The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure on a horse, a crown at the top, and two pillars on either side. The Latin motto "PLUS ULTRA" is inscribed on a banner across the middle. The outer ring of the seal contains the text "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COAGUEMALIENSIS INTER".

**ABDOMEN AGUDO REVISION DE 507 CASOS  
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

**FRANCISCO LEONEL QUIÑONEZ MANCILLA**

**GUATEMALA, ABRIL DE 1978**

## **CONTENIDO**

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- MATERIAL Y METODOS
- 4.- CUADROS ESTADISTICOS
- 5.- RESULTADOS Y DISCUSION
- 6.- CONCLUSIONES
- 7.- RECOMENDACIONES
- 8.- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

### **Abdomen Agudo.**

Los principios del diagnóstico de la enfermedad abdominal aguda.

Antes de entrar a considerar en forma detallada los métodos exploratorios que se emplean en las varias formas del abdomen agudo, es necesario conocer ciertos principios básicos los cuales forman la base de todo diagnóstico llevado a cabo con éxito en la enfermedad abdominal de urgencia.

### **LA NECESIDAD DE HACER UN DIAGNOSTICO.**

El primer principio básico es el de la necesidad de hacer un Dx serio y lo más exacto posible.

El dolor abdominal es una de las condiciones más comunes en las cuales debe de hacerse un diagnóstico rapido e instituirse un tratamiento por lo general aunque no hay otros síntomas que acompañan al dolor, pero en la mayoría de los casos de enfermedad abdominal aguda, el dolor es el síntoma y queja principal del paciente. El termino "Abdomen Agudo" y "Emergencia Abdominal", los cuales se aplican constantemente a tales casos significan la necesidad urgente de establecer un diagnóstico y tratamiento lo más pronto y activo posible. Es de conocimiento general que cuando el médico se enfrenta a un paciente sufriendo de dolor abdominal severo en ocasiones es difícil saber si la lesión responsable de la sintomatología se halla localizada dentro del abdomen. En algunos casos la necesidad urgente de llevar una intervención quirúrgica es tan obvia que es indispensable trasladar al paciente a un centro quirúrgico. En otros casos, el médico si tiene duda puede pensar en discutir el problema con algún otro colega antes de decidir acerca de la conducta terapéutica a emplearse. Sin embargo, en ocasiones, sobre todo cuando hay síntomas indefinidos existe cierta tendencia a esperar con el objeto de los mismos se definan, mejoren o desaparezcan espontáneamente; en otras palabras se guarda una conducta temporal expeditiva. El último tipo de conducta es menos justificable, ya que en un

plan previsor siempre deberá tratarse de definir el problema cuando el paciente se ve por primera vez. En un gran número de casos es imposible estar seguro del diagnóstico, y sigue siendo un buen hábito tomar una decisión particular en cada caso; y observaremos que después de un período de tiempo, suponiendo que se lleven a cabo los métodos diagnósticos adecuados, el porcentaje de diagnósticos correctos aumentara rápidamente. El cirujano no esta libre de culpa en este tema, ya que confiado en las facilidades que le proporcionan las salas de operaciones puede ser que el mismo lleve a cabo un examen superfluo con la esperanza de que a nivel de la sala de operaciones va a encontrar la respuesta a el problema que se le presenta. Si cada cirujano intentara exhaustivamente realizar un diagnóstico correcto antes de llevar al paciente a la sala de operaciones, la ciencia de la definición o diagnóstico diferencial de la enfermedad abdominal aguda avanzaria considerablemente. No existe campo en medicina en la cual el diagnóstico deba ser tan preciso, debido a que en la enfermedad abdominal aguda el cirujano tiene la gran oportunidad de correlacionar los síntomas con la patología del ser viviente.

Solamente efectuando un examen completo puede uno proponer un diagnóstico y si tiene la oportunidad de examinar al paciente en los estados tempranos de la enfermedad, debe de tomar nota de los síntomas y signos más tempranos de la misma. Los médicos generales tienen mejores oportunidades que otros especialistas para observar estos síntomas tempranos, e interrogar al paciente adecuadamente observándolo razonablemente. En igual forma es posible para los mismos ayudar también al conocimiento de los síntomas tempranos del abdomen agudo.

El hacer un diagnóstico poco cuidadoso de abdomen agudo cataloga al médico como un individuo poco cuidadoso en relación con su paciente.

Es necesario indicar que el diagnóstico correcto en el tratamiento preliminar es esencial.

El diagnóstico instantáneo puede ser magnifico, pero no es un diagnóstico adecuado; inversiona pero es arriesgado. La deducción y la inducción de los hechos observados son necesarios para formarse una opinión

definitiva a la vez que disciplina la mente del observador, lo cual lo ayudara en el futuro a conocer los cuadros clínicos que le permitan reconocer la enfermedad al mismo tiempo que le proporcionan al mismo un sentido de satisfacción. El médico a menudo si no siempre aprende más analizando el proceso de y detectando los fallos que cometió en un diagnóstico incorrecto descubriendo que jactándose de haber acertado un diagnóstico.

### DIAGNOSTICO TEMPRANO:

No existe duda que en la enfermedad abdominal aguda es primordial importancia establecer un diagnóstico temprano. Al igual que un hombre de negocios que pregona "hagalo ahora", el médico cuando se enfrenta a un caso de enfermedad abdominal aguda, deberá llevar siempre en mente las palabras "haga el diagnóstico ahora". El paciente llora porque necesita alivio, los familiares insistentemente obligan al médico que algo debe de hacerse al respecto; el médico piensa que es su deber más importante disminuir, o incluso abolir la agonía sufrida por el paciente administrándole un narcotico. Con tal política se comete a menudo un error fatal grave. Aunque pudiera parecer cruel, es realmente una necesidad evitar el empleo de narcoticos, no hay que poner narcoticos sino hasta que exista la posibilidad de llevar a cabo una intervención quirúrgica, o bien hasta que se ha hecho un diagnóstico lo más razonable posible. Debe de quedar claro que la morfina tiene poco o ningún efecto en una enfermedad intra-abdominal seria, y la misma puede enmascarar los síntomas. A este respecto podemos decir que si a un paciente se le administra morfina es posible que el mismo muera tranquilamente y aún contento en la creencia que se encuentra en el camino de recuperarse, y en algunos casos el médico abraza esperanzas del mismo paciente. Es curioso pero bien conocido es que varios individuos que padecen de dolor abdominal agudo en el día esperan que llegue la noche antes de sentir la necesidad de visitar al médico. Lo anterior hace que se tomen decisiones importantes durante la noche, cuando el médico cansado por el trabajo del día, tiene menor percepción y las facultades de razonamiento disminuidas tanto física como mentalmente, por debajo de su rendimiento habitual.

El paciente en este caso en particular y el médico posteriormente

El orden exacto o método de examen que uno puede seguir es de elección individual o preferencia del médico, pero no debe de olvidarse que de rutina debe de examinarse al paciente completamente.

### CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA:

El examen del abdomen es a menudo imperfecto debido a que el médico no actúa basado en el principio de aplicar sus conocimientos de la anatomía.

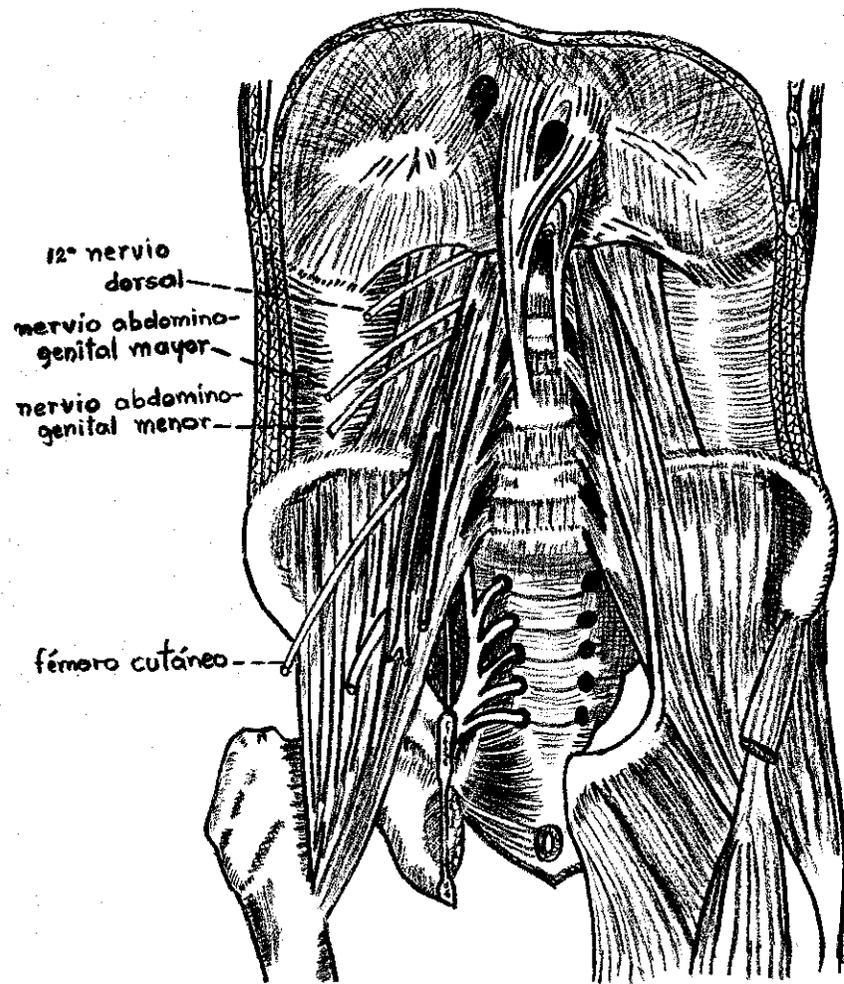
Es un buen hábito de actuar pensando anatómicamente en cada caso de aquí que es necesario conocer las relaciones estructurales de la región enferma, las cuales no pueden dar ciertas ventajas. La aplicación de la anatomía hace el diagnóstico más interesante y racional. En algún caso dudoso la diferenciación de las causas posibles del dolor, la determinación del sitio exacto del foco enfermo a menudo dependen de ciertos puntos de referencia anatómicos. Uno está acostumbrado a maravillarse acerca de los diagnósticos precisos que hace el neurólogo, los cuales se hallan basados en el conocimiento que el mismo tiene de la anatomía macroscópica. Podemos reconocer que no puede decirse lo mismo en relación con el abdomen, pero Z. Cope cree que puede establecerse un diagnóstico lo más preciso posible aplicando cuidadosamente el conocimiento de la anatomía y fisiología a la enfermedad abdominal aguda.

Se puede ilustrar mejor el valor de la anatomía aplicada en el diagnóstico abdominal considerando aquellas estructuras que son menos variables en su posición —los músculos voluntarios y nervios cerebro espinales—.

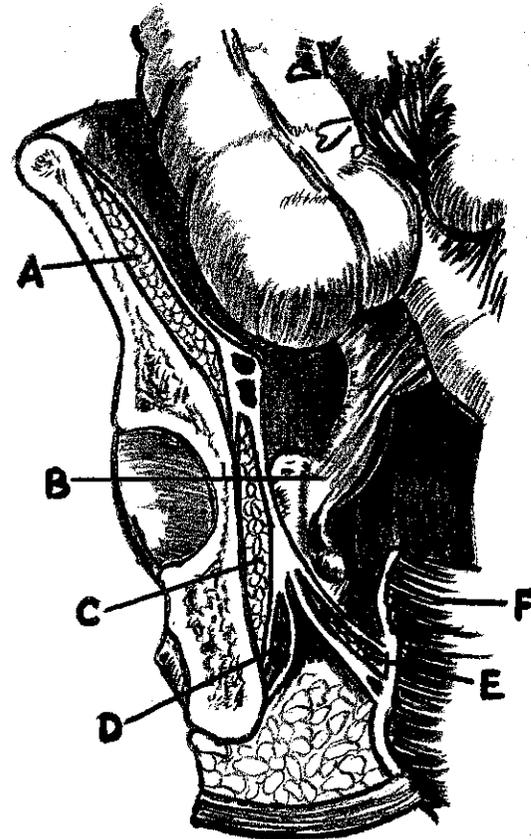
La figura No. 1 muestra las diferentes posiciones de los músculos: el diafragma, el psoas, el cuadro lumbar, los músculos espinales, los músculos laterales abdominales, los músculos rectos, el músculo piriforme, y el músculo obturador interno. Cada uno de estos músculos puede tener un valor clínico significativo si cualquiera de los mismos se encuentra irritado directamente o bien por vía refleja. El músculo por cambios inflamatorios se vuelve doloroso y rígido, y el dolor se produce cuando las fibras musculares

se mueven. Cada médico ha observado la rigidez de los músculos rectos y de la pared lateral del abdomen cuando hay un foco inflamatorio subyacente, pero pocos han tomado en consideración la rigidez del diafragma en un caso de un absceso subfrénico, debido a que el diafragma es invisible e impalpable, pero su inmovilidad puede deducirse al observar las dificultades de los movimientos de la parte superior de la pared abdominal, y si se dispone de los rayos X se ve la rigidez y la ausencia de los movimientos del diafragma directamente.

Debe de recordarse que en algunos casos de apendicitis y otras causas que afectan el psoas, hay flexión del muslo debido a contracción por irritación directa o bien por vía refleja; y en estos pacientes a menudo se lleva a cabo el test para determinar grados ligeros de tal irritación, método que se practica colocando al paciente descasando en el lado opuesto al afectado y extendiendo el muslo completamente en el lado afectado. Nuevamente el músculo obturador interno se halla cubierto por una fascia densa y no es fácilmente irritado por un proceso inflamatorio pélvico, pero si hay un absceso (por ejemplo uno causado por ruptura de un apéndice), inmediatamente a la fascia, el dolor será causado si el músculo se pone en movimiento completo, rotando el músculo flexionado hacia dentro hacia su límite extremo. En esta situación se refiere al hipogastrio este signo no se halla presente en cada caso de apendicitis pélvica y puede ocurrir en otras condiciones pélvicas, tales como en un hematocele pélvico, pero cuando está presente definitivamente denota un cambio patológico (fig. 2).



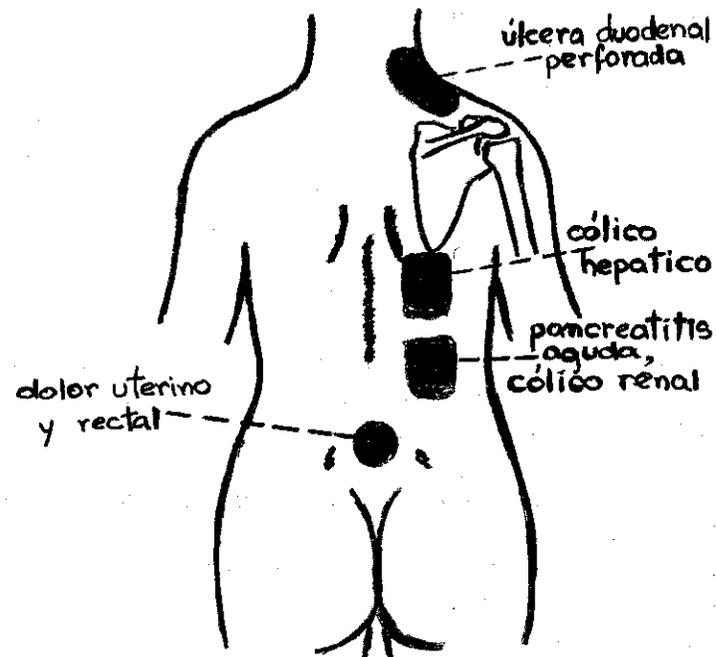
(Fig. 1) Músculos de la pared abdominal que por su defensa, inmovilidad y dolor a la presión son de suma importancia en el diagnóstico de abdomen agudo. En el lado derecho se indican el duodécimo nervio dorsal, los nervios abdominogenital mayor y menor y el femorocutáneo.



(Fig. 2) Partes anatómicas que intervienen en la prueba del músculo obturador: A = psoas ilíaco; B = apéndice ileocecal inflamado con un pequeño absceso; C = músculo abturador interno; D = conducto de Alcock; E = músculo elevador del ano; F = recto.

La aplicación del conocimiento del trayecto anatómico y distribución de los nervios segmentarios es también importante. Cuando un paciente se queja de un dolor lumbar que se irradia hacia el testículo correspondiente, uno recuerda el hecho embriológico que el testículo se desarrolla en la misma región del riñón, aunque el primero viaja en dirección hacia el escroto antes del nacimiento, en caso de enfermedad su simpatía con el órgano abdominal que se desarrolló cerca de él.

Por supuesto, el dolor referido al testículo no siempre denota enfermedad genitourinaria primaria. Es probable que el nervio principal que inerva el apéndice venga del 10 segmento dorsal, de tal manera que el dolor en uno o en ambos testículos puede ser ocasionado por una apendicitis. La distribución dorsal o a la espalda del dolor referido también deberá ser tomado en cuenta. (ver fig. 3).



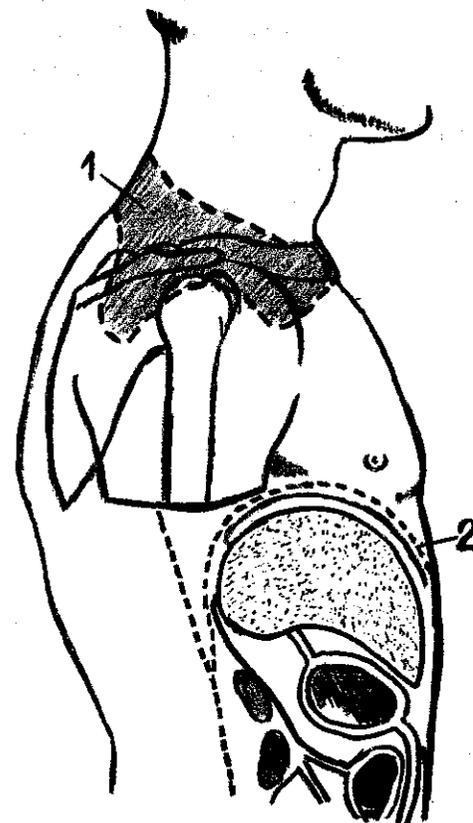
(Fig. 3) Zonas de la superficie posterior del cuerpo a las cuales es referido el dolor en los procesos abdominales agudos.

Otro dolor segmentario de una gran importancia es el que se refiere al diafragma. El diafragma embriológicamente comienza su desarrollo en el cuarto segmento cervical, de donde obtiene la mayor cantidad de sus fibras musculares.

Las fibras nerviosas del diafragma principalmente se originan del cuarto nervio cervical y acompañan a las fibras musculares constituyendo el nervio frénico. El crecimiento de contenido torácico hace que el músculo se desplace hacia abajo en el sentido caudal y finalmente toma su posición en la parte inferior del tórax. El nervio frénico se elonga y se acomoda asimismo al nervio que se ha desplazado. Desde el punto de vista diagnóstico, la separación de la posición original es extremadamente de gran valor porque en los casos de lesiones abdominales superiores o lesiones torácicas inferiores el dolor puede ser referido por el paciente en la distribución del cuarto nervio cervical. Lo mismo se puede decir de las zonas de hiperestesia. El dolor localizado en estas áreas indica que el diafragma se halla irritado por un proceso inflamatorio o por otro tipo de lesión. Hilton fué uno de los primeros en sugerir que el dolor de hombro podría ser referido por vía del nervio frénico, y Ferguson probó experimentalmente hace 60 años que el nervio frénico contenía fibras aferentes y eferentes.

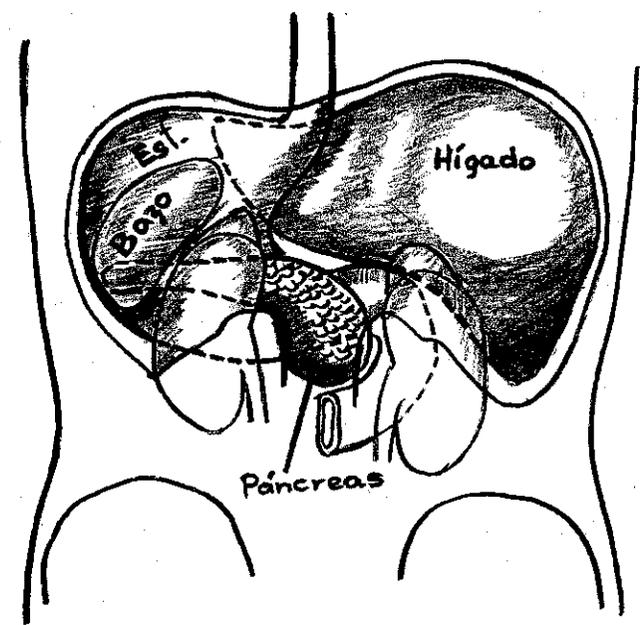
Debe de hacerse notar que hasta el momento todavía no se conoce el significado en la enfermedad y diagnóstico en la enfermedad abdominal del dolor constante e intermitente en la distribución del área del cuarto par cervical. El dolor del vértice del hombro puede ser un signo de un absceso hepático, el cual trata de perforarse hacia el diafragma. Cuando una úlcera gástrica se perfora el líquido que se escapa a través de la misma puede irritar la cara inferior del diafragma, irritando terminaciones del nervio frénico en uno o en ambos lados y causar dolor en uno o en ambos hombros en los casos de abscesos subfrénicos, pleuresia diafragmática, pancreatitis aguda, coledoclitiasis, ruptura de bazo; y en algunos casos de apendicitis con peritonitis.

El dolor se siente mejor en la fosa supra-espinosa o sobre el acromio, o la clavícula o en la fosa supra-clavicular (fig. 4).



(Fig. 4) Dibujo para indicar: 1, la zona del hombro en que la irritación del frénico puede ocasionar dolor; 2, línea del diafragma.

Existe evidencia clínica que apoya la opinión de que existe una correspondencia entre la distribución nerviosa sobre el diafragma y sobre la región acromio clavicular de tal manera que las lesiones afectando cierta parte del diafragma pueden causar dolor sobre la parte correspondiente del hombro del mismo lado del cuerpo. El dolor en el vertice de ambos hombros indica una irritación diafragmática mediana. Al dolor de hombro generalmente no se le toma en cuenta y se le dice al paciente "que tiene reumatismo" (fig. 5). Algunas veces cuando el diafragma se encuentra irritado por una lesión vecian ejemplo, secundario o proveniente de un vaso roto, puede producirse cierto grado de dolor y se espasmo muscular en el área correspondiente del nervio frénico en el cuello de acuerdo con Saegesséf.



(Fig. 5) Vísceras que están en relación con el diafragma. (Vista posterior. Se ha resecado la parte posterior del diafragma).

Los errores en el diagnóstico también pueden resultar de falta de apreciación de algunos otros puntos anatómicos; ejemplo la falta de representación de los segmentos de la pared abdominal muscular que forma la pelvis, de tal manera que la irritación de los nervios pelvicos (ejemplo peritonitis pelvica) no produce ninguna rigidez de la pared abdominal. La peritonitis que principia profunda en la pelvis puede por lo tanto no acompañarse de ningún tipo de rigidez de la pared abdominal a nivel del hipogastrio.

Puede establecerse un principio general que la rigidez de la pared muscular del abdomen como respuesta a una irritación varia en proporción con la extensión de los nervios cerebro-espinales que inerva el peritoneo subyacente. Por lo tanto el peritoneo completo que recubre el abdomen puede ser dividido en áreas designadas "demostrativas" y áreas no "demostrativas". Las primeras causan rigidez muscular refleja y las últimas no lo hacen. La pelvis y la parte central de la pared abdominal posterior pueden ser el sitio de un apéndice agudamente inflamado o de un absceso y no producir ninguna rigidez de los músculos suprayacentes. De aquí la dificultad de diagnosticar un apéndice pelvico o retrocecal inflamado.

Las ilustraciones arriba mencionadas sirven para demostrar la importancia de aplicar el conocimiento de la anatomía en el diagnóstico de enfermedades abdominales. Es innecesario hacer énfasis de la gran importancia que tiene el conocer y estar familiarizado con el tamaño normal, posición y relaciones de las vísceras abdominales y sus relaciones, para elucidar la naturaleza de la enfermedad abdominal.

### **EL CONOCIMIENTO DE LA FISILOGIA:**

La localización de las lesiones inflamatorias es particularmente ayudada por el conocimiento de la anatomía, mientras en las lesiones obstructivas, la aplicación del conocimiento de la fisiología juega un papel más importante. Preguntas con relación con el shock, la naturaleza de los movimientos y sensaciones intestinales solo para mencionar algunas son tests fisiológicos importantes para demostrar las alteraciones funcionales viscerales. Todos ellos intimamente relacionados con el problema del abdomen agudo.

Muy útil también es el estudio del efecto que ejercen ciertas toxinas sobre las vísceras y los reflejos neuromusculares del abdomen.

Una gran cantidad de casos abdominales urgentes se acompañan de dolor debido a condiciones anormales en estructuras tubulares las cuales se hallan constituidas de músculo liso. Existe estructuras no un grado alto de sensibilidad y las vísceras abdominales inflamadas no son necesariamente sensibles a la injuria, de tal manera que se pueden magullar, cortar y desgarrar sin que el sujeto estando conciente experimente algún dolor, y sin embargo cada uno de nosotros sabemos que el dolor se origina en el intestino. Entonces uno se hace la pregunta qué induce tal dolor. El estímulo necesario es estrechar o distender el tubo, o cuando existe una contracción excesiva en contra de una resistencia.

La evidencia del dolor que se origina en un organo tubular constituido como ya dijimos por músculo liso por lo consiguiente nos indica una distensión local, ya sea por gas o fuidos o bien por una contracción vigorosa. En casos ligeros en el intestino este hallazgo se llama comunmente flatulencia; en grados severos se le llama cólico, el cual puede ser intestinal, biliar, renal en trompas de falopio, etc.

El cólico severo siempre indica obstrucción que causa distensión local o contracción peristáltica violenta. Estos ocurren en paroxismos, y el dolor, el cual es a menudo extenso, se refiere a los centros simpáticos de los cuales se originan los nervios. También tiene una distribución segmentaria correspondiente a la medula espinal, de la cual se originan las fibras nerviosas simpáticas de las vísceras afectadas. El cólico del intestino delgado causa dolor referido principalmente en el epigastrio y la región umbilical; mientras el dolor cólico originado en el colon usualmente se refiere al hipogastrio. El dolor de origen biliar se siente más comunmente en la región derecha sub-capsular, mientras el dolor cólico de origen renal se siente en la espalda y algunas veces se irradia hacia el testículo correspondiente.

El cólico severo es ciertamente uno de las triadas más terribles a las cuales un humano puede ser sometido. La estimulación excesiva de los centros nerviosos se refleja dentro de los canales motores de manera que los

pacientes estén contorcionándose o moviéndose en una forma característica según el área afectada. Por consiguiente un paciente que sufre paroxismos de dolor los cuales van acompañados por ataques de agonías de dolor violento, las oportunidades de que tenga una condición de tipo obstructivo son bastantes altos y no debe de pensarse en una peritonitis ya que en la última condición los movimientos generalmente aumentan el dolor.

La fisiología del shock todavía es motivo de controversia y existen una gran cantidad de opiniones con relación a su etio-patogenesis. Cualquiera que sea el punto de vista que se tenga acerca de los cambios metabólicos o nerviosos que ocurren en el mismo y que son responsables de los síntomas, Cope cree que en la enfermedad abdominal aguda pueden reconocerse dos variedades. Es el shock primario o inicial debido a una estimulación brusca repentina de varias terminaciones nerviosas, como por ejemplo en la perforación de una úlcera péptica dentro de la cavidad peritoneal, o bien es debido a estimulación severa de unos pocos, como por ejemplo, el cólico biliar severo.

La segunda variedad de shock la cual debería ser llamada tardía, tóxico o shock secundario, es aquel en el cual los síntomas son similares pero se originan en un estadio más tardío; perfectamente sin lugar a dudas de estimulación de los nervios aferentes, algunas veces por pérdida de líquido de los vasos sanguíneos dentro de los tejidos extra vascular, o a menudo como consecuencia de la absorción de sustancias tóxicas, las cuales afectan directamente los centros nerviosos altos.

El estadio terminal de este shock secundario se llama comunmente colapso. El shock primario y secundario aquí descrito existe un período de latencia o intervalo durante el cual el observador practicamente puede distinguirlos.

En varios casos de una úlcera perforada, la estimulación repentina de las terminaciones nerviosas en el peritoneo en los tejidos busperitoneales pueden causar shock severo. Después de un período de tiempo en el cual el líquido irritativo se diluye debido a la presencia de suero, se reestablece el equilibrio nervioso, el pulso, la respiración, la temperatura, y la apariencia

del paciente mejora, de tal manera que uno pudiera pensar que el proceso patológico se había estacionado o incluso se había mejorado. Pronto sin embargo, los síntomas de peritonitis dominan la escena, y uno se da cuenta que el período de calma no fué mas que una reacción de tipo fisiológica. Este período es la causa de varios errores cometidos en el diagnóstico. Otro hecho fisiológico importante es la hiperestesia y el espasmo debido a la irritación de los nervios por una lesión unilateral, alteraciones que solo se ven en el mismo lado del cuerpo y no en el lado opuesto; por ejemplo una pleuresia situada en el lado derecho, algunas veces va a producir espasmo y rigidez en el lado derecho, pero no en el lado izquierdo de la región. Si al hundir bien los dedos que examinan en la fosa iliaca izquierda y se empuja profundamente hacia el lado derecho a través de la línea media, se produce dolor esto indicara la presencia de una lesión profunda inflamatoria situada en la fosa iliaca derecha.

#### **EXCLUSION DE ENFERMEDADES MEDICAS:**

Cuando se diagnostica la enfermedad abdominal aguda deberá ser siempre necesario e indispensable excluir las enfermedades médicas, antes de concluir que la condición es una que necesita intervención quirúrgica. Varios aspectos de las enfermedades que pueden simular el abdomen agudo pueden aprenderse, ya sea en los servicios de medicina de un gran hospital o cuando se tiene una práctica médica general extensa.

La fiebre tifoidea, las alteraciones cardíacas, la nefritis crónica intersticial, la arterioesclerosis, la cirrosis hepática, la peritonitis tuberculosa, todas estas y muchas más son enfermedades médicas, las cuales pronto o tardiamente pueden ocasionar alguna dificultad en establecer el diagnóstico de enfermedad abdominal. Todo aquel que se halle preparado para examinar y diagnosticar correctamente el abdomen agudo debe de conocer aunque no sea en una forma experta el uso del oftalmoscopio, el esfigomanometro, el leucocitómetro, y el estetoscopio, y algunos métodos diagnosticos más.

La laparotomía abdominal no se debe de hacer o recomendar con ligereza o inconcientemente. El que un individuo sea un cirujano diestro no le permite que realice un análisis u oficio imperfecto de una condición

abdominal. El abdomen solo debe de abrirse después que se tiene un juicio correcto de la enfermedad que pueda existir dentro del mismo a través de llevar a cabo una historia clínica y un examen físico lo más completo posible. Es inconcebible que uno diga después que ha hecho una laparotomía exploradora y que no sabía que el paciente tenía una albuminuria severa o que el paciente presentaba tabes dorsal, o que no se examinaron los pulmones.

Sin embargo si después de un examen cuidadoso uno llega a la conclusión de que existe algo dentro del abdomen y que se encuentra uno frente a un proceso patológico temprano el cual tiende o tendera a empeorarse y el cual debe de ser tratado quirúrgicamente, no deberá existir duda en recomendar la misma aunque el paciente ni sus parientes no piensen en la enfermedad en forma seria. El diagnóstico correcto es la base de un consejo firme.

## **METODOS DIAGNOSTICOS:**

### **1.— La Historia o interrogatorio:**

En el diagnóstico de la enfermedad abdominal aguda es indispensable llevar a cabo un método de rutina en el examen, el cual desde luego se deberá modificar con respecto a las circunstancias. Algunas partes del procedimiento del examen y de la historia clínica pueden obviarse conforme aumenta la experiencia del médico, como por ejemplo en una mujer que se halle en colapso y palida con hemorragia intra-abdominal, ésta no puede ser sometida a un examen detallado el cual ponga en peligro su vida o bien que el examen se traduzca en aumentar una hemorragia. Debe de hacerse énfasis que cuando la emergencia lo permite el examen de rutina debe de ser practicado.

### **Historia de la condición actual de la paciente:**

Puede decirse en forma confidente que un gran número de casos de abdomen agudo pueden ser diagnosticados considerando cuidadosamente la historia del principio de los síntomas. Sin embargo solamente es posible

cuando cada síntoma se investiga cuidadosamente o se relaciona con los otros síntomas de manera que su significado pueda ser entendido adecuadamente. Por consiguiente nosotros vamos a considerar cada item separadamente de este esquema.

**Edad:** Conocer la edad de un paciente es de ayuda, ya que la incidencia de ciertas condiciones se halla limitada dentro de un grupo particular de años de vida.

La invaginación intestinal aguda en climas fríos ocurre generalmente en infantes por debajo de los 2 años de edad; la apendicitis aguda raramente ocurre en la infancia, pero es más común observarla en los adolescentes jóvenes. La obstrucción del colon por una estrechas neoplasica raramente se ve antes de los 30 años, es infrecuente antes de los 40 años pero es la causa de obstrucción intestinal común en las personas mayores de 40 años. La pancreatitis aguda raramente se ve en aquellos pacientes en edad media. Una úlcera peptica gástrica perforada es una rareza en individuos por debajo de los 15 años de edad. Condiciones tales como colecistitis o bien como torsión del pedículo de un quiste ovárico pueden ocurrir en la infancia, aunque son más comunes en la vida adulta. Todas las condiciones agudas las cuales son debidas a alteraciones del huevo en desarrollo o de las estructuras que lo rodean son naturalmente encontradas en mujeres que se hallan en los límites de la edad reproductiva.

### **Tiempo exacto y modo de comienzo de la enfermedad:**

Frecuentemente es posible para el paciente fijar el tiempo exacto en el cual comenzó el dolor. El dolor agudo abdominal que despierta al paciente mientras se halla dormido nunca lo olvida. La apendicitis aguda muy comunmente y una perforación de una úlcera gástrica no muy frecuente, principian de esta manera. Muchas condiciones agudas parecen ser precipitadas por algún ejercicio ligero o por disturbios internos causados por un trabajo enérgico. Varios casos de apendicitis incipiente se hacen más severos después de la administración de un catártico, o su equivalente. El aumento temporal de la tensión intra abdominal producida por cualquier esfuerzo ligero de tensión puede dar lugar a la perforación del piso delgado

de una úlcera péptica, o la ruptura de una trompa de Falopio con un embarazo ectópico.

Tal vez es más importante determinar si la condición empezó inmediatamente después de una injuria, aparentemente injurias abdominales ligeras no tienen mayor importancia pero después pueden dar origen a lesiones serias. Con frecuencia el vaso se desgarró a raíz de traumatismos de la parte inferior e izquierda del tórax o del hipocondrio izquierdo.

#### **Carácter Agudo del Comienzo:**

El carácter agudo de una lesión nos da alguna indicación de la severidad de la misma. Hay que preguntar si el paciente tuvo colapso o desvanecimiento en el momento en que aparecieron los síntomas. La perforación de una úlcera gástrica o duodenal o de una pancreatitis aguda son las únicas dos condiciones abdominales que pueden hacer o producir que un hombre desfallezca, o bien entre en colapso. En la mujer la ruptura de un embarazo ectópico causa desfallecimiento.

Muchos casos de obstrucción intestinal comienzan gradualmente culminando en una crisis aguda. La estrangulación del intestino sin embargo, se acompaña de síntomas agudos desde el principio. Los síntomas debidos a torsión del pedículo de un quiste del ovario son usualmente agudos desde su inicio.

El conocer el tiempo exacto de cuando principiaron los síntomas es útil para estimar los cambios patológicos probables que se han llevado a cabo; por ejemplo, no es raro para un apéndice perforarse dentro de las 24 horas después que han aparecido los síntomas, a menos que estos definitivamente indiquen la existencia de una peritonitis difusa, uno puede decirle a la familia que el paciente va a tener un mejor pronóstico al realizarle una operación si se lleva a cabo dentro de este período de tiempo. Es solamente determinando el momento preciso del inicio de los síntomas que uno puede decir si el estado aparentemente de mejoría que experimenta el paciente corresponde al estado de reacción el cual se ve en algunas condiciones, notablemente en pacientes con úlceras gástricas o duodenal

perforadas.

#### **Dolor: Principio, Distribución y Carácter:**

Es de suma importancia establecer cuidadosamente el principio, distribución y carácter del dolor.

#### **Situación del Dolor en el Principio del Mismo:**

Cuando la cavidad peritoneal se inunda por así decirlo, repentinamente ya sea por sangre (por un embarazo tubárico roto), o pus (ejemplo de un piosalpinx perforado), o fluido de una úlcera gástrica perforada, el dolor frecuentemente se dice que se siente "en todo el abdomen" desde un principio. Pero la máxima intensidad del dolor en el comienzo usualmente se halla situado en la parte superior del abdomen en el caso de la úlcera gástrica y la parte inferior del abdomen en el caso de lesiones secundarias en las trompas de Falopio. En la úlcera duodenal perforada el dolor puede ser primero más agudo en el hipocondrio derecho y en la región lumbar derecha y región ilíaca, debido a irritación producida por el líquido que pasa, corre hacia abajo principalmente en el lado derecho del abdomen. El dolor que se origina en el intestino delgado ya sea debido a un cólico simple, obstrucción orgánica, o estrangulación, siempre se siente primero y principalmente en el epigastrio y hernias umbilicales del abdomen, ejemplo en las zonas de distribución de los nervios torácicos del noveno al onceavo, los cuales inervan al intestino delgado y al mesenterio en común. Los nervios del apéndice se derivan de la misma fuente que aquellos que alimentan al intestino delgado, no es de extrañar que el dolor del intestino y que el dolor de una apendicitis usualmente se sienta en el epigastrio. Cuando el intestino delgado se encuentra adherido a la pared abdominal, el dolor causado por su movimiento peristáltico se refiere a aquella parte de la pared abdominal hacia la cual el intestino se halla adherido. El dolor a las afecciones que afectan el colon se siente más comunmente primero en el hipogastrio, en el caso del colon ascendente, el ciego y colon descendente y cuando el mesocolon es muy corto a nivel del sitio donde se encuentra la lesión.

### **Cambio de lugar o Localización del Dolor:**

Este es a menudo significativo. Después de un trauma en la parte superior del abdomen, se siente el dolor a nivel del sitio de la injuria como la primera queja, pero unas pocas horas más tarde el mismo se refiere al hipogastrio, uno debe de sospechar la existencia de ruptura del intestino y consecuentemente precipitación del fluido escapado hacia la pelvis. De un modo semejante si la localización del dolor se hace en la fosa ilíaca derecha algunas horas después de un dolor epigástrico agudo, usualmente se debe a una apendicitis aunque ocasionalmente la misma secuencia de eventos puede verse con una úlcera duodenal o pilórica perforada en el caso de una pancreatitis aguda. Cuando el dolor severo se siente primero en el tórax, pero más tarde se siente en la cavidad abdominal, uno debe de considerar la posibilidad de la existencia de un aneurisma disecante.

### **El Carácter del Dolor:**

Este es ocasionalmente de ayuda para determinar la naturaleza o la seriedad de la condición clínica. El dolor general en quemadura es una úlcera gástrica perforada, la agonía de un ataque de pancreatitis aguda, el dolor constrictivo puntiforme que dificulta la respiración en un ataque de cólico biliar, el dolor de un aneurisma disecante y el dolor tipo retortijón en varios casos de obstrucción intestinal, contrastan con el dolor en quemadura de varios casos de apendicitis con absceso o el dolor constante fijo de una pionefrosis.

### **Irradiación del Dolor:**

La irradiación del dolor es frecuentemente diagnóstica. Esto es especialmente cierto de los cólicos, en los cuales el dolor se irradia al área de distribución de los nervios que vienen de un segmento de la médula espinal que inervan la parte afectada. Así en el cólico biliar el dolor frecuentemente se refiere a la región situada por debajo del ángulo inferior de la escápula derecha (octavo segmento dorsal), mientras que el cólico renal frecuentemente se siente en el testículo del mismo lado.

En varias condiciones el dolor del abdomen superior y del tórax inferior se refieren hacia el vértice del hombro en el mismo lado de la lesión, y especialmente deberá averiguarse siempre la persistencia del dolor sobre la fosa supraespinosa, el acromio o la clavícula.

También es importante determinar si el dolor se halla influenciado por la respiración. El dolor pleurítico es usualmente peor cuando se hace una inspiración profunda y disminuye o incluso desaparece durante la pausa respiratoria. El cólico biliar puede causar inhibición de los movimientos del diafragma y el dolor puede aumentarse por la respiración forzada. En varios casos de peritonitis, absceso intraperitoneal o distensión abdominal debidos a obstrucción intestinal, el dolor puede producirse con la inspiración.

### **Variedades Especiales de Dolor:**

Es necesario preguntar al paciente si no tiene ningún tipo de dolor durante la micción, debido a que la presencia o ausencia del mismo frecuentemente tiene gran significado. Además el dolor causado por una condición urinaria primaria por ejemplo pielitis, cálculo en el riñón o en el ureter, hidronefrosis aguda, el dolor durante la micción no raramente es causado por un absceso pelvico, el cual se encuentra cercano a la vejiga urinaria o bien a un apéndice inflamado que irrita el ureter derecho. El dolor en el testículo correspondiente puede acompañar al cólico renal, pero el dolor testicular también puede ocurrir como una apendicitis aguda, o torsión del testículo propiamente dicho o una hidátide de Morgagni.

### **Vómito:**

En las lesiones abdominales agudas, aparte de las gastritis aguda, el vómito es casi siempre debido a una o más de las tres siguientes causas:

1. Irritación severa de los nervios del peritoneo o del mesenterio, ejemplo: vómitos secundarios o perforaciones de una úlcera gástrica o un apéndice gangrenoso, o torsión del pedículo de un quiste ovárico.

2. Obstrucción de un tubo constituido por tejido muscular involuntario (músculo liso), ya sea éste el conducto biliar, el ureter, el canal uterino, o los intestinos, etc.

3. A la acción de toxinas absorbidas sobre los centros medulares.

1. Se necesita poca imaginación para figurarse la intensidad de la estimulación producida en las terminaciones nerviosas en el peritoneo por el jugo gástrico ácido, el cual se halla flotando libremente dentro de la cavidad abdominal; ni tampoco es de sorprenderse que el paciente vomitara prontamente después del comienzo de tal irritación. Pero como ya se dijo la secreción de líquido en forma rápida y copiosa dentro del peritoneo hace que el contenido del ácido gástrico se diluya y por consiguiente disminuye la irritación, de tal suerte que el vómito raramente es persistente después de la perforación de una úlcera péptica.

En una pancreatitis aguda el plexo celíaco se halla íntimamente asociado con el órgano inflamado de tal suerte que el estímulo reflejo es muy grande y por lo tanto el vómito es muy severo. Este es frecuentemente persistente debido a que no existe mitigación del estímulo severo, aparte de la intervención quirúrgica o necrosis del órgano.

La estrangulación de un asa del intestino y la torsión del pedículo de un quiste ovárico son ejemplo de catástrofes repentinas en las cuales la estimulación severa de las fibras nerviosas causan vómitos, los cuales ocurren tempranamente y pueden ser persistentes.

2. La estimulación de los músculos involuntarios causa dolor y si esta elongación es extrema, puede ocurrir vómito. La obstrucción de cualquiera de las estructuras anatómicas musculares producen contracción peristáltica y consecuentemente elongación de la pared muscular y por lo tanto el vómito es común con tales obstrucciones. Esto se ve perfectamente en todos los tipos de cólicos: biliar, renal, intestinal y uterino. Las paredes tubulares musculares en la parte proximal de la obstrucción se dilatan ligeramente y por lo tanto cada onda peristáltica pasa a lo largo, la tensión y elongación de las fibras musculares temporalmente aumenta de manera que el dolor

cólico usualmente se transforma en un espasmo. El vómito usualmente ocurre en el climas del dolor.

En la obstrucción intestinal hay otro factor adicional como es el hecho de que el contenido del intestino es bloqueado mecánicamente a progresar hacia delante y por lo tanto puede establecerse una corriente contraria como resultado de la antiperistalsis. El contenido del intestino, algunas veces a nivel de la obstrucción puede ser vomitado.

3. El hecho que la estimulación de un centro nervioso particularmente en el bulbo raquídeo por ciertas drogas, como por ejemplo la apomorfina puede causar vómitos. Es posible que los vómitos de la obstrucción intestinal se deban parcialmente al efecto de las toxinas absorbidas del contenido intestinal actuando sobre los centros bulbares.

#### **La Relación del Dolor con el Vómito:**

Es importante siempre preguntar el tiempo exacto en que comenzó el vómito en relación con el principio del dolor. Estos casos donde existe una estimulación repentina y severa del peritoneo o del mesenterio, el vómito se establece tempranamente apareciendo inmediatamente al mismo tiempo o inmediatamente después del dolor. En la obstrucción aguda del ureter por un cálculo o de los conductos biliares también por un cálculo, el vómito se establece tempranamente, es repentino y en forma violenta. En la obstrucción intestinal la duración del intervalo antes que se establezca el vómito nos da una idea acerca de la altura o nive en el intestino que se halla situada la obstrucción. Si el duodeno ha sido obstruido por un cálculo biliar, el vómito aparece casi tan pronto como lo hace el dolor, permanece por un tiempo hasta que pasa el cálculo al yeyuno, son frecuentes y violentos, Si el ileon terminal se halla estenosado (aparte de una estrangulación), la cual produce vómito temprano, el vómito no puede ocurrir sino después de 4 horas o más de acuerdo con el grado de taponamiento. En las obstrucciones del colon, el vómito es usualmente de aparecimiento tardío y algunas veces no puede ocurrir aunque a menudo se halla presente nausea en un estadio temprano.

El dolor en la apendicitis casi siempre precede al vómito, usualmente por 3 ó 4 horas, y algunas veces por 12 ó 24 horas o aún más. Por lo tanto el vómito raramente ocurre simultáneamente con el principio de dolor y muy raramente el dolor aparece después del vómito.

#### **La Frecuencia de los Vómitos:**

La frecuencia de los vómitos usualmente varía directamente con lo agudo de la condición clínica. Los vómitos frecuentes en el principio de un ataque de apendicitis aguda usualmente indican que el apéndice se encuentra distendido en el extremo distal al sitio de la estrechez o fecalito que lo obstruye. Los vómitos son signo que preconizan el peligro de una perforación inmediata. El vómito frecuente, de aparecimiento tardío en el curso de una apendicitis usualmente indica extensión de la peritonitis. Hay sin embargo, varias condiciones abdominales serias en las cuales el vómito es infrecuente, ligero o bien está ausente. En la hemorragia interna debida a ruptura de un embarazo ectópico, éste a menudo se acompaña de poco o de ningún tipo de vómito. Después del shock inicial secundario a perforación de una úlcera gástrica o duodenal hay a menudo un período latente antes que se establezcan los síntomas de peritonitis y durante este período puede que no ocurra el vómito, e incluso el paciente no se queja de que tiene náusea.

En la obstrucción del colon el vómito es un signo tardío o infrecuente. Puede aparecer en casos de invaginación, en donde la ausencia de vómito puede indicarnos lo peligroso y lo severo de la condición clínica. Cuando el vómito ocurre en obstrucciones francas claramente definidas, éste generalmente se debe a una válvula ileocecal inadecuada, la cual permite el paso de la presión hacia atrás hacia el ileon bajo.

En las obstrucciones altas del intestino delgado el vómito es frecuente y en cantidad copiosa.

#### **El Carácter del Vómito:**

Esto necesita también ser investigado. En la gastritis aguda, sobre

todo en los casos severos pueden haber síntomas abdominales alarmantes, y en ésta los vómitos consisten del contenido del estómago posiblemente mezclados con poca bilis. En los cólicos hepáticos, el vómito es comúnmente bilioso. En casos de shock simpáticos severo, tal como ocurre en la torsión aguda de una víscera, es frecuente que el paciente tenga mucha náusea, pero el vómito es escaso. Un infante con atresia duodenal vomitará líquido bilioso, pero el vómito en el caso de una estenosis hipertrófica del píloro no contendrá ninguna bilis.

En la obstrucción intestinal el carácter del material vomitado varía; primero el contenido gástrico, luego material biliar, posteriormente material verde-amarillento, amarillo y finalmente café o fecaloideo. Cuando tienen olor fecaloideo es patonómico de obstrucción del intestino ya sea mecánica o paralítica.

#### **Nausea y Pérdida del Apetito:**

Estos se pueden observar en varias personas que no vomitan. En algunos pacientes parece que la necesidad de vomitar es mayor que en otras. Aún en la misma persona existen diferentes grados de estímulos que pueden producir anorexia, náusea o vómito. Por consiguiente siempre es importante inquirir acerca de la presencia de los 2 primeros, así como el último. La pérdida aguda del apetito siempre es significativa. En un niño especialmente cuando es de establecimiento agudo y acompañado de dolor abdominal siempre lo debe hacer pensar a uno en un examen cuidadoso para descartar apendicitis. Al interrogar al niño o a sus padres es bueno encontrar a qué horas fue la última comida que el niño rehusó tomar, al mismo tiempo que se investiga cuándo el niño ya no se sintió con ganas de comer.

#### **Deposiciones:**

Es importante investigar la función del intestino, pero es equivocado dar mucha importancia al simple hecho de que existe estreñimiento o constipación, al menos que ésta se acompañe de otros síntomas. De suma importancia es cualquier cambio significativo de lo normal con relación con los movimientos intestinales. En una persona que está acostumbrada a tener

un movimiento intestinal cada día (defecar), la ocurrencia de constipación por varios días puede ser de importancia considerable, especialmente si se acompañan de dolor abdominal o flatulencia.

El pasaje de varias deposiciones o bien diarrea es común en el comienzo de varios pacientes con apendicitis sobre todo en niños. Cuando existe dolor en el hipogastrio y diarrea seguido por constipación debe de sospecharse la existencia de un absceso pélvico. El tenesmo también se produce algunas veces en casos de abscesos pélvicos. La presencia de sangre obvia en las heces necesita ser investigada cuidadosamente. El significado de sangre y moco en el recto en el diagnóstico de intususcepción es bien conocido.

#### **Historia Menstrual:**

Desde el momento en que el embarazo y las alteraciones asociadas con el mismo, juegan un gran papel en el estado de salud o de enfermedad de la mujer, es esencial conocer la historia menstrual de la misma. No es suficiente preguntar si los períodos regulares, el dato exacto del último período menstrual deberá de ser determinado y si existe alguna irregularidad, la misma también deberá ser anotada.

Deberá de investigarse el período menstrual que precedió al período normal menstrual o si hubiere irregularidad, hacer constar si se adelantó o retrasó algunos días o si la pérdida de sangre duró mucho o fue más abundante que otras veces o al revés. Muchas pacientes con embarazo tubárico toman por la regla o menstruación normal la hemorragia que se produce en el momento de amenaza de aborto extra uterino o de su rotura, si da la casualidad de que coincide con la fecha del período menstrual. A pesar de todo, en estos casos, interrogado minuciosamente, es posible averiguar casi siempre que la hemorragia es anormal en algún aspecto.

El dolor que acompaña un período menstrual de una mujer que usualmente no se halla sujeta a sufrir dismenorrea deberá ponerlo a uno a pensar en la posibilidad de un embarazo frustrado, embarazo ectópico o en alguna condición no asociada con el embarazo.

#### **Historia Pasada:**

Es útil conocer la historia pasada del paciente, ejemplo tifoidea, peritonitis, apendicitis, neumonía, o cualquier otra posibilidad que tenga alguna relación con la enfermedad actual.

En el momento en que todos si no la mayoría de los síntomas abdominales en forma indiscriminada se califican como una "indigestión", se deberá investigar al paciente acerca de la posibilidad de la ocurrencia de cualquiera. El dolor que se encuentre relacionado con la ingesta de alimentos; el dolor que se presenta una o dos horas después de la ingesta de alimentos sugiere el diagnóstico de una úlcera duodenal. El dolor epigástrico constante que se complica al ingerir alimentos, hace sospechar de la existencia de un carcinoma o de una úlcera péptica crónica del estómago. El dolor epigástrico o el dolor en el hipocondrio derecho y regularmente relacionado con las comidas se halla comúnmente presente ante la presencia de colelitiasis.

Los ataques previos de ictericia, melena, hematemesis y hematuria deberán investigarse, así como también la existencia de pérdida de peso.

La resistencia de pacientes en climas tropicales es útil conocerla, sobre todo si existe historia de disentería previa. Si se trata de una mujer, se tomará nota de los embarazos o partos previos.

#### **METODOS DE DIAGNOSTICO:**

##### **El Examen del Paciente:**

La Apariencia General: La expresión del rostro del paciente es en ocasiones de gran valor y nos dará una evidencia de la naturaleza seria del dolor que lo aqueja. La cara pálida o lívida con sudoración en un paciente que tiene dolor puede indicarnos la existencia de un shock que se inicia acompañando a una úlcera gástrica perforada, pancreatitis aguda, o estrangulación del intestino; mientras que el color pálido con una respiración superficial en una mujer con hemorragia interna puede indicarnos la

existencia de un embarazo ectópico. Pero hay que considerar que al tomar en cuenta las apariencias a menudo es decepcionante y en conexión con la enfermedad aguda es importante llevar en mente la reacción al shock inicial, el cual comúnmente ocurre o permanece latente aún en los casos de condiciones internas serias. La mayoría de los cirujanos de experiencia han visto pacientes que sufren de una úlcera gástrica perforada quienes no tienen ninguna alteración de su estado físico o de su expresión facial, a pesar de lo serio de la condición intra abdominal de la cual ellos están sufriendo. La llamada facies abdominal frecuentemente está ausente en los casos de abdomen agudo. En la mayoría de los casos es de apendicitis aguda temprana la apariencia del paciente no ayuda, pero en los estadios tardíos de todas las enfermedades abdominales agudas, la expresión del rostro le dice al observador mucho de lo que debiera saber, pero que desafortunadamente no aprende. La capacidad de los ojos y la expresión de un paciente que sufre toxemia severa, o los carrillos y los ojos hundidos de pacientes que han estado vomitando repetidamente como consecuencia de una obstrucción interna o peritonitis avanzada, pueden ser reconocidos por un médico con experiencia.

El dorso de la mano del observador colocado en la nariz y el carrillo del paciente a menudo determinará si existe shock o colapso eminente, ya que una nariz y carrillos fríos debidos a una circulación capilar insuficiente son usualmente indicadores de una u otra condición clínica.

En las alas nasales deberán observarse los movimientos, poniendo atención a el tórax, ya que una temperatura alta con alas nasales que se mueven generalmente indican neumonía. Deberá recordarse sin embargo que cualquier condición abdominal que en cualquier forma imposibilita el movimiento del diafragma puede estar acompañado por movimientos de las alas nasales.

#### **La Actitud del Paciente en la Cama:**

La actitud del paciente en la cama debe de anotarse, por ejemplo el aspecto de aquellos que están cansados, que están sufriendo de dolor cólico severo o de hemorragia intra peritoneal contrasta con la inmovilidad y

disgusto a los movimientos puestos en evidencia por la mayoría de pacientes que sufren de peritonitis. Pregunte a un paciente que sufre de una úlcera gástrica perforada que se vuelve sobre sí mismo y uno ve que existe dificultad y dolor cuando se lleva a cabo el movimiento. Con la peritonitis extensa, las rodillas están frecuentemente encogidas para relajar la tensión abdominal, mientras que cualquier condición inflamatoria en contacto con el músculo psoas causa flexión de los músculos correspondientes. En los estadios tempranos de cualquier estado patológico del abdomen sin embargo, no se obtiene gran ayuda al observar la actitud del paciente.

#### **El Pulso:**

El pulso es un amigo demasiado optimista para dejarse guiar por él en el diagnóstico o en el pronóstico durante las primeras fases de las enfermedades que nos ocupan.

Una excepción deberá ser hecha del pulso rápido, débil, del estado de shock inicial de las varias de las catástrofes abdominales, pero uno puede probar de que realmente no debe descansar toda su responsabilidad en el pulso, como guía general, ya que cada cirujano de experiencia conoce por ejemplo que el pulso puede ser regular en fuerza y en frecuencia normal, aunque el apéndice se halle inflamado o el intestino se halle roto, o bien que exista obstrucción de una asa intestinal o aún con páncreas inflamado que causa dolor abdominal. Un pulso normal no necesariamente indica una condición normal del abdomen.

Por otro lado, un aumento en la frecuencia del pulso acompaña constantemente a los estadios más avanzados de peritonitis y hemorragia, y después de una injuria abdominal la observación cuidadosa del pulso hora por hora, es de gran valor en estimar la naturaleza o seriedad del problema intraabdominal. En la peritonitis avanzada, también hay frecuentemente una irregularidad ligera en la fuerza y ocasionalmente intermitencia del pulso, la cual puede ser significativa.

El pulso de la peritonitis tardía, es ligero, duro, rápido, de manera que es imperceptible e incontable, usualmente es un evento terminal, y

siempre es un signo de mal pronóstico.

Para diagnosticar una enfermedad abdominal aguda en su estadio temprano, deberá ser realizado por el médico que vea al paciente desde el principio, que varios si no la mayoría de los pacientes con lesiones abdominales serias tienen un pulso normal por un tiempo considerable durante el estadio temprano de la enfermedad.

### **La Frecuencia Respiratoria:**

Esta es principalmente de importancia en diferenciar entre una condición abdominal de una torácica. Si la frecuencia respiratoria se halla aumentada hacia el doble de lo normal puede decirse que la enfermedad, o la lesión causante de la misma es probablemente de origen torácico. En la peritonitis generalizada sin embargo, o en caso de obstrucción intestinal con gran distensión, o en la hemorragia intraabdominal severa, la respiración puede ser mucho más rápida que lo normal, y en algunas personas nerviosas produce respiración superficial y rápida. El cociente pulso respiración es de gran valor en el diagnóstico.

### **Temperatura:**

La temperatura subnormal, normal, o elevada, puede acompañar a la enfermedad abdominal aguda. Las tres variedades arriba mencionadas pueden observarse en el mismo paciente a diferentes intervalos. En el shock abdominal severo de cualquier tipo o en la toxemia severa, el termómetro frecuentemente registra temperaturas bajas de 95 a 96° F. Este tipo de temperatura por ejemplo a menudo se encuentra al comienzo de un ataque causado por pancreatitis aguda, estrangulación intestinal, úlcera gástrica perforada, o hemorragia intraperitoneal severa.

En el comienzo de un ataque de apendicitis aguda la temperatura es usualmente normal, pero en pocas horas generalmente se eleva hasta cerca de 100 a 101° F, cuando ocurre la perforación la temperatura usualmente se eleva un poco más, pero algunas veces la absorción repentina de toxinas depresoras pueden hacer que la temperatura baje a lo normal o incluso a

valores subnormales.

Una temperatura normal a menudo se ve en el estadio de reacción de una úlcera gástrica perforada.

El período de reacción de un embarazo ectópico roto usualmente se acompaña de fiebre irregular, pero no con fiebre alta.

En la obstrucción intestinal la temperatura como una regla es normal o subnormal. Si cualquier paciente con dolor abdominal se encuentra que tiene una temperatura de 104 ó 105° F, al comienzo de la enfermedad, el tórax o el riñón son probablemente los sitios de la enfermedad. La fiebre alta es rara durante los estadios tempranos de la enfermedad abdominal aguda.

### **La Lengua:**

La lengua puede encontrarse de aspecto saburral en las condiciones abdominales agudas. En la apendicitis aguda y en la obstrucción intestinal aguda hay usualmente un manto blanquecino sobre la lengua y la respiración frecuentemente tiene mal olor. Sin embargo, cualquier paciente con un apéndice inflamado puede presentar una lengua limpia.

La apariencia de la lengua es de valor en caso de la uremia, la cual puede simular una obstrucción intestinal. En la insuficiencia renal la lengua puede estar seca, cubierta por un material de color café, mientras que hay una tendencia para que se acumulen o colecten sarro en los dientes.

### **Examen Abdominal:**

Antes de llevar a cabo el examen del abdomen es bueno preguntar al paciente el lugar donde principió el dolor y si ha habido una alteración en su localización. El punto exacto del dolor máximo deberá también ser puntualizado en el momento del examen.

La inspección del abdomen revelará cualquier anormalidad local o

distensión abdominal y en algunos casos determinará la presencia de algún tumor o distensión abdominal. Todos los orificios donde puedan ocurrir las hernias deberán ser inspeccionados de rutina, y se deberá poner especial atención hacia el canal femoral en donde en un individuo obeso, una hernia pequeña es fácil de que pase desapercibida.

#### **Movimientos de la Respiración:**

Los movimientos respiratorios de la pared abdominal deberán examinarse cuidadosamente, ya que cualquier limitación indica alguna rigidez del diafragma o de los músculos abdominales o posiblemente distensión exagerada. En el caso de una úlcera perforada, la cual se ha roto dentro de la cavidad peritoneal, la pared abdominal casi no se mueve en ninguna parte durante la respiración, mientras en la apendicitis, la zona hipogástrica especialmente en el área ilíaca derecha frecuentemente se verá inmóvil. En la pancreatitis aguda la zona epigástrica puede ser la inmóvil y algunas veces también la parte inferior de la pared abdominal. En el cólico biliar hay algunas veces inhibición de los movimientos del diafragma, de tal suerte que los movimientos respiratorios del área epigástrica o de la pared abdominal están disminuidos.

En la palpación del abdomen es necesario recordar al lector de que las manos tienen que estar calientes, que el examen deberá comenzarse en la parte del abdomen lejos del área donde se encuentra la zona de mayor dolor y que deberá ejercerse una presión gentil con el punta de los dedos que examinan. La palpación determina la extensión y la intensidad de la defensa muscular o rigidez, localiza las áreas dolorosas y determina la presencia de cualquier tumoración. Es bueno tener al paciente con las piernas flexionadas mientras se palpa el abdomen.

La percusión del abdomen debe realizarse siempre con gran suavidad. Con ella es posible determinar el grado de distensión intestinal, delimitar las áreas de matidez y la extensión aproximada del estómago, descubrir la matidez hepática anormal, y en ocasiones excluir la presencia de un globo vesical.

#### **Dolor de "Rebote":**

Si se presiona con los dedos, suave, pero profundamente sobre el foco inflamatorio y acto seguido se descomprime en forma brusca, el paciente puede experimentar algunas veces el denominado dolor de "rebote". No recomendamos realizar esta prueba pues no agrega nada nuevo a lo obtenido con una presión efectuada de manera cuidadosa, y por otra parte, puede causar un dolor innecesario.

#### **La Rigidez:**

La rigidez muscular es un término relativo. La contracción de los músculos puede ser firme, continua como una tabla, como en varios casos de peritonitis generalizada debido a una úlcera perforada, o bien las fibras musculares pueden no contraerse y por lo tanto no puede detectarse con los dedos la existencia o la extensión de la enfermedad, aunque estos se apliquen gentilmente en la pared muscular. Debemos de recordar también que existe un factor mental en la producción de rigidez en la pared abdominal. En algunos niños muy sensitivos y en algunos adolescentes y adultos aprehensivos, la pared abdominal se mantiene rígida, aunque haya una causa ligera para producirla.

En las lesiones inflamatorias pélvicas la rigidez a menudo se haya ausente. En la obstrucción intestinal los músculos usualmente no están rígidos. En la rigidez debido a una enfermedad torácica si la contracción muscular se relaja produciendo una presión continua sobre el abdomen hasta vencer la contracción muscular, el dolor no aumenta, pero si existe un área inflamada subyacente en el abdomen, el dolor aumenta conforme la mano que presiona ha sobrepasado la resistencia muscular.

Algunos pacientes aprehensivos tienen dificultad en relajar los músculos abdominales, pero prefieren hacer uso de la respiración costal aún cuando no hay suficiente causa para que tengan rigidez abdominal. Nicholson ha sugerido una simple forma de hacer que estos tipos de pacientes empleen sus músculos abdominales. Se coloca una almohada debajo de las rodillas del paciente y si es necesario se colocan almohadas debajo del tórax. Cuando el

médico palpa el abdomen con la mano derecha presiona con su mano izquierda el esternón del paciente, produciendo una presión intensa, induciéndolo a que use el diafragma y los músculos abdominales y a menos que se encuentre seriamente lesionado previenen que esto se lleve a cabo.

Es extremadamente importante recordar que la rigidez muscular y la resistencia pueden ser ligeras aún en la presencia de la peritonitis grave, en las circunstancias siguientes:

Primero: Cuando la pared abdominal es muy gruesa debido a obesidad y los músculos delgados y débiles.

Segundo: Cuando el paciente está sufriendo de toxemia severa y los reflejos son escasos y disminuidos como resultado de la absorción de toxinas. Es interesante hacer notar que los músculos rectos están usualmente definitivamente rígidos en comparación a los músculos de las paredes laterales del abdomen.

### **HIPERESTESIA:**

Esta puede investigarse por medio de un alfiler. Para emplearla en forma de rutina, la punta del alfiler puede colocarse gentilmente sobre el cuerpo del paciente. Debe de tenerse cuidado de tener el alfiler con la mano en un ángulo agudo a la piel de manera que no produzca lesión de ésta.

La pared abdominal es entonces investigada colocando la punta del alfiler sobre la misma y corriéndolo de abajo hacia arriba en varias líneas verticales, primero en el lado derecho y luego en el lado izquierdo. Al paciente se le dice que cada vez que se le haga esta maniobra señale el área donde siente el alfiler y éste le produce mayor tipo de molestia. Es útil decir que se debe de llevar a cabo esta investigación en la región lumbar y en el flanco en la misma forma. La hiperestesia puede ser detectada: a) En la distribución segmentaria de aquella parte de la médula espinal de donde la víscera afectada está inervada; b) A lo largo de la distribución de los nervios periféricos cuyas ramas terminales se hayan irritadas por el proceso inflamatorio. Se encontrará que la hiperestesia cutánea se haya presente en la

mitad de los pacientes con enfermedades abdominales agudas. La hiperestesia casi siempre indica inflamación del peritoneo parietal o visceral. No es raro obtener hiperestesia en el abdomen superior.

Más comunmente las áreas hipersensitivas se encuentran debajo del ombligo y varían desde un triángulo ilíaco en uno o ambos lados a pequeñas bandas dentro del límite de este triángulo. Ocasionalmente una banda completa de hiperestesia se encuentra en la parte derecha de la columna vertebral. Aunque la apendicitis es la más común de las enfermedades abdominales la cual da lugar a hiperestesia en la parte inferior de la pared abdominal, la colecistitis, la úlcera duodenal perforada, la pielitis y varias formas de peritonitis pueden también causar hiperestesia cutánea en el área de por arriba del ligamento de Poupart. Sin embargo, es comparativamente raro encontrar un triángulo ilíaco de hiperestesia en cualquier otra condición que no sea la apendicitis. La hiperestesia es de ayuda cuando se detecta, pero no es un signo constante de enfermedad, mientras que en los casos verdaderamente tóxicos puede estar ausente.

### **Palpación unimanual o bimanual de los flancos y región lumbar:**

Esto es de ayuda para detectar enfermedad renal y otro tipo de tumefacción de estas áreas anatómicas. Se realiza comprimiendo hacia adelante con la punta de los dedos debajo de las costillas el lado correspondiente del cuerpo.

La resistencia sin ninguna hinchazón localizada indica rigidez y sensibilidad de los músculos cuadrado lumbar y adyacentes, debidos probablemente a un foco inflamatorio cercano. El absceso perinefrítico, un riñón inflamado o un apéndice inflamado retrocecal pueden dar este signo. En la palpación bimanual el observador hace con la otra mano situada sobre el flanco la misma maniobra, de manera que con las dos manos pueda palparse la lumbar o una pio o hidronefrosis. Al paciente deberá pedírsele que realice una respiración profunda de manera que con el movimiento se compruebe si la hinchazón es movable.

### **Determinación de la Rigidez del Psoas Ilíaco:**

Es muy conocido que si hay un foco o un área de inflamación cercana al músculo psoas el lado correspondiente es frecuentemente flexionado por el paciente para aliviar el dolor. Datos menores de esta contracción (e irritación) se pueden determinar poniendo al paciente acostado sobre el lado opuesto y extendiendo la articulación de la rodilla del lado afectado en una extensión total. El dolor puede ser causado por esta maniobra si el psoas está rígido, ya sea como un mecanismo reflejo o como una irritación directa. El valor o la importancia de este examen se disminuye en extremo si la pared abdominal está rígida.

El test del psoas no se desarrolla fácilmente cuando la inflamación se vuelve sub-aguda.

### **MATIDEZ HEPATICA:**

Ocasionalmente tiene algún valor determinar el tamaño hepático, el cual se logra por medio de la percusión torácica. Esta percusión se efectúa en la línea clavicular media derecha hasta la quinta costilla y de esta hacia abajo hasta el margen costal, desde la séptima a la onceava costilla en la línea axilar media.

Si el paciente no tiene signos o síntomas de una atrofia hepática y si en el mismo no existe ninguna distensión abdominal, si escucha se nota al percutir en el área normalmente ocupada por el hígado, que debe dar sonido mate en la parte de adelante, este hallazgo indica la presencia de gas libre en la cavidad peritoneal y hay elevación del hígado y por lo tanto elevación del hemidiafragma. El valor de la determinación del área hepática es relativa, y pierde todo su valor en los casos distensión de las asas intestinales o también en los casos en que hay ascitis.

### **Líquido Libre:**

La determinación de la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, por el hallazgo de una matidez que cambia de lugar cuando el

enfermo cambia de postura, no tiene una importancia muy grande para el diagnóstico del abdomen agudo, pues son muy pocas las enfermedades abdominales agudas en que no hay algo de líquido libre, y cuando la cantidad de éste es fácilmente apreciable suele haber otros signos y síntomas que suelen bastar para diagnosticar el caso. Nosotros rara vez hemos creído necesario tratar de determinarla, y a menudo nos ha parecido que no era pertinente hacerlo. El líquido libre en la cavidad abdominal puede ser suero, suero mezclado con pus, pus, sangre, bilis u orina. Si hay sangre en cantidad bastante para dar una matidez móvil es imprudente mover al enfermo y, además, habrá otros síntomas reveladores de la hemorragia. En la peritonitis, cuando el derrame es abundante, los movimientos ocasionan dolor al paciente y la prueba es, por lo general, innecesaria.

En la oclusión intestinal, la determinación de la presencia de líquido libre tiene algún valor y molesta poco al enfermo. Estando éste en decúbito supino, se percute uno de los flancos y se vuelve a percutir después de haberle hecho dar la vuelta hacia el lado opuesto: Si el sonido cambia de mate a claro al variar la posición, es que hay líquido libre. La prueba pierde valor algunas veces por la acumulación de líquido en las asas del intestino obstruido, ya que a menudo éste es muy abundante y, por la atonía y la dilatación intestinales, se mueve fácilmente de un sitio a otro del abdomen cuando el enfermo cambia de posición.

### **Exploración de la Cavidad Pélvica:**

La investigación de la pelvis es tan importante como lo es una buena investigación de la cavidad abdominal. Los siguientes métodos pueden emplearse como agregados a los exámenes previamente explicados.

### **Palpación y Percusión Suprapélvica:**

Generalmente se efectúa en la palpación abdominal, pero siempre se debe prestar atención especial a la región suprapélvica. Esto se efectúa presionando profundamente de un lado y otro del ligamento de Poupart. Este mismo tipo de palpación se puede efectuar por detrás del pubis y de esta manera se determina si existe alguna rigidez profunda o algún tipo de

resistencia muscular que tenga significación en el diagnóstico de procesos que afecten estructuras pélvicas profundas.

Si se encuentra una vejiga urinaria totalmente distendida se debe de pedir al paciente que orine y si no lo puede hacer se le cateteriza y de esta manera luego que se ha vaciado totalmente la vejiga se efectúa de nuevo la palpación pélvica. Los hallazgos que se pueden encontrar por éste método van desde distensión vesical, útero distendido o útero aumentado de tamaño, abscesos pélvicos altos o quistes ováricos grandes.

### **Palpación o Examen Rectal (Tacto Rectal):**

La palpación digital del recto es de "*una extremada importancia*" y le proporciona al clínico una gran información. Para llevar a cabo dicha palpación, el paciente debe de ser colocado ya sea de lado o *acostado hacia abajo*. En la peritonitis o hemorragia abdominal es imprudente que se cambie la posición del paciente de dorsal a lateral. El dedo bien lubricado se introduce 3 ó 4 pulgadas dentro del canal rectal introduciendo el dedo se debe de ir efectuando presiones hacia abajo hacia arriba y hacia los lados tratando de palpar lo máximo posible la totalidad de la parte inferior de la pelvis (o sea que de esta manera se debe explorar la parte baja de la pelvis).

Efectuando en el hombre una palpación hacia adelante uno puede encontrar: Agrandamiento de la próstata, distensión de la vejiga o agrandamiento de las vesículas seminales. En la mujer se puede encontrar edema sin dolor, o edema doloroso del saco de Douglas y aumento de tamaño o desplazamiento del útero.

Pasando despacio a lo largo del canal uno puede encontrar contricciones del recto debidos a cáncer o fibrosis, o dilatación del intestino por arriba de la obstrucción. La punta o apexide de una invaginación intestinal puede palparse algunas veces realizando este tipo de examen.

Es de importancia averiguar la presencia de espasmo y dolor a la presión contra la pared peritoneo pélvica.

El relieve que produce un absceso pélvico contra la pared rectal anterior, puede detectarse rápidamente.

Lateralmente se puede provocar dolor a la presión y se siente el empastamiento debido a un apéndice inflamado o un absceso pequeño en la pared lateral de la pelvis.

Posteriormente la palpación determinará cualquier tipo de tumor o masa inflamatoria del músculo piramidal o en el espacio sacro.

Cuando el dedo se saca deberá investigarse la presencia de sangre, moco o pus, en el guante que examina.

Al estimar la cantidad del dolor causada por la presión hacia arriba del peritoneo pélvico uno no debe confundirse con la expresión de malestar general del paciente, sino que debe de estar seguro que el dolor se debe a la presión ejercida por la punta del dedo. El examen bimanual recto abdominal o vagino abdominal determinará la presencia y posición de cualquier tumoración pélvica o inflamación. Es especialmente importante notar el tamaño y posición del útero. Cualquier llenamiento del fondo del saco de Douglas deberá ser palpado cuidadosamente.

En niños el examen bimanual recto abdominal le permite a uno explorar la parte inferior de la cavidad abdominal casi en su totalidad y puede ser posible manipular una invaginación en medio de los dedos de ambas manos.

### **El Test de la Rotación del Muslo:**

Cuando hay una masa inflamada adherida a la fascia del músculo obturador interno la rotación del muslo flexionado hace que el músculo se irrite al llevarse a cabo el movimiento completo (especialmente la rotación interna), la cual ocasionará dolor hipogástrico. Este signo deberá investigarse especialmente cuando el examen rectal es difícil o por cualquier otra razón. El signo es positivo cuando se encuentra en contacto con el músculo obturador interno, un apéndice perforado, un absceso local, y ocasionalmente

una acumulación de líquido inflamatorio en la pelvis.

### **Examen del Tórax:**

El tórax deberá ser examinado cuidadosamente por los métodos usuales de inspección, palpación, percusión y especialmente por auscultación. Por estas formas de investigación pueden detectarse una pleuresia diafragmática, una neumonía temprana y un derrame pleural. También debe de investigarse el área cardíaca así como ruidos cardíacos.

### **Examen de la Columna Vertebral:**

Cualquier rigidez o dolor sobre la columna vertebral deberá ser cuidadosamente observada, especialmente en niños, quienes frecuentemente se quejan de dolor abdominal, cuando tienen lesiones de la columna vertebral (mal de Pott).

### **Reflejos Rotuliano y Pupilar:**

En un examen de un paciente adulto que sufre de dolor abdominal agudo, el examen no está completo si no se lleva a cabo la determinación de los reflejos rotulianos y de las reacciones pupilares a la luz. Si las pupilas o una pupila no reacciona a la luz, o si uno o ambos reflejos rotulianos están ausentes deberán investigarse signos de tabes dorsal para determinar si el dolor es debido a una crisis visceral de esta condición clínica. Debe de recordarse, sin embargo, que la enfermedad abdominal aguda puede existir en un paciente que tiene tabes dorsal.

### **Orina:**

La importancia del examen de la orina es bien conocida y constantemente se enseñan pero dicho precepto en la práctica a menudo se olvida. Deberán de investigarse la presencia de sangre, pus, albumina, azúcar y bacterias.

No solamente son de gran ayuda sino que a veces dan una pauta para el diagnóstico encontrando uno o más de estos tipos de hallazgo, los

cuales ayudan a determinar el pronóstico y cambian el tratamiento.

Antes de llevar a cabo una operación es importante en la enfermedad abdominal aguda, colocar un cateter para estar seguro de que la vejiga urinaria está vacía.

### **Determinación de la Presión Sanguínea:**

La determinación de la presión sanguínea a menudo es útil en el diagnóstico de las crisis abdominales agudas, principalmente de hemorragias internas, shock e insuficiencia respiratoria que siguen a la obstrucción intestinal y lo cual nos da un conocimiento exacto del estado del paciente. Tanto la presión sistólica como la diastólica necesitan ser tomadas, ya que lo más importante en esta determinación es conocer la diferencia entre ambos tipos de presiones, ejemplo: Presión pulso, el cual indica el poder de reserva en la circulación.

Una presión pulso baja solamente se encuentra en aquellos estados serios de colapsus.

### **EXAMEN CON RAYOS X:**

Con el aumento cada día creciente de emplear los rayos X existe en la actualidad poca dificultad en obtener una radiografía del abdomen, cuando se crea necesario hacerla. Puede obtenerse mucha información en casos de obstrucción intestinal. Deben efectuarse radiografías en el paciente colocado en posición erecta y supina, y a veces, es aconsejable realizar una toma lateral.

La distensión local de las asas del intestino en casos de abdomen no distendido, pueden puntualizar a obstrucción del intestino delgado; los niveles líquidos definitivamente demuestran la presencia de una obstrucción al paso del contenido intestinal y muchas veces el contorno de un colon distendido, son signos que ayudan al cirujano para determinar el sitio exacto de la obstrucción. El diagnóstico del volvulus del ciego puede sospecharse o confirmarse viendo el ciego distendido situado mucho más alto de lo normal,

ejemplo: En el hipocondrio derecho o en el epigástrico. Más importante aún es el caso de invaginación intestinal en donde una radiografía tomada después de la administración de un enema de vario hará el diagnóstico positivo.

#### **Auscultación:**

La auscultación del abdomen es ocasionalmente de utilidad para determinar si los ruidos de los movimientos intestinales se hayan normales. Si no existen ruidos debido a los movimientos se determina que existe parálisis secundario a ileo o peritonitis. Algunas veces la naturaleza de los ruidos pueden ayudarlo a uno a concluir que el gas en el intestino es forzado a pasar a través de un intestino estrecho.

Ocasionalmente pueden encontrarse ruido de fricción secundario a una peritonitis. Es relevante aquí hacer énfasis que la auscultación del abdomen fue encontrado por Blanckburn y Rob como de suma utilidad para determinar si existía o no ruptura intestinal en los casos de heridas penetrantes por proyectil de arma de fuego; ellos comprobaron que en presencia de ruidos debidos a movimientos intestinales, es muy raro encontrar cualquier tipo de injuria al intestino. Ellos puntualizaron que la auscultación puede ser repetida tantas veces a intervalos variables antes de que uno llegue a la conclusión de que existe ausencia de los mencionados ruidos y llegue nuevamente a la conclusión importante que "la peristalsis solamente está ausente cuando la actividad del intestino ha sido inhibida por la presencia de material en la cavidad peritoneal".

#### **Medidas:**

La medida del abdomen ha sido usada por algunos cirujanos para obtener información acerca del progreso de una lesión patológica, particularmente cuando existe aumento de la distensión abdominal. Desde luego la cinta con la que se mide debe de ser colocada alrededor de todo el abdomen y siempre al mismo nivel cada vez que se hace la medición, para obtener resultados que puedan ser comparativos y de valor. Cope no ha empleado este método, pero está de acuerdo que el mismo puede ser útil

especialmente cuando no se dispone de los Rayos X.

#### **METODOS DE DIAGNOSTICO:**

##### **Agrupación de los Síntomas:**

Anteriormente se han descrito los métodos de exámenes y el siguiente paso es colocar juntos los diferentes síntomas y signos con el intento de establecer un diagnóstico. La mayoría de las crisis abdominales se presentan generalmente por uno o más de los siguientes síntomas principales, los cuales son: dolor, colapso, vómitos, rigidez muscular, o distensión abdominal. Las lesiones o problemas más serios presentan generalmente dos o más de estos síntomas principales, pero muchas veces el dolor es el único síntoma que se logra encontrar. Puede ser de gran ayuda por lo tanto considerar varios grupos de síntomas y si es posible las causas de cada uno de estos grupos. La severidad y el orden de ocurrencia de los síntomas es muy importante, y hay algunos otros puntos por ejemplo fiebre, diarrea, constipación, hiperestecia, los cuales pueden ser de gran ayuda para el diagnóstico diferencial.

¿Cuál es el cuadro clínico al que se debe enfrentar el cirujano?

El primero es: En la presencia de solo dolor abdominal debe tenerse mucho cuidado. El diagnóstico pudiera ser muy simple si el dolor y la rigidez solo se palpan inmediatamente encima del sitio de la lesión, pero ésto no es el caso común. El dolor inicial de una apendicitis se siente especialmente en el área epigástrica o en la región umbilical; mientras que un dolor obstructivo iniciado en el colon transversal (el cual es común) situado en el epigástrico se siente en la parte inferior del abdomen.

El dolor abdominal es el único síntoma en los estados tempranos como común denominador de una gran cantidad de condiciones muy serias. Si el dolor se siente en un solo lado del abdomen, y este se irradia hacia abajo sobre el testículo o el epididimo correspondiente, uno debe sospechar un cólico renal e investigar sangre en la orina en el paciente. Si el dolor se siente completamente en el área epigástrica (rodeándola), pero su mayor

intensidad se encuentra en el hipocondrio derecho y se irradia hacia la región subescapular, uno debe de sospechar que se trata de un cólico biliar.

### **Dolor Abdominal Central:**

¿Cuáles serían las condiciones que usted tendría en mente?

Los dolores epigástricos severos o los dolores abdominales centrales pueden ser debidos a un simple cólico intestinal, al estado temprano de una apendicitis aguda, al estado temprano de una obstrucción intestinal aguda (intestino delgado), pancreatitis aguda, o a una trombosis mesentérica, (no se debe olvidar nunca que una obstrucción del intestino delgado puede iniciarse en una pequeña o casi invisible hernia femoral). Todas éstas son las condiciones abdominales en las que debemos pensar, sin embargo, nunca se debe de olvidar que existen condiciones extra abdominales que nos puedan hacer errar en el diagnóstico y entre las cuales las más importantes son: tabes dorsal, herpes zóster, trombosis coronariana, y hasta el glaucoma agudo.

### **La Regla de Oro:**

En estos casos es volver a examinar al paciente otra vez dentro de las 2 ó 3 horas siguientes al primer examen. En casi todos los casos serios al momento de efectuar el siguiente examen se encuentran otros síntomas como son vómitos, fiebre, o defensa local, lo que nos puede dar en definitiva la naturaleza de la lesión.

En el caso de apendicitis, después de algunas horas se encuentra náusea o vómito seguido de una defensa de la región ilíaca derecha y la elevación de la temperatura. En el caso de la apendicitis aguda retrocecal sin embargo, el dolor ilíaco derecho tarda más en aparecer, sin embargo, el tacto rectal nos puede revelar irritación y defensa local.

Un cólico gástrico o intestinal debido a ingestión de substancias o alimentos que produzcan diarrea en el paciente o una gastroenterocolitis bacteriana incipiente, generalmente se alivia con la presión; se escuchan bien los ruidos intestinales y el movimiento de los líquidos dentro del intestino,

y generalmente es evidente la migración del dolor hacia la parte inferior del abdomen como factor irritante del intestino grueso. Si el dolor abdominal no sigue esta regla, que se describió previamente, se debe de sospechar en el paciente cualquier entidad mucho más seria, ya que muchas de las causas de error diagnóstico son debidas a que el paciente generalmente atribuye el dolor abdominal debido a alguna comida que le cayó mal "recientemente".

La tabes dorsal debe de ser excluida investigando si los reflejos rotulianos o los reflejos articulares están correctos y si las pupilas responden bien al reflejo con la luz, y si los reflejos de acomodación pupilares están presentes.

Con el herpes algunas veces aparece el rash característico, sin embargo, algunas veces este rash es precedido por zona de hiperalgesia y en estas condiciones generalmente nunca hay náusea o vómitos.

Dolor abdominal que ocasionalmente pueda acompañar al glaucoma agudo generalmente puede distraer la atención tanto del paciente y del médico del origen real de dicho dolor. Si se piensa en esta posibilidad el error es fácilmente remediado.

### **Dolor Epigástrico Severo (Dolor Central acompañado de Shock Severo):**

Quando el dolor se acompaña de colapso, palidez, temperatura subnormal, presión baja, todavía sin rigidez abdominal, la causa más frecuente es: una pancreatitis aguda, trombosis mesentérica, aneurisma disecante, o hasta una trombosis coronariana, en mujeres se debe pensar también en un embarazo ectópico.

### **Pancreatitis Aguda:**

Esta se inicia generalmente con dolores epigástricos severos y acompañada de shock, sin embargo, el dolor se palpa en las partes profundas de ambos lados. En un principio hay bastante náusea y en los estadios tardíos, rigidez epigástrica. Como el ataque avanza el exudado inflamatorio producido por la lesión generalmente migra hacia las partes bajas del

abdomen, en especial sobre el lado derecho hacia las fosas ilíacas lo que produce irritación de dichas estructuras dando como consecuencia sintomatología de dolor en fosas, por lo que cuando se localiza en la fosa ilíaca derecha, se puede errar en el diagnóstico presumiendo que se trata de una apendicitis aguda. En la presencia de la historia de ataques previos de cólicos biliares lo puede hacer a uno suponer que se trata de una pancreatitis, pero uno siempre debe de dudar de ella y confirmarla con determinación de amilasas sericas o la presencia del signo de Grey Turner (que no es nada más que la presencia de equimosis en uno o en ambos flancos).

#### **El Aneurisma Disecante:**

Se inicia generalmente con dolor torácico, y algunas veces se irradia hacia el brazo izquierdo y luego el dolor se irradia hacia el abdomen un poquito después, y puede llegar a obliterar una o ambas arterias femorales produciendo ausencia de los pulsos (femorales, pedios).

En los estados tempranos de la trombosis mesentérica es muy difícil diagnosticarla, pero con una historia previa de claudicación intermitente u otra sintomatología de enfermedad arteria seria, se puede llegar al diagnóstico.

La trombosis coronariana, especialmente cuando se trata de un infarto de cara diafragmática, se puede encontrar dolor epigástrico severo el cual puede causar una verdadera dificultad en el diagnóstico diferencial, entre las enfermedades intra abdominales, sin embargo, éste generalmente se acompaña de una gran caída en la presión arterial mucho mayor que la que usualmente se halla en las lesiones abdominales.

El dolor y colapso vascular agudo provocados por una hemorragia severa dentro de la cavidad peritoneal (esto puede resultar de la ruptura de un aneurisma o ruptura espontánea del bazo en el hombre, o de una ruptura seria de un embarazo ectópico en una mujer) nos puede llevar a una anemia obvia la cual se acompaña de tumefacción del abdomen.

#### **Dolor Acompañado de Vómito y Distensión Abdominal sin Presencia de Rigidez o Contractura Abdominal:**

En este grupo generalmente mencionamos las obstrucciones intestinales. El solo cuadro inicial de vómitos es común a todas estas condiciones urgentes intra abdominales, pero los vómitos repetidos y persistentes son indicativos de obstrucción de intestino delgado o de una peritonitis diseminada, aunque en los casos tardíos generalmente se encuentra rigidez abdominal. En ambas condiciones se desarrolla distensión abdominal, la cual es mucho más lenta en la peritonitis, es casi una verdad que el dolor epigástrico severo y los vómitos a repetición sin ningún grado de distensión abdominal pueden ser debidos a gastritis aguda, pero antes de aceptar este diagnóstico, se debe pensar en lesiones mucho más serias y excluirlas. Antes que todo debe uno de excluir obstrucciones de la parte alta del intestino delgado. Todos los orificios herniarios deben ser cuidadosamente examinados, particularmente los anillos femorales, cicatrices, operaciones o intervenciones quirúrgicas antiguas deben de ser buscadas en la pared abdominal, y en el vómito deben de ser investigadas sus características, como los cambios de color desde verde biliar a un amarillo sucio el cual es el precludio del vómito fecal que se encuentra en una obstrucción del intestino delgado en forma avanzada.

Si el vómito no es frecuente y la distensión es relativamente gradual en su desarrollo, uno debe esperar que la obstrucción sea en la parte baja del ileon. La peristalsis visible nos hace el diagnóstico totalmente evidente. En aquel caso, en el cual se tenga duda, se debe de reevaluar al paciente dentro de las siguientes 2 horas y si es posible efectuar de nuevo rayos X de abdomen con el paciente acostado, para investigar si hay nivel líquido en el intestino delgado o alguna distensión significativa de las asas del intestino delgado.

#### **Dolor Abdominal acompañado con Constipación, con Presencia o no de Vómitos y Distensión Abdominal:**

El dolor abdominal, acompañado de constipación y distensión abdominal progresiva, con presencia de poco vómito o ninguno, es muy

probable que se deba a obstrucción del intestino grueso, particularmente el colon sigmoides. En las pacientes en las que se encuentran dolor abdominal severo, constipación y distensión creciente, y el vómito principia y se hace más frecuente uno debe de sospechar obstrucción del intestino delgado con una ligera falla de la válvula ileocecal, lo que resulta en una presión aumentada en la parte baja del ileon lo que nos da síntomas de obstrucción del intestino delgado. Los rayos X de abdomen en el paciente acostado son de gran valor en estos casos.

Si la distensión abdominal del intestino grueso se desarrolla muy rápidamente, en un paciente anciano, uno debe de sospechar de un volvulus del colon sigmoides. En estas ocasiones el tacto rectal puede ser de gran ayuda, ya que se puede llegar a palpar la base de una asa torsionada; y si se puede efectuar una placa de rayos X vacía de abdomen, se pueden observar esas distendidas claramente.

Antes de cualquier operación intestinal por problemas de obstrucción, es muy deseable como una regla que siempre se examine la orina por la presencia de albumina, y palpar las áreas renales por cualquier tumor. La uremia de cualquier etiología puede dar una gran distensión abdominal y vómitos. La uremia lógicamente es debida a insuficiencia renal. Esta insuficiencia renal puede ser a su vez causada por obstrucciones de las vías urinarias bajas debidas a aumento de tamaño de la próstata, (obstrucción prostática), riñón poliquístico bilateral o pionefrosis bilateral calculosa.

Hay muchas más causas que lo puedan dar, por ejemplo: la glomerulonefritis terminales, pielonefritis terminales, síndrome nefrótico, que también puede dar frecuentemente este cuadro. En una ocasión Cope pudo conocer y explorar el abdomen de una supuesta obstrucción intestinal cuando la causa real de la distensión y el vómito fue la falla renal debida a intoxicación por plomo con intento de inducirse un aborto.

La presencia de distensión y vómito en el recién nacido, puede ser debida a obstrucción congénita del intestino delgado. El diagnóstico puede ser confirmado por rayos X, el cual nos muestra nivel líquido en el

intestino delgado.

En niños una forma de obstrucción y un tipo de peritonitis secundaria neumococo, necesita ser mencionada específicamente, ya que este tipo de peritonitis es muy importante.

En infantes desde los 6 a los 18 meses, la invaginación es algo frecuente. Esta ocurre más frecuentemente en niños sanos varones. Los síntomas principian intempestivamente: el infante grita, se mira pálido y enfermo, cae sobre sus piernas. El dolor se minimiza, el niño se siente mejor y puede irse a acostar, pero luego se vuelve a levantar otra vez, debido a recurrencia del dolor, el cual causa otra vez ataque con gritos. Después de algunos ataques de dolor, el examen físico puede revelar edema en forma de salsa en el epigastrio o en el lado izquierdo del abdomen. Sangre o moco puede pasar por el ano o se puede ver en el dedo seguido de el tacto rectal. En examen de barrio puede demostrarse claramente la intususcepción.

Un grupo de síntomas bien reconocidos es el siguiente:

#### **Distensión Abdominal Severa, acompañado de Shock y Rigidez, generalizada de la pared abdominal:**

Quando el paciente se encuentra sufriendo este grupo de síntomas, la causa del problema es generalmente: perforación de la vesícula o de una úlcera estercoracea del colon, y ocasionalmente la ruptura de un apéndice distendido rápidamente, los cuales causan rigidez generalizada y algunas veces shock.

De las entidades extra abdominales, la BNM bilateral, puede algunas veces causar dolor abdominal severo y rigidez; pero sin embargo, la rigidez puede sobrevenir y no encontrarse ningún tipo de defensa profunda, y el examen torácico revela la enfermedad.

Las crisis epigástricas producidas por la tabes dorsal, generalmente nunca se encuentra rigidez abdominal, al menos que se asocie a peritonitis. No se debe de olvidar que la perforación gástrica o de una úlcera duodenal

puede ocurrir cuando el paciente presenta tabes dorsal.

Los síntomas de una úlcera péptica perforada, son muy bien conocidos y característicos. El dolor abdominal severo, frecuentemente se acompaña inicialmente de shock y algunas veces se asocia con rigidez de la pared abdominal leve, la cual es seguida en una hora o dos por un estado reaccionario en el cual el paciente se mira y se siente mejor, pero la rigidez abdominal persiste. Esto nos lleva a un estado final en el cual se desarrolla la peritonitis, el pulso aumenta, hay presencia de vómito y distensión prominente en el paciente. Constantemente siente el paciente dolor en la parte alta del hombro y disminución del área de matidez hepática. Si está disponible tomar rayos X se puede encontrar aire entre el hígado y el diafragma.

#### **Un Grupo de Síntomas, los cuales presentan bastante Dificultad Diagnóstica:**

*A pesar de ser muy comunes son los que incluyen:* Dolor, rigidez y defensa, pero localizada en una u otra parte del abdomen. En la mayoría de estos casos el diagnóstico depende de una discriminación cuidadosa entre varias causas posibles. Varias regiones van a ser consideradas en los siguientes enunciados:

***Dolor en Hipocondrio derecho y Rigidez:*** Si no se encuentra patología pulmonar (por ejemplo una bronconeumonía), estos síntomas usualmente son debidos a una colecistitis aguda o a una úlcera duodenal perforada, algunas veces es extremadamente difícil diferenciar entre estas dos condiciones antes de la exploración. En los climas tropicales las hepatitis amebianas pueden causar síntomas similares, y en regiones donde existen enfermedades hidatídicas hepáticas es común la inflamación de éstos y por lo tanto se deben de considerar.

***Dolor en el Hipocondrio izquierdo y Rigidez:*** En el cuadrante superior izquierdo del abdomen, es menos frecuente el sitio de origen de una peritonitis y la mayoría de las causas pueden ser catalogadas como raras.

Uno debe de considerar la perforación de una úlcera gástrica, a la

cual las adherencias han logrado localizar, ruptura de un divertículo yeyunal y la perforación de un aneurisma de la arteria esplénica, la ruptura espontánea del bazo. En las últimas dos condiciones debe de encontrarse evidencia de hemorragia; el examen microscópico de la sangre obtenida no puede demostrar evidencia de una leucemia.

La historia puede ser sugestiva de una úlcera gástrica o de una diverticulitis yeyunal sobre las cuales, se debe prestar mucho más atención ya que fueron frecuentes durante la pasada década.

***Diverticulitis del Yeyuno:*** Durante las pasadas dos décadas algunas observaciones se han hecho en los pacientes que sufren de síntomas abdominales agudos debido a inflamación en uno o más divertículos yeyunales. Cuando este divertículo no se inflama no hay ningún síntoma agudo, pero el paciente frecuentemente siente un dolor epigástrico que irradia hacia el lado izquierdo del abdomen y generalmente se inicia a diferentes tiempos después de la ingestión de la comida. En un estado tardío del dolor se puede transformar o puede ser más constante. De acuerdo con Fraser, las características más constantes de la enfermedad es la flatulencia, borborizmos y el aumento de los ruidos intestinales.

Quando se sobreviene una sintomatología aguda en un paciente con historia característica, ésta usualmente se debe a inflamación o ruptura de un divertículo. El dolor en la parte alta e izquierda del abdomen, vómitos, rigidez local y aumento de la sensibilidad generalizada, son las indicaciones de una peritonitis local, si la ruptura es gradual se puede llegar a formar un absceso local, y se puede palpar una masa y algunas veces puede producir una obstrucción parcial del intestino delgado. Si algunas veces suceden que los síntomas son mucho más marcados en el lado derecho del abdomen y simulan casi totalmente una apendicitis aguda.

***Dolor en Fosa Ilíaca Derecha, Malestar y Rigidez:*** La causa más común de estos síntomas es por supuesto una apendicitis aguda, pero hay algunos puntos principales, los cuales se deben de considerar con mayor amplitud.

Este mismo grupo de síntomas lo pueden dar las siguientes:

entidades:

- 1) Enfermedades del páncreas.
- 2) De la vesícula biliar.
- 3) Duodeno.
- 4) Riñón derecho.
- 5) Glándula ileocecal.
- 6) Divertículo de Meckel.
- 7) Enfermedades del ileon o ileitis.
- 8) Retención del testículo (en el hombre).
- 9) Obstrucción de la Trompa de Falopio derecha y torsión ovárica derecha (en la mujer), para el diagnóstico diferencial.

**Dolor en Fosa Ilíaca Izquierda y Rigidez:** Esta combinación de síntomas es no común. La causa usual es perforación de un divertículo del colon sigmoides o inflamación (pericolitis) de un segmento del colon por muchos divertículos (diverticulitis). Algunas veces tumores del colon izquierdo o sigmoides puede perforarse y causar una peritonitis en esta región.

Hasta en esta área, el origen real del problema puede ser, una apendicitis, debido que en un apéndice perforado retrocecal, el exudado inflamatorio, puede migrar hacia el lado izquierdo y aparecer como un dolor que se inicia en la región de la fosa ilíaca izquierda. Es muy raro, pero es posible la presencia de un apéndice situado en el lado izquierdo del abdomen.

**Dolor Hipogástrico y Rigidez:** El dolor hipogástrico y la rigidez en un hombre joven o de edad media es usualmente debido a perforación de un apéndice inflamado, mientras que en pacientes de mayor edad, el diagnóstico posible es perforación de un divertículo. Los mismos síntomas en una mujer joven pueden ser debidos a enfermedades del apéndice o a condiciones patológicas del útero, trompas de Falopio u ovarios.

## OBJETIVOS:

1. Conocer el tipo de patología más frecuentemente responsable del abdomen agudo en el Hospital General "San Juan de Dios".
2. Determinar de acuerdo con la edad de los pacientes las enfermedades más comunes que producen abdomen agudo, para que las mismas sean consideradas en el diagnóstico diferencial en un individuo de edad determinada.
3. Saber con exactitud en cuantos pacientes se hizo el diagnóstico correcto etiológico de abdomen agudo y en cuantos hubo error.
4. En los pacientes en que se cometió error, averiguar cuál o cuáles fueron la causa o causas del mismo, para que conociéndolas se analicen y por consiguiente tratar de prevenirlos.

## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio fue realizado en el Hospital General "San Juan de Dios", en los departamentos de Anatomía Patológica "Dr. Carlos Martínez Durán" y Cigurría del 1o. de enero 1976 al 28 de febrero de 1978.

Durante este lapso de tiempo se encontraron 658 casos clínicamente diagnosticados como abdomen agudo de diferentes causas. En cada caso en particular se analizaron diferentes parámetros, habiendo al final descartado 151 casos, por no tener informe anatomopatológico o no haberse podido localizar la historia clínica.

Por lo tanto, los resultados y discusión de nuestro estudio se basa en los hallazgos de 507 pacientes, de los cuales 185 eran hombres y 322 mujeres.

**TABLA No. 1**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**APENDICITIS AGUDA: 195 CASOS**

Edad	Apendicitis aguda	Apendicitis aguda perforada	Apendicitis aguda perforada + peritonitis
0 -10	30 = 15.38o/o	12 = 32.43o/o	2 = 15.40o/o
11-20	78 = 40.00o/o	13 = 35.13o/o	4 = 30.77o/o
21-30	45 = 23.08o/o	2 = 5.41o/o	1 = 7.69o/o
31-40	17 = 8.72o/o	1 = 2.70o/o	1 = 7.69o/o
41-50	16 = 8.20o/o	3 = 8.11o/o	1 = 7.69o/o
51-60	3 = 1.54o/o	4 = 10.81o/o	1 = 7.69o/o
61-70	3 = 1.54o/o		1 = 7.69o/o
71-80	3 = 1.54o/o	2 = 5.41o/o	1 = 7.69o/o
81-90			1 = 7.69o/o
Totales	195 = 100.00o/o	37 = 100.00o/o	13 = 100.00o/o

**CUADRO No. 2**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**APENDICITIS AGUDA**  
**DIAGNOSTICO CLINICO PRE-OPERATORIO**

Dx. Equivocado Pre-operatorio	No. de casos	o/o
Hernia inguinal incarcerada	1	7.69
Peritonitis sec a apendicitis aguda perforada	3	23.08
Peritonitis primaria	1	7.69
Apendicitis aguda perforada	4	30.80
Ruptura de cuerpo amarillo de ovario	1	7.69
Plastron apendicular	1	7.69
Perforación tífica	1	7.69
Adenitis mesenterica	1	7.69
<b>Total de error</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 3**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**APENDICITIS AGUDA**  
**DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO**

Dx. Post-operatorio equivocado	No. de casos	o/o
Salpingitis derecha	4	36.34
Hernia inguinal escrotal	1	9.10
Diverticulitis de Meckel	2	18.18
Adenitis mesenterica	2	18.18
Abscesó apendicular	1	9.10
Apendicitis aguda perforada	1	9.10
<b>Total de error</b>	<b>11</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 8**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**APENDICE NORMAL**  
**EDAD**

Edad	Número de casos	o/o
0 -10	7	17.50
11-20	15	37.50
21-30	8	20.00
31-40	3	7.50
41-50	3	7.50
51-60	2	5.00
61-70		
71-80	2	5.00
<b>Totales</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 9**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**COLECISTITIS AGUDA**  
**DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: 3 CASOS**

Dx. Pre-operatorio equivocado	No. de casos	o/o
Colangitis	1	33.33
Apendicitis aguda perforada	1	33.33
Apendicitis aguda + peritonitis	1	33.33
<b>Total de error</b>	<b>3</b>	<b>100.00</b>

**CUADRO No. 10**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**COLECISTITIS AGUDA**  
**DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO 2 CASOS**

Dx. equivocado Post-operatorio	No. de casos	o/o
Ruptura de vesícula biliar	1	50.00
Colecistitis aguda gangrenosa	1	50.00
Total de error	2	100.00

**CUADRO No. 11**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**COLECISTITIS AGUDA**  
**EDAD**

Edad	Colecistitis aguda Casos o/o	Colecistitis crónica en fase aguda Casos o/o	Colecistitis aguda + Colangitis ascendente Hidrocolecisto o pio- colecisto. Casos o/o
0 -10			
11-20	4 = 6.56	1 = 11.11	
21-30	12 = 19.67	1 = 11.11	2 = 25.00
31-40	15 = 24.59	2 = 22.22	
41-50	14 = 22.95	1 = 11.11	2 = 25.00
51-60	10 = 16.39	2 = 22.22	
61-70	2 = 3.28	2 = 22.22	1 = 12.50
71-80	4 = 6.56		2 = 25.00
81-90			1 = 12.50
Totales	61 = 100.00	9 = 100.00	8 = 100.00

**CUADRO No. 12**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**COLECISTITIS CRONICA**

Dx. Pre-operatorio equivocado	No. de casos	o/o
Colecistitis crónica en fase aguda	1	7.14
Colecistitis aguda	13	92.86
Total de error	14	100.00

**CUADRO No. 13**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**COLECISTITIS CRONICA**

Dx. Post-operatorio equivocado	No. de casos	o/o
Colecistitis crónica en fase aguda	1	7.14
Colecistitis aguda	10	71.43
Colangitis aguda	1	7.14
Colecistitis crónica calculosa + Hidrocolecisto	2	14.28
Total de error	14	100.00

## RESULTADOS Y DISCUSION

Los resultados de la presente investigación fueron divididos en varios incisos tomando en consideración: a) El diagnóstico histológico o anatómico final; b) El sitio de la lesión primaria; c) El diagnóstico pre-operatorio; y, d) El diagnóstico post-operatorio.

Se consideró que habría error en el diagnóstico cuando no hubo correlación entre la impresión clínica pre-operatoria, los hallazgos post-operatorios y los hallazgos anatomopatológicos.

De acuerdo con lo anterior los resultados se presentan en forma gráfica y de acuerdo a cada sistema según el órgano afectado.

### Apéndice Duodenal:

En el grupo en que se hizo el diagnóstico pre-operatorio y post-operatorio incorrecto de apendicitis aguda hubo 195 casos, cuyas edades oscilaron entre 7 meses para el menor y 86 años para el mayor. La tabla No. 1 muestra un resumen del total de pacientes de acuerdo a la edad por décadas. En la misma puede observarse que el número mayor de casos en los que hubo error fueron la primera y segunda décadas de la vida. Esto es fácil de comprender, si recordamos que el diagnóstico de apendicitis aguda en el niño es de por sí extremadamente difícil, y con relación con la segunda década, edad en la que la apendicitis aguda es común, creemos que el error diagnóstico se debió a múltiples razones entre las que se deben de mencionar: a) Concomientos de la mayor frecuencia de esta enfermedad en esta edad; b) En mujeres los dolores pre-mentruales por tensión, elongación o congestión pélvica; b1) Folículos de Graff grandes y tensos; c) Ruptura de folículo de Graff con formación de cuerpo lúteo; d) Endometriosis; e) Apreensión por el inicio de la menstruación o por irregularidades de la misma; etc.

Llamó la atención que a partir de la tercera década, el número de casos en que hubo error diagnóstico, fue bastante similar incluso en la senectud. En relación con esta última es sorprendente que no halla habido

mayor número de errores diagnósticos, ya que como sabemos el diagnóstico de apendicitis aguda en el anciano es tan difícil como en el niño. La causa se debe probablemente al número pequeño de casos.

En los 195 casos de apendicitis aguda, la muestra serie hubo 109 (56o/o) hombres y 86 (44o/o) mujeres.

En el cuadro No. 2 se señalan los diagnósticos clínicos pre-operatorios en los cuales hubo error diagnóstico, debido a que en los mismos se comprobó una apendicitis aguda. En este grupo hubo 13 pacientes en los cuales no se diagnosticó la apendicitis aguda sino que las condiciones clínicas enumeradas. Al analizar detalladamente cada caso en particular, es notoria la falta de una historia clínica detallada y cuidadosa y la valoración de los signos clínicos (peritonitis y apendicitis y viceversa) y hallazgos al examen físico (hernia inguinal). Se aceptan en general que tanto la ruptura de un quiste del cuerpo lúteo, como la adenitis mesentérica son diagnósticos clínicos, difíciles de llevar a cabo, aunque se hace la salvedad de que en el caso del primero se puede sospechar su existencia al tener una función de fondo de saco positivo para sangre. En el caso particular de la fiebre tifoidea y de acuerdo a nuestra experiencia, el diagnóstico clínico es difícil aún con todas las pruebas para confirmar o excluir su existencia, haciéndose constar que en relación con esta última, es de gran valor el cultivo de la médula ósea.

En el cuadro No. 3 se ilustran los errores relacionados con el diagnóstico post-operatorio, en los cuales se confirmó apendicitis aguda. En este grupo de pacientes, hubo 11 casos y suponemos que los errores se debieron a desconocimiento de la patología macroscópica de la enfermedad apendicular aguda, a entusiasmo del cirujano o sobre estimación de los hallazgos operatorios, (divertículo de Meckel, salpingitis); o bien a omisión. Debemos de recordar que el diagnóstico de adenitis mesentérica tanto clínica como macroscópicamente, es un diagnóstico difícil de establecer.

En el cuadro No. 4, se muestran 10 casos de apendicitis aguda perforada en las que hubo error en el diagnóstico pre-operatorio. En el mismo podemos apreciar que el diagnóstico de peritonitis secundaria a

perforación fue correcto en 9 de los 10 casos, estando el error en no reconocer la enfermedad subyacente que predispuso a la perforación. Creemos que el no haber hecho el diagnóstico etiológico pudo deberse a falta de una historia clínica adecuada o a entusiasmo por parte del cirujano a solucionar el caso lo más pronto posible. Lo mismo puede decirse de los hallazgos que se indican en el cuadro No. 5.

En relación con los hallazgos de los cuadros 4 y 5, podemos decir que el error radicó esencialmente en la falta de una anenisi adecuada, un examen físico completo y a falta de empleo de métodos de laboratorio que pudieran ayudar en el diagnóstico.

En el cuadro No. 6, se indican el diagnóstico pre-operatorio de 40 pacientes, en quienes se hizo el diagnóstico de una condición abdominal aguda y los hallazgos en la laparatomía fueron negativos y el estudio histológico del espécimen enviado, fue también normal. A este respecto podemos indicar que el número de casos con estos hallazgos es similar a lo informado por otros investigadores. Las causas de error en estos casos son difíciles de evaluar o justificar. Es posible que en el caso particular de nuestros hospitales universitarios, contribuyan varios factores entre los que caben hacer resaltar: a) Exceso de trabajo, b) Inexperiencia; c) Ignorancia; d) Precipitación; e) Exceso de confianza, f) Necesidad de adquirir adiestramiento; g) Falta de observación; etc. Sin embargo, estamos de acuerdo en aceptar que ante la duda de la existencia real de un abdomen agudo, es mejor pecar por exceso que por defecto.

El cuadro No. 7, indica los diagnósticos post-operatorios, con hallazgos a estudio anatomopatológicos normales. La única explicación que tenemos a este respecto es de que realmente existe ignorancia por falta del cirujano de la anatomía macroscópica del órgano enfermo, situación que ha mejorado en los últimos años, gracias a la rotación de rutina de los residentes de cirugía por el departamento de Patología. También debemos admitir que incluso en el mencionado departamento en múltiples ocasiones no se toman las muestras adecuadas.

El cuadro No. 8 muestra la distribución etaria de los pacientes con

historia de abdomen y hallazgos a la laparatomía negativos con apéndices normales. En este cuadro se observa que el mayor número de casos fue en la segunda década, estando constituido principalmente por mujeres; en quienes a nuestro entender por alteraciones fisiológicas de sus anexos, problemas de orden psicológico son dadas a padecer dolores en el bajo vientre, etc.

### **Vesícula Biliar:**

Independiente de la apendicitis fue responsable del abdomen agudo las enfermedades debidas a la vesícula biliar. En ésta también los errores diagnósticos fueron divididos en pre y post-operatorios. Los casos con diagnóstico pre-operatorio erróneo, se ilustra en el cuadro No. 9, en este grupo hubo 3 casos y el diagnóstico fue en igual número. Las causas del mencionado error son fáciles de enumerar y fáciles de entender, de acuerdo a la experiencia semiológica y localización anatómica de la lesión. En los tres casos hubo 2 diagnósticos de apendicitis aguda retrocecales con apéndices de longitud variable y uno de ellos con enfermedad supuestamente avanzada y compromiso peritoneal. En el paciente con diagnóstico de colangitis aguda se pensó en esta entidad debido al estado tóxico del paciente y a la naturaleza del cuadro febril asociado con ictericia. De acuerdo a nuestra experiencia no hubo error diagnóstico, sino que sobre evaluación de los síntomas y signos. Algunos se preguntarán del por qué no se dio mayor valor a la presencia de ictericia, pero debemos de recordar que la misma se puede observar en estados sépticos y por ende en su evaluación se debe ser mucho más cuidadoso, ya que las causas que producen la misma, son múltiples y se necesita de mucho conocimiento clínico, químico y patológico para hacer una evaluación cuidadosa de la misma.

En el cuadro No. 10 se muestran los diagnósticos erróneos post-operatorios en relación con la colecistitis aguda. De esta situación solamente hubo dos casos: uno de ruptura de la vesícula biliar y el otro de colecistitis aguda gangrenosa. En el primero, el patólogo olvidó describir los hallazgos adecuadamente y en el segundo es cuestión de apreciación de lo avanzado del proceso inflamatorio anatomopatológico.

Además hubo dos casos que deben mencionarse, primero fue un paciente con diagnóstico pre-operatorio de colangitis aguda ascendente en el que se encontró una colecistitis crónica en fase aguda y el otro fue el de una colecistitis aguda gangrenosa super impuesta en una colecistitis crónica.

En el cuadro No. 11 se ilustran la distribución etaria de nuestros pacientes con colecistitis aguda. Llama la atención en el mismo que el número de casos en la 1a. y 2a. décadas de la vida, el número es extremadamente alto representando un 25o/o del total, cifra que en éste y en otros estudios realizados en nuestro departamento de patología en Guatemala, es extremadamente alto, si se compara con los hallazgos reportados para Latinoamérica y otras latitudes. A este respecto cabe uno preguntarse cuál o cuáles son los factores que hacen que la enfermedad de la vesícula biliar tanto inflamatorias como neoplásicas sean más frecuentes en Guatemala y México, que en otras altitudes de Latinoamérica y el resto del mundo?. Surgen las preguntas a este respecto si intervienen factores raciales, nutricionales, geográficos, sociales, etc. De todas formas es útil, necesario e indispensable conocer en lo que se refiere al medio guatemalteco debe de ser necesario conocer en forma obligada que la enfermedad de la vesícula biliar debe de ser considerada entre las causas que producen abdomen agudo en las primeras dos décadas. A partir de la 3a. década, la enfermedad vesicular debe siempre considerarse en el diagnóstico diferencial, situación que es cierta para otras latitudes.

En los cuadros No. 12 y No. 13, se presentan los casos clínicamente diagnosticados como colecistitis aguda en los que los hallazgos anatomopatológicos con raras excepciones fueron de colecistitis crónica. Todo el mundo se preguntará acerca del por qué de esta incongruencia, pero quienes laboramos en los hospitales universitarios de Guatemala y en otras latitudes, sabemos positivamente que nuestros residentes en virtud de adquirir experiencia, conocimiento, destreza, etc. en este tipo de cirugía, hacen que un caso crónico se convierta en agudo, y lo intervienen con este diagnóstico. De tal suerte que los datos en relación con esto no son fidedignos, pero cabe preguntarse si se quiere ser realista ¿Cuál es la razón de esta conducta?. Creemos que la sabemos, tal vez equivocados en nuestros conceptos, pero debería de meditarse a este respecto, ya que consideramos

existen una serie de interrogantes para que los residentes tomen esta actividad positiva o negativa según el ángulo desde que se le juzgue.

En nuestra casuística se encontraron 6 casos intervenidos por colecistitis agudas cuyas edades fueron: 19, 19, 21, 40, 41 y 69 años. A todos se les diagnosticó en el post-operatorio como colecistitis aguda. Uno de los casos tuvo un diagnóstico pre-operatorio de colangitis aguda y masa pancreática de etiología a determinar. El estudio histológico no reveló ninguna anomalía.

#### Estómago:

Encontramos 4 casos de úlcera gástrica perforada, cuyas edades fueron de 28, 41, 45, 80 años siendo tres pacientes de sexo masculino (75o/o) y un paciente femenino (25o/o). En este grupo no se encontró ningún error pre ni post-operatorio, habiendo sido todos correctamente diagnosticados a su ingreso.

Todos los casos presentaron una peritonitis secundaria diseminada.

#### Duodeno:

Hubo 5 casos cuyas edades fueron de 34, 40, 47, 56 y 60 años. Tres casos del sexo masculino (60o/o) y 2 casos del sexo femenino (40o/o). En cuatro casos el diagnóstico pre y post-operatorio fue correcto. Un caso se diagnosticó como una úlcera gástrica perforada en el pre-operatorio, sin embargo, el diagnóstico post-operatorio fue correcto. En todo este grupo de pacientes el diagnóstico correspondió a una úlcera péptica crónica perforada.

#### Intestino Delgado:

En nuestra serie hubo 20 casos de perforación tífica responsable de abdomen agudo, de los cuales en 2, el diagnóstico pre-operatorio fue de apendicitis aguda perforada y peritonitis de etiología a determinar. Los 20 casos de tifoidea fueron confirmados por los métodos usuales de diagnóstico. En el cuadro No. 14 se ilustra la distribución etaria de los 20 casos de

fiebre tifoidea perforada.

**CUADRO No. 14**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**PERFORACION TIFICA**

EDAD	PERFORACION TIFICA		PERFORACION TIFICA + PERITONITIS	
	CASOS	o/o	CASOS	o/o
0 -10	2	14.49	5	83.33
11-20	2	14.49		
21-30	5	35.71		
31-40	3	21.43	1	16.67
41-50	1	7.14		
51-60	1	7.15		
<b>TOTALES</b>	<b>14</b>	<b>100.00</b>	<b>6</b>	<b>100.00</b>

#### Cáncer Gastrointestinal:

En nuestra serie hubo 6 casos de carcinomas del tracto gastrointestinal primarios o metastáticos al peritoneo que presentaron un cuadro abdominal agudo. De estos 6 neoplasias, 2 eran primarios en el estómago en un hombre de 82 años y en una mujer de 76 años.

El diagnóstico pre-operatorio fue de una úlcera péptica perforada en el primero y el segundo de una diverticulitis perforada. El diagnóstico post-operatorio en ambos casos fue de úlcera gástrica perforada en el primero, no identificándose el carcinoma, mientras que en el segundo paciente el diagnóstico post-operatorio coincidió con el histológico de adenocarcinoma gástrico perforado.

En otros 3 pacientes de los 6, el diagnóstico pre-operatorio fue de

una colecistitis aguda en 2 y una hernia umbilical incarcerada en uno.

El diagnóstico post-operatorio fue de carcinomatosis peritoneal confirmado histológicamente, no pudiéndose confirmar el sitio primario del adenocarcinoma.

El último paciente con abdomen agudo secundario a carcinoma fue un hombre de 57 años con síntomas y signos de una obstrucción intestinal; habiéndose encontrado un adenocarcinoma del colon ascendente con invasión al retroperitoneo.

## **APARATO GENITAL FEMENINO:**

### **Enfermedad Pélvica Inflamatoria:**

Las entidades pélvicas que nos dieron cuadro de abdomen agudo fueron divididas en enfermedades inflamatorias agudas y crónicas.

En las pacientes con enfermedades inflamatorias agudas tenemos 4 pacientes entre los 21 - 27 años de edad, en tres de ellos hubo error diagnóstico pre-operatorio, siendo el mismo de embarazo ectópico roto y en 2 de éstos hubo diagnóstico post-operatorio equivocado, siendo el de un embarazo ectópico y una apendicitis aguda respectivamente.

El único caso correctamente diagnosticado correspondió a un absceso tubárico izquierdo, en una paciente de 23 años.

Los diagnósticos anatomopatológicos además de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda fueron: Decidua necrótica e inflamación aguda, 2 casos; y endometrio con inflamación aguda supurativa, 2 casos.

En estas 4 pacientes, la fuente de la infección pélvica fue la infección endometrial.

En el grupo de las enfermedades pélvicas inflamatorias crónicas hubo 4 casos, pacientes cuyas edades eran de 23, 25, 26 y 27 años. En todas el

diagnóstico pre-operatorio fue errado como sigue: masa anexial derecha; masa pélvica de etiología a determinar; embarazo ectópico; apendicitis aguda.

Nuevamente el diagnóstico post-operatorio también estuvo errado en 3 casos, como sigue: masa pélvica de etiología a determinar; embarazo ectópico roto; apendicitis aguda.

En todas estas pacientes el único hallazgo patológico fue el de inflamación crónica y fibrosis de la trompa de Falopio.

En el grupo de enfermedad inflamatoria crónica de la pelvis se encontró un caso de T.B.C. anexial en una mujer de 25 años diagnosticada clínicamente en forma errónea. Lo mismo puede decirse de una endometritis crónica.

Es inconcebible, pero también se pensó en un cuadro de abdomen agudo en dos pacientes con endometriosis de 24 años y 35 años de edad. El error se cometió en el pre y post-operatorio, confundiéndolas con un embarazo ectópico roto. El diagnóstico histopatológico fue endometriosis del ovario y de la trompa de Falopio.

### **Ovario:**

En relación con la patología del ovario como causa de abdomen agudo, hubo 11 casos. Tres pacientes de 12, 19, 23 años de edad, tenían un teratoma quístico benigno, en los que se hizo el diagnóstico pre-operatorio de quiste retorcido del ovario, apendicitis aguda y peritonitis plástica respectivamente. Hubo dos pacientes con un cistoadenoma seroso simple diagnosticados pre-operatoriamente como embarazo ectópico y como quiste retorcido del ovario en el post-operatorio respectivamente. En la 2a. paciente se hizo un diagnóstico histológico de disgerminoma.

Es interesante hacer notar que hubo 6 casos en los que se pensó que la torsión del ovario era la causa del abdomen agudo. En 4 casos de éstos, los ovarios eran poliquísticos con infarto hemorrágico y en 2, las biopsias de los mismos eran normales. Debe de mencionarse que el infarto

en los 4 casos se debió a torsión espontánea del ovario, condición que es de por sí rara. La explicación que se da a los dos casos en los cuales el ovario era normal, fue de que probablemente la torsión regresó espontáneamente, como se ha reportado por otros investigadores.

#### Embarazo Ectópico:

En nuestra serie hubo 35 casos de embarazo ectópico roto. En 21 pacientes no es específico el lado, en los 14 casos restantes 7 fueron del lado derecho y 7 en el lado izquierdo.

El cuadro No. 15 resume nuestros 35 casos de embarazo ectópico roto en relación con la edad. Solo en un paciente hubo error en el diagnóstico pre-operatorio de embarazo ectópico, el cual fue diagnosticado como una apendicitis aguda. La precisión en el diagnóstico de embarazo ectópico en nuestra casuística es similar a la reportada de otras latitudes.

**CUADRO No. 15**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**EMBARAZO ECTOPICO ROTO**

EDAD	EMBARAZO ECTOPICO ROTO*		EMBARAZO ECTOPICO ROTO		EMBARAZO ECTOPICO ROTO	
	CASOS	o/o	LADO IZQUIERDO CASOS	o/o	LADO DERECHO CASOS	o/o
11-20	2	9.52	1	14.29		
21-30	14	66.67	4	57.14	6	85.71
31-40	5	23.81	2	28.57	1	14.29
TOTALES	21	100.00	7	100.00	7	100.00

\* NO SE ESPECIFICO LADO

#### Hernias:

En el cuadro No. 18, se muestran 22 casos de hernias de la pared abdominal como causa de abdomen agudo; el cual fue ocasionado a consecuencia del infarto hemorrágico intestinal. Consideramos que el diagnóstico de incarceration hecho en estos casos puede ser correcto asociado con estrangulación, aunque es posible que a estas alturas no se conozca en forma correcta la diferencia entre incarceration y estrangulación de una hernia.

El diagnóstico pre-operatorio equivocado de hernia estrangulada se muestra en el cuadro No. 16.

**CUADRO No. 16**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**HERNIAS ESTRANGULADAS (INFARTO INTESTINAL)**

Dx. Pre-operatorio equivocado	No. de casos	Porcentaje
Hernia inguino incarcerada	5	50.00
Hernia crural izquierda	1	10.00
Hernia incisional incarcerada	1	10.00
Apendicitis aguda	2	20.00
Hernia Crural incarcerada	1	10.00
TOTAL DE ERRORES	10	100.00

Mientras que el cuadro No. 17, ilustra 12 casos de hernia estrangulada con diagnóstico post-operatorio correcto.

**CUADRO No. 17**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**HERNIAS ESTRANGULADAS (INFARTO INTESTINAL)**

Dx. Pre y Post-operatorios correctos	No. de casos	Porcentaje
Hernia inguinal estrangulada	3	25.00
Hernia umbilical estrangulada	2	16.67
Hernia crural izquierda estrangulada	6	50.00
Hernia incisional estrangulada	1	8.33
<b>TOTALES</b>	<b>12</b>	<b>100.00</b>

**Trombosis Mesentérica:**

En nuestra serie hubo 4 casos de trombosis mesentérica como causa de abdomen agudo. En dos pacientes el diagnóstico pre-operatorio fue incorrecto, ya que se hizo el de úlcera péptica perforada y apendicitis aguda. Según el análisis de estos dos casos consideramos que el error se debió a falta completa de conocimiento de la semiología de esta entidad clínica, así como a ignorancia en la interpretación de los resultados de laboratorio. En los otros dos pacientes el diagnóstico pre y post-operatorio de trombosis mesentérica fue correcto.

Hubo además 2 casos de invaginación intestinal con infarto intestinal y 2 casos de obstrucción mecánica secundaria a ascariasis.

En el cuadro No. 18, se hace un resumen de las hernias estranguladas y de la trombosis mesentérica.

**CUADRO No. 18**  
**ABDOMEN AGUDO: ESTUDIO DE 507 CASOS**  
**HERNIAS ESTRANGULADAS (INFARTO INTESTINAL)**  
**TROMBOSIS MESENTERICA**

EDAD	HERNIAS ESTRANGULADAS		TROMBOSIS MESENTERICA	
	No. de casos	o/o	No. de casos	o/o
0 -10	3	13.64		
11-20	2	9.09		
21-30	2	9.09	1	25.00
31-40	4	18.18		
41-50	3	13.64	1	25.00
51-60	3	13.64	1	25.00
61-70	2	9.09	1	25.00
71-80	2	9.09		
81-90	1	4.54		
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>

**MISCELANEAS:**

1. Enfermedad de hirschprung. En un paciente de 5 años de sexo femenino con diagnóstico pre-operatorio de peritonitis generalizada, con hemoperitoneo masivo y con diagnóstico post-operatorio de una apendicitis aguda gangrenosa. Los hallazgos patológicos fueron una ausencia de los plexos mientéricos en el colon en su totalidad desde la línea pectinea hasta la válvula ileocecal.
2. Mucovisidosis: En un paciente de 16 días, masculino, sin error pre ni post-operatorio con un ileo meconial.
3. Litiasis ureteral: Paciente de 18 años de sexo femenino sin ningún error pre y post-operatorio.

4. Infarto hemorrágico del testículo de paciente de 30 años sin ningún error pre y post-operatorio.
5. Amebiasis colónica perforada: Paciente de 52 años, masculino, con error pre y post-operatorio, diagnosticada como una peritonitis secundaria a perforación de colon. No especificándose la causa de la perforación.
6. Hemangioma cavernoso del intestino delgado. Paciente de 48 años de edad de sexo masculino, con diagnóstico pre y post-operatorios de obstrucción intestinal secundaria a tuberculosis intestinal y mesentérica.

**Divertículo de Meckel histológicamente normal:**

Un caso de 40 años femenino, con error pre y post-operatorio de una diverticulitis.

**Divertículo de colon sin evidencia de inflamación:**

Se encontró un caso de 70 años masculino, con diagnóstico pre y post-operatorio errado de diverticulitis del colon.

**CONCLUSIONES**

1. Se estudiaron 507 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo en el Hospital General "San Juan de Dios", en un período de 26 meses.
2. Las edades más frecuentes afectadas variaron de acuerdo con el tipo de patología subyacente; sin embargo, el mayor número de casos se observa en la 3a. década de la vida.
3. En nuestra serie hubo 185 hombres y 322 mujeres.
4. Las causas de abdomen agudo en orden decreciente de frecuencia fueron: Apendicitis aguda, vesícula biliar, embarazo ectópico, etc. Se hace la salvedad que la enfermedad de la vesícula biliar, ocupó el segundo lugar en virtud de que éstas fueron reseadas como vesículas agudas, cuando en realidad eran crónicas. La explicación a este hecho se debe a que los residentes con el propósito de obtener mayor entrenamiento los programan como agudas a sabiendas de que son crónicas.
5. El mayor número de errores diagnósticos pre-operatorios se cometieron en las apendicitis agudas, ya que en un porcentaje elevado de pacientes el apéndice era histológicamente normal. En lo anterior es fácil de comprender si se toma en consideración que la incidencia de esta entidad clínica es más alta en la segunda década de la vida, y que existe un gran número de mujeres en la muestra. En relación con esto último debe de considerarse que en la mujer otras causas de tipo fisiológico pueden producir dolor en fosa ilíaca derecha.
6. En relación con lo anterior debe de quedar claro que ante la duda de la existencia de una apendicitis aguda, es mejor pecar por exceso que por defecto.
7. En los otros tipos de patología encontrados, tales como colecistitis

aguda, trombosis mesentérica; en que hubo error diagnóstico en nuestra serie, consideramos que el mismo se cometió debido a falta de una historia clínica y examen físico adecuado, a desconocimiento de la semiología de estas entidades y también al desconocimiento o falta de aplicación de los métodos de laboratorios pertinentes para establecer el diagnóstico.

8. En relación con la perforación tífica, desafortunadamente debido a lo proteiforme de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, a la poca o ninguna ayuda que brindan los exámenes de laboratorio (recuento y fórmula, sedimentación, reacción de Widal), con excepción del hemocultivo y cultivo de la médula ósea; no se reconoció esta enfermedad. Con relación con estos dos últimos exámenes pecan, del defecto que los resultados usualmente tardan más de 24 horas antes de ser informados, de tal suerte que ante la emergencia no puede esperarse, la información que proporcionan los mismos.
9. En vista de que en nuestro país, esta enfermedad es endémica, se debe siempre tener en mente la fiebre tifoidea, ante la presencia de un abdomen agudo.
10. Con excepción de un caso, en todos las pacientes con embarazo ectópico se hizo el diagnóstico clínico correcto. Este hallazgo es similar a lo informado de otras latitudes.
11. En relación con las hernias, hubo confusión semántica o definición de lo que es encarcerado o estrangulado, de tal suerte que en vista de que en todos casos con este tipo de patología, hubo infarto hemorrágico intestinal, se dio por sentado que todas ellas eran estranguladas.
12. A diferencia de lo que acontece en otras latitudes, la enfermedad péptica gastroduodenal perforada, como responsable de abdomen agudo, no tuvo mayor significado.

## RECOMENDACIONES

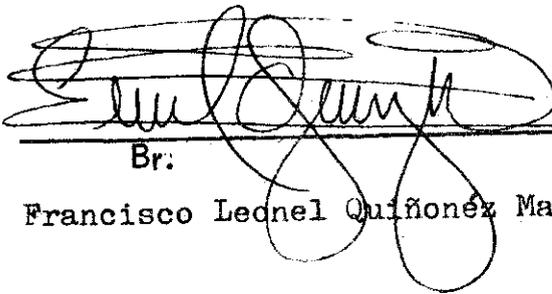
- Hacer un estudio similar en los hospitales de la capital, para conocer y comparar de acuerdo con los hallazgos, si las causas de abdomen agudo son las mismas a las observadas en el Hospital General "San Juan de Dios".
- Recordar siempre que el diagnóstico lo más temprano posible de un abdomen agudo es de lo más importante, ya que el mismo implica tener menor morbimortalidad.
- Hacer énfasis en los estudiantes de medicina, internos y residentes de que para establecer un diagnóstico correcto de abdomen agudo es indispensable tomar una buena historia clínica, conocer la semiología y los métodos auxiliares de laboratorio.
- Educar a la población en general, para que aún con síntomas vagos en el abdomen, acudan al hospital o a la clínica particular, para hacerle un diagnóstico precoz y evitarle mayores complicaciones.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— Archimpong E. Q. Operative treatment of ty phoid perforation of the bow-  
el. Britigh medical Jurnal 3: 273-26 Agu. 69.
- 2.— Altman R. P. et al. Abdominal emergencies in infantes. Adv surg. 9: 305-  
64 1975 (124 ref).
- 3.— Altermeier W.A. et al. Intra abdominal sepsis. Adv of sury 5-281-333  
1971 (44 ref).
- 4.— Alvear D. T. Acute abdominal pain in children. P a med 80 (9): 39-42  
Sept. 77.
- 5.— Blitzer A. et al. Tuberculosis peritonitis. A case report and Review and  
gastroenterol 66 (1) 29-35 Julio 76.
- 6.— Conquest H.F. and Coxe J.W. Perforated appendicitis. Areview of 225  
cases virginia med monthly 99-737, 1972.
- 7.— Coodley el. Systemic disecue simulating acute abdomen pp 251-6 Im  
clearfield h.r. dinoso v.p. jr ed gastrointestinal emergencies New  
York grene stratton, 1976 wi 100 626 1974 (11 ref).
- 8.— Cope sir Zachary et al. The early diagnosis of the acute abdomen.  
Oxford university press 14o. edition. Vol (1) 1-44 pp.
- 9.— Davis Ch. S. Tratado de Patología quirúrgica. Editorial Interamericana  
10a. ed. 1974 (1) pp 747-767 (2) 1441-42.
- 10.— Denis Law et. al. The continuing challenge of acute and perforated  
appendicitis. The american journal of surgery May 76; vol. 131 No.  
5 527-532.
- 11.— Dickson J.A. et. al. Perforacion of the terminal ileum. British Jornal of  
surgery 51: 893-897 Dec. 1974.

- 12.— Dippoin R. Perforation of aduodenal-diverticulu. *Helv chir Acta* 41 (1-2): 121-2 Mar. 74.
- 13.— Flipnv J.R. et. al. Diagnostic paracentesis in the acute abdomen *ir med j* 68 (8): 193-8, 26 Apr. 75.
- 14.— Gambill E.E. Pancreatitis and the acute abdomen. Clinica and laboratory approaches to diagnosis ppo. 231-43. *Im clearfiel h. R. dinoso v.p. jr, ed gastrointestinal emergencies* New York, grume Stratton, 1976 wi 100 626 1974 (24 ref).
- 15.— Ger. R. et. al. Prognostic factors in generalisad peritonitis *J.R. coll surg edimb* 21 (3) 173-7 May. 76.
- 16.— Golinger R.C. Salmonella gastritis presenting as acute abdominal pain. *Jama* 236 (16): 1883, 18 Oct. 76.
- 17.— Harris R.D. et. al. Aneurysns of the small pancreatic arteries: A cause of upper abdominal pain and intestinal bluding *radiology* 115 (1): 17:20 Apr. 75.
- 18.— Jagadeesan K. at. al. Acute abdomen in a patient treated hith *lamprene. int surg* 60(4) 208-9 Apr. 75.
- 19.— Jordan G.L. jr et. al. Diagnosis and management. of the abdominal trauma current probl of *sury* 3-62 Nov. 71 (203 ref).
- 20.— Novak E.R. et. al. *Tratado de ginecología*. Editorial Internacional, octava ed. 1971.
- 21.— Petty A.T.T. Abdominal injuries *annr coll surg emgl* 53:167-77 Sept. 73 (69 ref).
- 22.— Rosemfeld M. et al. Wilms tumor with acute abdominal pain. *Arch surg* 112(9): 1080-2 Sep. 77.

- 23.— Sala M. et. al. Recurrent abdominal pain in children. *Bol med hop. infant Mex* 31(6); 1227-43. Nov-Dec 74 (36 ref) (emg abstr).
- 24.— Schwartz S.M.I. et. al. Principles of surgery mcgraw-hill book company a blakiston publication 1974 (1) pp 969-973. 1168-69. 1123-1124.
- 25.— Shran H.J. Acute abdominal pain childen. *J fam pract* 2(2): 131-4 Apr. 75.
- 26.— Steinheber F.U. Medical conditions mimicking the acute surgival abdomen. *Med clin of north am* 57: 1559-67 Nov 73 (20 ref).
- 27.— Torex P. et. al. *Diagnóstico quirúrgico*. Editorial Internacional. la ed 1957.
- 28.— Turnipseed, et. al. The acute abdomen in undiagnosed addison's disease. *Wis med J* 75(10): 104-6 Oct. 76.
- 29.— Welck Johs P. and et. al. The urgenci of diagnosis and surgical treatment of acute suppurative cholangitis. *The American Journal of Surgery* May 76 vol 131 No. 5 553-555.
- 30.— Weekes L.R. Ruptured tubo ovarian abcess. *J natt med assoc* 67 436-43 Nov. 75.



Br:

Francisco Lednel Quiñonéz Mansilla.



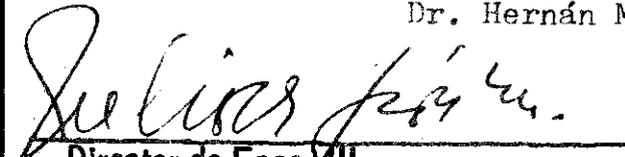
Asesor

Dr. Héctor Federico Castro Maldonado.



Revisor

Dr. Hernán Molina Kirsch.



Director de Fase III

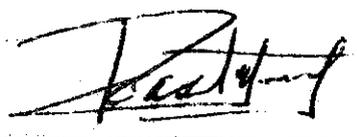
Dr. Julio de León M



Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo.Bo.



Decano

Dr. Rolando Castillo Mntalvo