

RUPTURA DE VÍSCERA HUECA

Dr. Juan R. Arce Villalobos *

Dr. Luis Guillermo Morales Alfaro **

Se define como ruptura de víscera hueca la perforación del tracto gastrointestinal, biliar o génito-urinario, en forma libre a cavidad, produciendo peritonitis generalizada (úlcer perforada) o en forma parcial, produciendo peritonitis localizada (plastrón apendicular). Los factores de riesgo que deben tomarse en cuenta son: pacientes con supresión de su estado inmunológico (quimio-radio-esteroideo-terapia); pacientes que ingieren anti-inflamatorios esteroideo-terapia); pacientes que ingieren anti-inflamatorios esteroidales o no esteroidales y pacientes con patología preexistente como diverticulosis, úlcera péptica, colelitiasis y cáncer.

Dividimos en seis grupos la clasificación etiológica, a saber:

- 1.— Causas vasculares: cuadros de isquemia, la cual puede ser secundaria a proceso vasculítico autoinmune o a proceso mecánico compresivo.
- 2.— Causas traumáticas: trauma abierto como el secundario a heridas por arma blanca o de fuego; trauma cerrado que se presenta como consecuencia de precipitaciones, puñetazos, accidente automovilístico y trauma iatrogénico secundario a instrumentación endoscópica o cirugía.
- 3.— Causas inflamatorias: se incluyen aquí un variado grupo de noxas abdominales, a saber: apendicitis aguda, colecistitis aguda, diverticulitis, colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI), enfermedad de Crohn, úlcera péptica perforada; las cuales, en un momento determinado del proceso inflamatorio, erosionan la pared visceral y se produce la perforación.
- 4.— Causas tumorales: por necrosis y esfacelo tumoral, bien sea primario, metastásico o circunvecino.
- 5.— Causas parasitarias: sea por helmintos (áscaris, tricocéfalos), o por amebas.
- 6.— Idiopática.

En el cuadro clínico presente es el abdomen agudo en las siguientes variantes:

* Cirugía General, Hospital México.

** Cirugía General, Hospital San Rafael, Alajuela.

A.— ABDOMEN AGUDO PERITONITICO:

Ejemplo: úlcera péptica perforada. El enfermo aqueja dolor abdominal severo, continuo, náuseas, vómitos y compromiso de su estado general. El examen físico mostrará resistencia abdominal generalizada (abdomen en tabla), con maniobras de compresión y distensión, abdominal dolorosas, peristalsis disminuida, taquicardia, hipotensión o shock. En aquellos casos en que el paciente presente una peritonitis localizada, por ejemplo, plastrón apendicular o diverticular, el dolor y la resistencia muscular están localizados; se encontrará masa palpable dolorosa, taquicardia y febrícula. Los datos de laboratorio son básicamente leucocitosis con desviación izquierda.

B.— ABDOMEN AGUDO MIXTO: el cual se presenta en dos formas:

- 1.— Peritonítico-hemorrágico: pacientes con trauma abdominal y ruptura de víscera hueca y sólida. El cuadro de peritonitis se asocia al de shock hipovolémico, por lo tanto además de los hallazgos como los descritos en el examen físico del abdomen agudo peritonítico, la punción de cuadrantes, como procedimiento adjunto, y/o el lavado peritoneal, son de utilidad. El laboratorio reportará anemia secundaria.
- 2.— Peritonítico-obstruivo: inicialmente cuadro obstructivo, caracterizado por dolor tipo cólico con distensión abdominal y falta de paso de gases por recto; luego dolor continuo intenso, con ausencia de ruidos peristálticos y resistencia abdominal generalizada como lo es el cáncer de sigmoides perforado.

La radiología convencional mostrará en la placa simple de abdomen (posición de pie o decúbito lateral): aire libre en cavidad, ileo paralítico secundario y borramiento del psoas. Este estudio se considera suficiente si es positivo. Los estudios contrastados se pueden practicar con medio de contraste hidrosoluble, en donde, bajo control fluoroscópico, usando maniobras de compresión, con o sin intensificador de imágenes, se demostrará extravasación del medio. La radiología de imágenes más utilizada es el ultrasonido, el cual está indicado sólo en peritonitis localizada, en donde se

demostrará un plastrón, absceso o litiasis. El CAT es poco utilizado.

El diagnóstico diferencial será:

- 1.- Chilaiditi: falso positivo en la placa simple de abdomen en donde el aire subdiafragmático corresponde a una porción de colon interpuesta entre el diafragma y el borde superior de hígado.
- 2.- Cirugía abdominal reciente: debe recordarse que el aire residual en cavidad tarda hasta cuatro semanas en reabsorberse.
- 3.- Falsos cuadros de abdomen agudo (de resolución médica):
 - a.- Origen torácico: pleuritis, bronconeumonía, embolismo pulmonar, infarto agudo del miocardio, neumotórax, pericarditis, angor pectoris.

b.- Origen renal: uremia, pielitis, cólico ureteral, infarto renal, hidronefrosis, retención aguda de orina.

c.- Sistémicos: arteritis, adenitis mesentérica, porfiria aguda intermitente, crisis hemolítica, diabetes descompensada, tétanos, intoxicación por plomo, sicótico y simulador.

d.- Otros: pancreatitis aguda, enteritis granulomatosa, hepatitis, hematomas de músculos rectos, herpes zoster, angor intestinal, aneurisma disecante de aorta abdominal y lesiones de columna vertebral, bien sean del cuerpo o del disco.

Serán tributarios de cirugía todos los casos de peritonitis generalizada; trauma abierto y el trauma cerrado con punción o lavado positivos o asociado a aire libre en cavidad. Los pacientes con tumores avanzados (fase terminal) y falsos cuadros de abdomen agudo, se manejarán médicamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Boey, J. et. al.: Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers. *Ann. Surg.* 1982; 196: 338-344.
- 2.- Jordan, P. H. et. al.: Involvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer. *Surg. Gyn. Obst.*, 1976: 142: 391-395.
- 3.- Pucci, C. J.; Arce, J. R., et al.: Vaguetomía altamente selectiva en el tratamiento de la úlcera duodenal perforada. *Act. Méd. Cost.* 1979; 22: 259-263.
- 4.- Sabinston, D. C.: *Textbook of Surgery*, X Ed. W. B. Saunders Co., 1972.
- 5.- Sawyers, J. L. et. al.: Acute perforated duodenal ulcer. *Arch. Surg.*, 1975; 110: 527-530.
- 6.- Vandenheimer, Mc (Moderator). Symposium: Surgical management of diverticulitis *Dis. Co. Rect.* 1981; 24: 65-72.