cuschieri A. and Sells R.A. CONTROLLED CLINICAL TRIAL COMPARING EARLY WITH INTERNAL CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS. Br J Surg. 62:850. 1975.

73. Longmaide H.E., Basset J.G. and Gottlieb H. MANAGEMENT OF GALLBLADDER PERFORATION BY PERCUTANEOUS CHOLECYSTOSTOMY. Crit Care Med. 13:686. 1985.
74. Pacea F., Bellantowe R. and Doglietto G.B. RISK FACTORS IN RELATION TO MORTALITY AFTER TOTAL GASTRECTOMY IN AGED PATIENT. Am Surg. 57:341. 1991.
75. Permutt R.P. and Cello I.P. DUODENAL ULCER DISEASE IN THE HOSPITALIZED ELDERLY PATIENT. Dig Dis Sci. 27:1. 1982.
76. Visite A., Haustred T. and Eide G.E. POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AND MORTALITY AFTER SURGERY FOR GASTRIC CANCER. Ann Surg. 207:7. 1988.
77. Bittner R., Sifirrow H. and Butters M. TOTAL GASTRECTOMY. Arch Surg. 120: 1120. 1985.
78. Saarto I., Salo J. and Lempinen M. TOTAL AND NEAR TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER IN PATIENTS OVER 70 YEARS OF AGE. Am J Surg. 154: 269. 1987.
79. Gardner B.m Dutan J. and Shaikhi. THE INFLUENCE OF AGEN UPON THE SURVIVAL OF ADULT PATIENTS WITH CARCINOMA OF THE COLON. Surg Gynecol Obstet. 153: 366. 1981.
80. Bizer L.S., Liebling R.W., Delong H.M. and cols. SMALL BOWELL OBSTRUCTION: THE ROL NON OPERATIVE TREATMENT IN SIMPLE INTESTINAL OBSTRUCTION AND PREDICTIVE CRITERIA FOR ESTRANGULATION OBSTRUCTION. Surgery. 89:407. 1981.
81. Stewardson R.H., Bombeck C.T. and Nyhus L.M. CRITICAL OPERATIVE MANEGEMENT OF SMALL BOWELL OBSTRUCTION. Ann Surg. 187: 189. 1978.
82. Salem R., Dentt P., Johnson J. and cols. EMERGENCY GERIATRIC SURGICAL ADMISSIONS. Br Med J. 2: 46. 1978.
83. Gough T.R. STRANGULATING ADHESIVE SMALL BOWELL OBSTRUCION WITH NORMAL

- RADIOGRAPHS. Br J. Surg. 65: 431. 1978.
84. Gurman L., Jendrzejewski J., Katon R. et al. SMALL BOWEL ENEMA: AN UNDERUTILIZED METHOD OF SMALL BOWEL EXAMINATION. Dig Dis Sci. 27:1101. 1982.
85. Lewis F.R., Holcroft J.W., Boen J. and cols. APPENDICITIS - A CRITICAL REVIEW OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN 1000 CASES. Arch Surg. 110: 677. 1975.
86. Lau W.Y., Fan S.T., Yiu T.F. ACUTE APPENDICITIS IN THE ELDERLY. Surg Gynecol Obstet. 161: 157. 1985.
87. Almy T.P. and Howell D.A. DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON. New Engl J Med. 302: 324. 1980.
88. Walker J.D., Gray L.A. and Polk H.C. Jr. DIVERTICULITIS IN WOMAN UNAPPRECIATED CLINICAL PRESENTATION. Ann Surg. 185: 402. 1977.
89. Meyers M.A., Alonso D.R. and Gray G.F. PATHOGENESIS OF BLEEDING CHRONIC DIVERTICULOSIS. Gastroenterology. 71: 577. 1976.
90. Winawer S.J., Sherlock P. and Shottenfeld D. SCREENING FOR COLON CANCER. Gastroenterology. 70: 783. 1976.
91. Tedesco F.J., Wayne J.D. and Raskin J.B. COLONOSCOPIC EVALUATION OF RECTAL BLEEDING. Ann Intern Med. 89: 907. 1978.
92. Linn B.S., Linn M.N. and Warren N. EVALUATION OF RESULTS OF SURGICAL PROCEDURES IN THE ELDERLY. Ann Surg. 195: 90. 1982.
93. Green A.G. Sattre R.P. and Coyle J.J. MORTALITY AND GASTROINTESTINAL SURGERY IN THE AGED. Ann Surg. 116: 788. 1981.
94. Keltic M.R. SURGERY IN CENTENARIANS. J A M A. 253. 3139. 1985.