

Abdomen Agudo en el Adulto¹

Por

Dr. Longino Soto Pacheco * Dr. Arnoldo Fernández Soto **
Dr. Juan Jaramillo Antillón ***

Siendo el dolor abdominal agudo, uno de los síntomas que con mayor frecuencia reclaman un diagnóstico y una terapéutica correcta, todo médico y con más razón todo cirujano, deberá estar preparado para interpretar rápida y acertadamente un paroxismo abdominal pues en la mayoría de los casos, la vida del paciente depende de la precocidad de ese diagnóstico.

El abdomen agudo, es un síndrome caracterizado por la rápida aparición de violentos dolores abdominales como síntoma principal de una enfermedad; sin embargo y aunque en la mayoría de los casos, el dato predominante es el dolor, en algunas ocasiones hay un síntoma o signo que puede revestir mayor importancia o ser más aparente que ese dolor. El diagnóstico etiológico con frecuencia es inseguro, dado que el proceso puede ser causado no sólo por diversas enfermedades abdominales, sino también por muchos padecimientos extraabdominales que lo pueden simular.

El concepto clínico conocido por "Abdomen Agudo" engloba como se ve, enfermedades del abdomen que realmente requieren una operación de urgencia (úlcera perforada-epididimitis aguda, embarazo extrauterino, etc.), y otros padecimientos que no precisan de la laparatomía y que más bien esta puede agravarlos, (cólicos nefríticos-pancreatitis, etc). El precisar y descartar la índole no operatoria de ciertos abdómenes agudos es deseable y ha de procurarse por todos los medios posibles, y como dice el Dr. Zacarías Cope, no hay que permitir que las manos hábiles se adelanten al razonamiento. Sin embargo, si después del examen cuidadoso persiste la duda en el diagnóstico, lo mejor será intervenir, ya que el porvenir de una crisis aguda abdominal es siempre imprevisible y la espera puede resultar fatal.

¹ Trabajo hecho en cooperación con el Hospital Central del Seguro Social.

* Jefe Servicio Cirugía (A) H. C. S. S.

** Jefe de Clínica Servicio de Cirugía (A) H. C. S. S.

*** Residente del Servicio de Cirugía. H. C. S. S.

Para simplificar el diagnóstico de cada uno de los síndromes abdominales agudos, hemos prescindido aquí, de rarezas o enfermedades poco frecuentes capaces de dar este cuadro, y únicamente nos limitaremos a exponer los principales cuadros abdominales, con los datos de mayor interés, sin pretender abarcar todos los síntomas o signos que una enfermedad puede presentar y sin detallar evoluciones atípicas que ocasionalmente dan algunos de estos padecimientos.

El trabajo lo hemos dividido en cuatro partes, de acuerdo con el tipo de dolor, contractura abdominal o el shock que son capaces de provocar. Creemos que un esquema así organizado y mentalmente fijado, puede contribuir y facilitar el diagnóstico diferencial en este tipo de emergencias.

Aparte de una breve revisión bibliográfica, hemos desarrollado en cada tema, el producto de la experiencia que hemos tenido oportunidad de adquirir a través de los años, como cirujanos de guardia.

ESQUEMA N° 1

Enfermedades que pueden simular un abdomen agudo

- a) Tabes dorsal.
- b) Cólico saturnino.
- c) Neumonías basales.
- d) Infarto del miocardio.

ESQUEMA N° 2

Enfermedades que provocan dolor abdominal agudo, localizado, o difuso, sin shock y sin contractura abdominal

- a) Apendicitis aguda.
- b) Diverticulitis de Meckel.
- c) Colecistitis o colelitiasis.
- d) Adenitis mesentérica aguda inespecífica.
- e) Cólico nefrítico o ureteral.
- f) Embarazo extrauterino (no roto).
- g) Hernia incarcerada (sin gangrena).
- h) Oclusión intestinal (fase inicial).
- i) Anexitis aguda.
- j) Diverticulitis aguda.

ESQUEMA N° 3.

Enfermedades que provocan dolor abdominal agudo, localizado o difuso, con shock y sin contractura abdominal

- a) Pancreatitis aguda.
- b) Trombosis mesentérica.
- c) Aneurisma disecante o roto de aorta abdominal.
- d) Embarazo ectópico (roto)
- e) Torsión de quiste del ovario.
- f) Oclusión intestinal severa (con isquemia, pero sin gangrena).
- g) Rotura de folículos de Graff.

ESQUEMA N° 4.

Enfermedades que provocan dolor abdominal agudo, localizado o difuso, con shock y contractura abdominal localizada o generalizada.

- a) Perforación de úlcera péptica gastro-duodenal.
- b) Perforación de vesícula biliar.
- c) Perforación de intestino.
- d) Perforación de apéndice.
- e) Perforación de divertículo de Meckel.
- f) Perforación de absceso hepático amibiano.
- g) Perforación de absceso subfrénico.
- h) Pelviperitonitis aguda.
- i) Oclusión intestinal avanzada (con gangrena, perforación y peritonitis).

ENFERMEDADES QUE PUEDEN SIMULAR UN ABDOMEN AGUDO

A) TABES DORSAL:

Puede originar las llamadas crisis tabéticas, caracterizadas por dolor abdominal agudo localizado a la parte superior del abdomen y acompañado de accesos de vómitos continuos. El dolor comienza bruscamente y puede durar horas o días, simulando un abdomen agudo. El diagnóstico diferencial se hace tomando en cuenta la falta de rigidez abdominal y la ausencia del dolor a la descompresión brusca de la pared del abdomen, y por la presencia de algunos de estos síntomas; Signo de Argyl Robertson anisocoria, abolición de los reflejos rotuliano y aquiliano, ataxia, atonía vesical, trastornos parestésicos y dolores fugaces en miembros

inferiores, signo de Romberg, úlceras tróficas en planta de pies, etc. Se confirma todo esto, con una reacción de Wassermann o V. D. R. L., positivas (reactivas) en sangre o líquido cefalorraquídeo.

B) COLICO SATURNINO:

Se deben a intoxicaciones crónicas por plomo. En el cólico saturnino, los dolores abdominales agudos son espasmódicos y suelen iniciarse en el hipogastrio, transmitiéndose difusamente a los miembros y al tórax (3). Para su diagnóstico se deben tener en cuenta; antecedentes de dolores neuríticos en miembros inferiores o superiores y de trabajar en imprentas o con pinturas. Suele además haber, artralgias, ribete azul en encías, fetidez de aliento, encefalopatías con síntomas como: inquietud, cefaleas, temblores, convulsiones epileptiformes, etc. No hay leucocitosis y sí basofilia punteada de los eritrocitos. La cantidad de plomo en sangre es mayor de 0,5 mg por mil cc. El estreñimiento es un síntoma constante, y aunque durante los espasmos de dolor la pared abdominal suele estar rígida, después cede, y *adeno hay dolor a la descompresión abdominal.*

C) NEUMONIAS BASALES:

A veces pueden manifestarse, dando dolor abdominal alto e inclusive en flancos y fosas ilíacas, y aparte de ese dolor, puede haber vómitos y leve defensa muscular en parte superior del abdomen, sin embargo es difícil equivocarse si se toma en cuenta la existencia de antecedentes de gripes y la presencia de tos húmeda con o sin esputo sanguinolento, disnea, aleteo nasal, fiebre alta, escalofríos, dolor torácico, cianosis, signos de condensación pulmonar y leucocitosis. Una radiografía del tórax nos aclarará el diagnóstico.

D) INFARTO DEL MICARDIO

Al iniciarse el infarto, en algunos casos puede aparecer dolor abdominal que simula un cólico hepático, una perforación ulcerosa, etc., e inclusive acompañarse de vómitos y leve defensa muscular alta. Para evitar errores se debe de tener en cuenta que generalmente son personas de más de 50 años con antecedentes a arteroesclerosis, diabetes o hipertensión arterial. Aparte de ese dolor abdominal suele haber dolor torácico (precordial) irradiado a cuello o miembro superior izquierdo, shock, ruidos cardíacos débiles arritmias, frote pericárdico y a veces insuficiencia cardíaca congestiva. No hay fiebre y la leucocitosis y la eritrosedimentación están aumentadas. El dolor se exacerba

con el ejercicio y mejora con nitritos (a veces) Un electrocardiograma puede darnos: aplanamiento o inversión de T, bajo voltaje en QRS, diversos grados de bloqueo Aurículo-Ventricular, etc. Las Transaminasas suelen estar elevadas.

1) APENDICITIS AGUDA (simple - abscesada y perforada)

Es el padecimiento quirúrgico que ocupa el primer lugar en frecuencia como causante del llamado abdomen agudo. Se presenta generalmente en hombres y mujeres jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad. Por la variable posición del apéndice, la inflamación aguda del mismo puede simular cualquier otra lesión abdominal y además, su sintomatología varía según la extensión o gravedad del proceso.

Lo más frecuente, es que comience por un dolor agudo generalmente continuo pero con exacerbaciones que lo hacen parecer de tipo cólico. Se inicia o bien en el epigastrio y se irradia luego a la fosa ilíaca derecha, o desde el principio aparece localizado a esa región. La anorexia, las náuseas y los vómitos son frecuentes, el estreñimiento es más frecuente en el adulto, la diarrea no es rara en niños. La temperatura es normal o ligeramente alta. Ya sea que el dolor subjetivo sea epigástrico o en la fosa ilíaca derecha, lo importante es que siempre se acompaña de dolor provocado a la presión en esa región. El signo de Blumberg se presenta según Bokus (19) en el 80% de los casos, y se trata del dolor provocado por la descompresión de la fosa ilíaca derecha al levantar bruscamente la mano exploradora. Hay también Blumberg contralateral positivo y signo de Rosving. En casos de apéndices inflamados en situación posterior o pelviana, puede haber signos de Psoas y del Obturador. El tacto vaginal o rectal en más del 50%, da dolor al dirigir el dedo a la fosa pelviana derecha. En apendicitis avanzadas, suele haber contractura abdominal en la fosa ilíaca derecha, lo cual nos está revelando difusión peritoneal del proceso. A veces se palpa una masa tumoral imprecisa y dolorosa de extensión variable que es el llamado plastrón apendicular. Si la perforación no se localiza, puede sobrevenir una peritonitis generalizada con toda su patología que se caracteriza por el dolor que se hace más intenso y que tiende a generalizarse aumentando con los movimientos, lo cual obliga al paciente a estar inmóvil y con los miembros en flexión. El dolor a la palpación y a la descompresión son muy severos y la resistencia abdominal tiende a generalizarse.

La leucocitosis suele oscilar entre 10 a 14 mil, con eosinopenia y neutrofilia y desviación a la izquierda. El leucograma

eneralmente concuerda con la gravedad del proceso, y cifras por encima de 18 mil, están indicando absceso o peritonitis, los progresos en la desviación a la izquierda señalan también mayor gravedad sin embargo lo indicado no es siempre la regla, ya que en muchas ocasiones hemos visto apendicitis graves sin leucocitosis. En los viejos a veces hay diferencias sobresalientes; los dolores no suelen ser tan severos, la leucocitosis a veces es normal (15), la fiebre suele ser discreta y el dolor a la presión y la rigidez abdominal menos marcados. Con gran frecuencia los ancianos presentan perforación y peritonitis.

2) DIVERTICULITIS DE MECKEL:

La inflamación aguda de este divertículo simula la apendicitis aguda. El dolor suele ser inicialmente periumbilical y más tarde se localiza en la fosa iliaca derecha. Lanman (17) señala que la melena es un síntoma a tener en cuenta especialmente en los niños pequeños. El cuadro de peritonitis aguda que puede originar la perforación de este divertículo es generalmente imposible de diferenciar del provocado por la apendicitis (4), excepto que anteriormente y por estudios radiológicos se hubiera hecho el diagnóstico del divertículo.

3) COLECISTITIS Y COLELITIASIS:

Es más frecuente en el sexo femenino, obesas que pueden dar antecedentes de crisis dolorosas parecidas. El dolor suele aparecer de manera brusca y por lo regular después de una comida abundante, y se localiza en epigastrio, hipocondrio o en el flanco derecho, con irradiaciones a región subescapular derecha y hombro del mismo lado. Hay náuseas y vómitos que no calman el dolor. El paciente se encuentra agitado buscando una posición que le calme el dolor, puede haber fiebre de 38 a 39 grados centígrados. Posteriormente aparecen espasmos o defensa muscular en el hipocondrio derecho o flanco de ese lado. El signo de Murphy (8) suele ser positivo. A menudo se percibe una masa piriforme o redonda muy dolorosa que se desaloja con los movimientos respiratorios, este signo es de enorme importancia ya que la vesícula biliar no se palpa casi nunca en estado normal y no suele ser sensible a la presión (6) (7). El punto cístico suele ser muy sensible al tacto (2). A veces puede observarse ictericia leve. La perforación vesicular es rara y si se presenta, los síntomas que suele dar son: dolor intenso ya no localizado a hipocondrio derecho, sino que se ha generalizado a todo el abdomen, aparece defensa muscular ya sea sólo en el lado derecho • difusa, dolor agudo a la descompresión, distensión abdominal

y cuadro de shock. El paciente que antes se movía tratando de calmar su dolor, ahora está inmóvil, pues los movimientos lo exacerban, hay leucocitosis de más de 15 mil, con desviación a la izquierda. Una punción abdominal puede demostrar bilis libre.

4) ADENITIS MESENTERICA AGUDA INESPECIFICA

Origina un cuadro doloroso abdominal semejante al de la apendicitis. El proceso suele empezar después de unos días de catarro nasofaríngeo, con fiebre alta, taquicardia y dolores periumbilicales y en la fosa ilíaca derecha. Hay dolor a la palpación en esa región pero no contractura ni signo de Blumberg. La velocidad de sedimentación es elevada, hay leucocitosis con conservación de los eosinófilos y en el segundo o tercer día se observa una linfocitosis muy orientadora a la que algunos autores dan valor (18). Los síntomas suelen durar varios días. Ochsner y De Bakey (16) señalan que es más frecuente en el sexo femenino y en jóvenes, la fiebre suele ser baja y las náuseas y vómitos son comunes. Es muy difícil hacer el diagnóstico preoperatoriamente, se confirma el mismo al abrir la cavidad abdominal y encontrar las adenopatías.

5) COLICO NEFRITICO O URETERAL:

Pacientes eneralmente del sexo masculina (3) (1), que relata aparición brusca de un dolor severo en región dorso lumbar, que suele irradiarse a lo largo del ureter hasta la ingle, testículo y cada interna del muslo. Suele haber además, náuseas, vómitos, disuria, poliaquiria y hematuria macro o microscópica, dolor a la puño percusión en región renal. No hay resistencia abdominal, no hay dolor a la descompresión y con frecuencia, figuran entre los antecedentes, crisis similares. Los constantes movimientos de un enfermo con este cuadro, constituyen un dato importante para el diagnóstico. El tacto vaginal y rectal son negativos. La radiografía simple del abdomen puede revelar la presencia de una sombra opaca (cálculo) lo cual ayudaría a aclarar las dudas (1) (913). Si hay oportunidad de un pielograma, este nos dará el diagnóstico.

6) EMBARAZO EXTRAUTERINO

Mujer en vida genital activa, con signos y síntomas de embarazo, que ocasionalmente da datos de largos períodos de esterilidad relativa o antecedentes de infecciones pélvicas (5). Los datos clínicos más importantes que suelen relatar son; metrorragia en pequeña cantidad, dolor localizado a una fosa ilíaca, de

intensidad variable que puede irradiarse a región lumbar. La exploración bimanual da cuenta de un tumor yuxta-uterino doloroso, la matriz está blanda y crecida, el cuello se encuentra suave, no hay resistencia abdominal, no dolor a la descompresión, pero sí a la palpación profunda. La reacción de Galli Mainini suele ser positiva.

La ruptura tubaria se comprueba por la aparición brusca de un dolor intenso en bajo vientre de tipo pungitivo y cuadro de shock acompañante. A menudo hay antecedentes de esfuerzos físicos o de coitos recientes. Los síntomas principales aparte del dolor ya señalado son: taquicardia, hipotensión, que tiende a aumentar conforme pasan las horas, palidez, sudoración, anemia que progresa rápidamente, leucocitosis de 12 mil o más o leucograma normal (12), no fiebre. A la exploración, el abdomen está tenso y altamente doloroso, pero generalmente no hay defensa muscular. El fondo de saco de Douglas está abombado y muy doloroso, a veces hay algunos de estos signos: coloración azulada periumbilical (11), dolor en hombro derecho, dolor intenso abdominal que se provoca al mover el cuello uterino, dolor constante en el ano (20). Y como dato de mayor interés la obtención de sangre al puncionar el fondo de saco de Douglas.

7) ANEXITIS AGUDA:

Mujer que en ocasiones da antecedentes de partos o abortos recientes, (especialmente de aborto criminal) (10), flujo vaginal purulento donde a veces se encuentran gonococos, tuberculosis pulmonar que pudiera haber dado infección secundaria a esa región (la primaria anexial es muy rara). Los síntomas son dolor bajo, ya sea hipogástrico o en fosas ilíacas, muy intenso, náuseas y vómitos, fiebre alta, dolor intenso a la palpación de parte inferior del abdomen, meteorismo, dolor a la descompresión, y resistencia abdominal de poca intensidad sin llegar a la verdadera contractura, leucocitosis de más de 12 mil.

Velocidad de sedimentación acelerada (50 a 100), fondo de saco ocupado y muy doloroso, dolor en uno o ambos anexos al movimiento del cuello uterino, y se palpa una masa inflamatoria muy dolorosa en uno o ambos anexos.

8) DIVERTICULITIS AGUDA DEL COLON.

Paciente de más de 50 años, con antecedentes de alternancias de período de estreñimiento y diarrea, que presenta dolor intenso en la parte baja del abdomen, generalmente localizado

en el lado izquierdo por ser mayor la diverticulitis sigmoidea, pero que lo puede presentar en el derecho simulando un cuadro apendicular, con mucha frecuencia imposible de diferenciar (21) (22), y que se acompaña generalmente de signos de irritación peritoneal y además de fiebre, leucocitosis, sensibilidad aumentada en parte baja del abdomen, dolor a la presión, y en un tercio de los pacientes existe una masa palpable y dolorosa en lado izquierdo o derecho del abdomen parte inferior, o que se percibe al tacto rectal. El abdomen suele estar distendido y timpánico. El divertículo inflamado puede evolucionar hacia la perforación aguda, dando una peritonitis localizada o generalizada. Contribuyen al diagnóstico, datos que hagan pensar en una fístula vesico-sigmoidea como expulsión de gases y materias fecales por uretra al orinar. También suele haber cuadros de suboclusión intestinal baja, rectorragias, etc. El Colon radiológicamente visible por un enema de bario y la proctoscopia, son muy útiles si hay oportunidad de hacerlos, ya que pueden demostrar la presencia de las lesiones.

9) PANCREATITIS AGUDA:

Mujeres u hombres adultos, a veces con antecedentes de excesos alcohólicos, comidas excesivas o padecimientos biliares, que bruscamente relatan la aparición de un dolor abdominal alto muy severo de tipo transfixivo continuo, resistente a los espasmolíticos habituales, y que se acompaña de vómitos y cuadro de shock. Leucocitosis neutrófila, meteorismo, matidez hepática conservada, dolor epigástrico a la presión, y aunque puede haber leve defensa en epigastrio, "NO SUELE HABER CONTRACTURA ABDOMINAL". A veces se palpa una tumefacción epigástrica. Suele haber subictericia y la amilasemia estar por encima de 400 U. Somogy. Tardíamente puede haber hiperglicemia e hipocalcemia. La punción abdominal a veces revela líquido serosanguinolento con contenido alto de amilasa. La amilasemia en casos excepcionales de pancreatitis muy severas puede no estar elevada.

10) TROMBOSIS O EMBOLIAS MESENERICAS:

Paciente de más de 40 años, que de manera brusca presenta un intenso dolor centroabdominal sostenido y acompañado de gran colapso (shock). No hay fiebre, melena ocasional, leucocitosis muy alta de 20 mil o más con neutrofilia.

A la exploración hay dolor en el abdomen y a veces suele palparse una tumoración muy dolorosa en alguna parte del mis-

mo no suele haber contractura abdominal (al final sin embargo por la gangrena y perforación ésta puede aparecer). Conservación de la matidez hepática, y meteorismo por íleo paralítico. El tacto rectal puede dar dolor en una fosa ílica y sobre todo es de importancia si el lado que explora sale manchado de sangre.

La radiografía simple del abdomen nos muestra, distensión de asas intestinales, imagen indefinida del intestino delgado lleno de gases, o a veces, asas dilatadas aisladas en las cuales falta el contorno de los pliegues mucosos.

"ESTE ES EL PADECIMIENTO EN EL CUAL, LOS SIGNOS FÍSICOS ABDOMINALES NO GUARDAN PROPORCIÓN CON LA SEVERIDAD DEL PROCESO".

Como antecedentes de importancia a tener en cuenta para llegar el diagnóstico de embolias o trombosis mesentérica, citamos aquí los siguientes padecimientos capaces de ser causa o de predisponer a ella.

- a) TROMBOSIS O EMBOLIAS ARTERIALES MESENTERICAS: Arteroesclerosis, endocarditis bacteriana, ateroma aórtico, periarteritis nodosa, estenosis mitral, fibrilación auricular, hipertensión arterial, aneurismas, tromboangitis obliterante, policitemia.
 - b) TROMBOSIS O EMBOLIA VENOSAS MESENTERICAS: Procesos sépticos como: perimetritis, apendicitis, anexitis, flebitis, trombollebitis, hepatopatías, etc.
 - c) POSTERIOR A ESPLENECTOMIA: Por alza temporal de plaquetas en la segunda semana después de la extirpación del bazo.
 - d) POR FENOMENOS MECANICOS: Vólvulos o Invaginación intestinal, hernias estranguladas, bridas, carcinomas, etc.
- 11) ANEURISMA DISECANTE O RUPTURA DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Paciente con más de 50 años de edad, que tal vez da antecedentes de hipertensión arterial, lúes, o de sufrir de una tumoración abdominal y que súbitamente presenta. Dolor abdominal agudo, *aveces también en la región lumbar*, acompañado de shock severo y dolor a la palpación del abdomen, notando en ocasiones la existencia de una tumoración dolorosa pulsátil, que

tiende a crecer rápidamente, además hay anemia severa, disnea, taquicardia, y por lo general muerte pocos minutos después. Ante un cuadro de evolución tan rápida se puede pensar en un aneurisma roto del abdomen.

El aneurisma disecante suele ocasionar dolor insoportable que comienza en el tórax y se irradia al cuello extendiéndose poco a poco al abdomen (1). Dolor a la palpación abdominal y veces una masa pulsátil con trill y soplo sistólico. En los miembros inferiores hay pulso débil o puede faltar en algunos, ausencia de latido femoral, paresias, presión arterial mayor en los miembros superiores que en los inferiores y antecedentes de sufrir de claudicación al caminar, dolores radiculares en miembros y dolores en tórax por erosión de vértebras.

12) TORSION DE UN QUISTE DEL OVARIO

Mujer que bruscamente presenta un dolor agudísimo en una fosa ilíaca, acompañado de náuseas, vómitos, meteorismo, taquicardia y cuadro de shock. Generalmente afebril, sin presentar resistencia abdominal, aunque si dolor a la palpación, no hay datos de amenorrea ni síntomas de embarazo. La exploración abdomino-vaginal puede dar lugar a que se palpe una masa doloroso de límites precisos en una fosa ilíaca o alojada en el fondo de saco de Douglas.

13) ROTURA DE UN FOLICULO DE GRAFF

Mujer post-púbera, sin antecedentes de embarazo, que en un período intermenstrual, presenta un dolor severo abdominal bajo; sin resistencia ni dolor a la descompresión, pero si con dolor a la palpación. El leucograma suele ser normal. Aparece shock pero no de gran intensidad, el tacto vaginal o rectal puede señalar un fondo de saco posterior abombado y doloroso si la hemorragia es intensa.

14) PERFORACION DE ULCERA GASTRODUODENAL

Paciente del sexo masculino en el 90% de los casos (12), de 20 a 50 años de edad, con antecedentes de úlcera o de dispepsias en un 75%. Que puede relatar haber ingerido licor o una comida abundante unas horas antes, y que súbitamente presenta un dolor de tipo punzitivo atroz localizado a epigastrio y luego generalizado (en algunas ocasiones hay dolor intenso en la fosa ilíaca derecha), facies de gran dramatismo, con temperatura y presión arterial por lo general normal, náuseas y vómitos

al principio. El shock nunca es tan severo como en la Pancreatitis o la Trombosis mesentérica. A la exploración suele haber: dolor intenso a la palpación superficial y profunda, dolor severo a la descompresión peritoneal, signo de Jobert (11) o sea la desaparición de la matidez hepática, contractura abdominal generalizada (Abdomen Tabla) a las pocas horas, hipersensibilidad abdominal generalizada, dolor al tacto rectal en ocasiones. "El paciente suele estar acostado e inmóvil, ya que el menor movimiento provoca dolor abdominal". La punción abdominal puede darnos líquido duodenal o gástrico o secreción purulenta. El dolor abdominal puede disminuir al cabo de una hora de manera espontánea, no así la contractura y el dolor a la presión y descompresión brusca. La radiografía simple del abdomen puede darnos imagen de aire suprahepático (neumoperitoneo subdiafragmático). Leucocitosis neutrófila de 20 mil o más.

15) PERFORACION INTESTINAL

En la perforación intestinal por cualquiera de las enfermedades que puedan causarla, se desarrolla más o menos rápidamente el cuadro de peritonitis generalizada que permite el diagnóstico del abdomen agudo, para poder llegar al diagnóstico etiológico es necesario tener algunos antecedentes de la enfermedad causante de esa perforación, damos aquí tres de las más importantes.

a) **Tuberculosis Intestinal:** paciente relata haber padecido o padecer de tuberculosis pulmonar y sufrir de crisis de diarreas severas que alternan con estreñimiento pertinaz, hay además, desnutrición, fiebre, anemia, tos, dolores crónicos en abdomen, especialmente en la zona ilíaca derecha de tipo cólico y a veces datos radiológicos anteriores que hicieran sospechar de TB intestinal. La perforación ocasiona una severa peritonitis aguda con toda su sintomatología.

b) **Neoplasias del Colon.** Pacientes viejos, cuya historia no revela una cronicidad de años como en el anterior parecimiento, sino de varios meses a lo sumo. Relatan sufrir de crisis alternas de idearrea y estreñimiento o cuadros de suboclusión baja, fiebre ocasional, heces con sangre y a veces franca rectorragia, flatulencia, cólicos-abdominales bajos. Otros datos son: anemia, desnutrición, pérdida de peso rápida, anorexia y un tacto rectal puede revelar una masa tumoral irregular dura y sangrante. Una radiografía del colon o una proctosigmoidoscopia pueden dar el diagnóstico.

c) **Ileitis Regional (Enfermedad de Crohn).** Clínicamente hay por lo general como antecedentes previos a su cuadro de peritonitis aguda provocada por la perforación, historia prolongada de ataques recurrentes de dolor cólico abdominal bajo, especialmente en la fosa ilíaca derecha, desnutrición, anemia, diarreas pastosas con moco, pus y sangre. No dan antecedentes que hagan pensar en tuberculosis pulmonar ni intestinal, y a la exploración relataban presentar o presentan dolor en la fosa ilíaca derecha y a veces se palpa una masa fija dolorosa en esa región. Tal vez existan estudios radiológicos previos que proporcionaran el signo de la cinta en ileon terminal.

16) PERFORACION DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

Paciente con cuadro de peritonitis generalizada, con antecedentes de dolores en hipocondrio derecho, fiebre en agujas, escalofríos, cólicos abdominales y cuadros diarreicos o más bien disenteriformes, heces positivas, amebas y dolor referido al hombro derecho. A la exploración, aparte de los datos propios de la peritonitis hay: hepatomegalia dolorosa y elevación e inmovilidad de hemidiafragma derecho a la fluoroscopia y radiografía.

17) ABSECESO SUBFRENICO. (Perforación).

Antecedentes de operaciones anteriores o de peritonitis agudas de diversas etiologías. En el momento de la perforación aparte de los datos de esa peritonitis hay: paciente desnutrido anemizado, con fiebre en agujas, escalofríos, sudoración profusa dolor en hipocondrio derecho a la presión, matidez en la base del pulmón derecho, leucocitosis neutrófila de más de 20 mil, elevación e inmovilidad del hemidiafragma derecho a la fluoroscopia, hepatomegalia dolorosa, y a veces en una radiografía del abdomen se pueden ver niveles líquidos o de gas subdiafragmáticos.

18) PELVIPERITONITIS AGUDA.

Mujer que generalmente en el curso o posteriormente a un aborto, una anexitis, vulvovaginitis, un parto, etc, presenta dolor pungitivo agudo en el hipogastrio, acompañado de escalofríos, fiebre alta, vómitos, taquicardia, flujo vaginal purulento, a veces metrorragia satélite, y ocasionalmente cuadro de shock no severo. A la exploración se nota un abdomen tenso, meteorizado, muy doloroso y con contractura abdominal baja, al tacto vaginal en el fondo de saco de Douglas se palpa una masa muy dolorosa, el útero está inmovilizado, empotrado en esa magma inflamada.

toria y al tratar de movilizarlo se provoca intenso dolor. Estos datos, además de una eritrosedimentación alta, una leucocitosis elevada nos hacen pensar en pelviperitonitis. En algunas oportunidades una punción del fondo de saco de Douglas (colpotomía posterior) obteniendo con ella drenaje de exudado purulento, nos da el diagnóstico.

19) OCLUSION INTESTINAL:

Cuadro Clínico: existen desde luego variantes, dependiendo del sitio de la obstrucción y de la causa de la misma, pero en términos generales hay antecedentes de operaciones anteriores, hernias, tuberculosis intestinal, etc. Bruscamente aparece un dolor agudo y continuo al principio, que luego se hace cólico intermitente con exacerbaciones en forma de violentos retortijones, que en algunas oportunidades coinciden con peristaltismo visible y ruidos hidroaéreos; generalmente periumbilicales sin embargo pueden ser epigástricas, hipogástricas, etc., meteorismo intenso y aunque suele haber estreñimiento sin expulsión de gases, a veces hay eliminación de estos y una o más evacuaciones de contenido intestinal. Vómitos precoces o no, dependiendo del lugar de la oclusión, pulso y temperatura normales al principio, los vómitos al principio son de contenido gástrico, luego biliosos y finalmente fecaloides. En oclusiones del colon estos son tardíos o no los hay. A la exploración hay: dolor leve a la presión del abdomen, no hay resistencia abdominal (en las fases finales con angrena y peritonitis puede aparecer), no hay dolor a la descompresión abdominal. El síndrome de Koenig (4) es típico de la oclusión; dolor abdominal por crisis de tipo cólico y de localización variable, estreñimiento, borborigmos, y peristaltismo visible. El shock, sólo aparece en los estadios finales. Radiológicamente en obstrucciones del delgado se ven muchas asas delgadas dilatadas por gas y líquido, observándose niveles de este último. No suele haber mucho gas en el colon, tanto los niveles líquidos como las asas dilatadas dispuestas en peldaños, son características de obstrucción mecánica. En oclusiones del colon hay dilatación de las asas del delgado y del colon, dependiendo del lugar de la obstrucción. En la invaginación intestinal, el enema de bario suele revelar una lesión obstructora en cuyo vértice se ve una imagen en espiral formada por el bario depositado entre las capas del intususcepto y el intususciente (14).

Señalamos aquí las causas y tipos más frecuentes de obstrucción intestinal.

- a) Extrangulación por hernias,

- b) Adherencias post-operatorias.
- c) Adherencias por bridas congénitas.
- d) Adherencias adquiridas no operatorias. (Secundarias a procesos peritoníticos que no han sido operados; pelviperitonitis, pericolecistitis, apendicitis abscedadas, etc.)
- e) Vólvulos: más frecuentes en viejos. (Ileocecal-simoideo o de intestino delgado).
- f) Invaginación: más frecuente en niños
- g) Trombosis o embolias mesentéricas.
- h) Hernias internas.
- i) Obturación: (Obstrucción interna por):
 - Cáncer del Colon (viejos).
 - Parásitos.
 - Cálculos.
 - Tuberculosis Intestinal.
 - Ileitis regional.
 - Diverticulitis (viejos)
 - Ileo meconial (niños).
 - Fecaloma (viejos).

CONCLUSIONES

En todos los abdómenes agudos hacer siempre tacto rectal o vaginal ya que, el diagnóstico puede estar en la punta de los dedos.

- Siendo el dolor, el síntoma guía de la mayoría de los síndromes abdominales agudos, no se debe aliviar mientras no se haya establecido el diagnóstico correcto. Pues como dice Mondor, la inyección de morfina equivale a apagar la luz, mientras buscamos algo en la oscuridad.
- Si hecha la laparatomía con el diagnóstico de apendicitis aguda, el cirujano está extirpando lo que parece ser un apéndice sano, deberá explorar cuidadosamente el ileón, y revisar el colon ascendente y los anexos uterinos, para descartar una diverticulitis de Meckel, una colónica o un proceso aneural u ovárico.
- En todos los casos de abdomen agudo de etiología dudosa, se debe hacer una punción abdominal, ya que las dudas pueden ser aclaradas mediante ésta. Si la punción de un síndrome doloroso agudo abdominal no traumático da líquido sanguinolento, este se puede deber a: pancreatitis hemorrágica, trombosis mesentérica u oclusión intestinal con compromiso vascular.

- La actitud de inmovilidad en un paciente con abdomen agudo, nos está indicando peritonitis
- La experiencia nos ha enseñado, que en casos de apendicitis aguda como diagnóstico posible, se deberá hacer siempre la incisión de Battle-Jalaguier, pues con ésta no sólo se obtiene una buena exposición, sino que se puede ampliar fácilmente si fuera necesario, lo cual no se puede lograr de manera apropiada con la de McBurney.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— COPE ZACARIAS: *The Early Diagnosis of the Acute Abdomen*. Oxford University Press. 11^a edición. 1958.
- 2.— CONNELL M. V.: Síndromes abdominales agudos. Tratado de Ginecología. Editorial Laboc. Tercera edición, pág. 722. 1956.
- 3.— MARASON G.: Dolor Abdominal Agudo. Manual de Diagnóstico Etiológico. Undécima edición. Espasa-Calpe, pg. 247. 1961.
- 4.— MONDOR H.: *Diagnostics Urgents Abdomen*. Masson & Cie., editours Sixieme Edition, 1947.
- 5.— CASILLAS B. L.: El médico ante el síndrome llamado vientre agudo. *El Médico*, C. A. P. pg. 14. Setiembre de 1962.
- 6.— MAJOR H. R.: *Abdomen and Genitalia*. Physical Diagnosis. Fifth edition. W. B. Saunders. Company. Chapter 14, pg. 260. 1958.
- 7.— FLORES E. J.: Exploración del Abdomen. Semiología del Aparato Digestivo. Primera edición. Editorial E. C. L. A. Capítulo XXII, pg. 113. 1946.
- 8.— ROYER MARCELO. Semiología del Hígado, Vías Biliares y Páncreas. Séptima edición. El Aconeo. Capítulos X y XI, pg 153-165. 1952.
- 9.— NOVAK E. EDMUND.: *Ectopic Pregnancy*. Novak's Textbook of Gynecology. Sixth edition. The Williams & Wilkins. Chapter 28. pg 582. 1961.
- 10.— NOVAK EMIL: Salpingitis. Ginecología y Obstetricia. Primera edición Editorial Alhambra. Capítulo 16. Pg. 279. 1951.
- 11.— SURCOS J.: Inspección, Palpación y Auscultación del Abdomen. Semiología Médica. Salvat editores. Segunda edición, pg. 416-490. 1952.
- 12.— GRAY SEYMOUR.: Ulcera Péptica. Medicina Interna Harrison. La Prensa Médica Mexicana. Segunda edición. Sección 5, pg. 1413-1428. 1962.
- 13.— JEWET J. H.: Cálculos Reno-Ureterales. Especialidades en la Práctica General. Salvat Editores. Capítulo IV, pg. 255. 1955.
- 14.— THORECK PHILIP.: Obstrucción Intestinal. Diagnóstico Quirúrgico. Editorial Interoamericana. Capítulo VI, pg. 155. 1957.
- 15.— HUBBEL D. S.: Appendicitis in ancients. *Surg. Gyn. and Obst.* 110: 289. 1960.

- 16.--OCHSNER A. and DEBEKEY M. E.: Mesenteric Lymphadenitis. Textbook of Medicine Cecil and Loeb W. B. Saunders C. Ninth Edition pg. 911. 1955.
 - 17.--LANMAN T. H.: Meckel's Diverticulum. Christophers. Textbook of Surgery. W. B. Saunders Company. Sixth edition 569. 1956.
 - 18.--DOMARUS A. V. y FARRERAS P.: *Linfadenitis Mesentérica Aguda Inespecífica*. Medicina Interna. Quinta edición. Manuel Marín y Cia. Capítulo I, pg. 83. 1955.
 - 19.--BOKUS L. H.: Apendicitis Aguda. Gastroenterología Salvat Editores S. A. Primera edición española, tomo II, pg. 906. 1948.
 - 20.--FRAGOSO L. D.: Embarazo Extrauterino. Lesiones de Obstetricia. México. 2ª edición capítulo XX, pg. 353. 1959.
 - 21.--MYERS R. N. and E. W. SHEARBURN.: Acute Diverticulitis of the Ascending Colon. Colon & Rectum. Vol. 5. Sept.-Oct. N° 5 pg. 384. 1962.
 - 22.--WAGNER D. E. and ZOLLINGUER E. W.: Diverticulitis of the Cecum and ascending Colon. Arch. Surg. 83: Sept. 436. 1961.
-