

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
HOSPITAL NACIONAL SANTA ELENA QUICHE

TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

POR:

MARIO AURELIO RIVERA GOMEZ

En el Acto de Investidura, previo a optar el Título de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, C. A.

CONTENIDO

- 1 - INTRODUCCION.
- 2 - HIPOTESIS.
- 3 - OBJETIVOS.
- 4 - GENERALIDADES.
- 5 - MATERIAL Y METODOS.
- 6 - ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.
- 7 - CONCLUSIONES.
- 8 - RECOMENDACIONES.
- 9 - BIBLIOGRAFIA.
- 10 - ANEXOS.

INTRODUCCION

Sabiendo la importancia que para el internista como para el cirujano lo que es el Abdomen Agudo y las entidades clínicas que este comprende, también habiendo encontrado únicamente tres trabajos (Tesis) al respecto y datan de 1953, 1964 y 1978. Sin embargo se cree conveniente señalar que se encontró otros trabajos (Tesis y Libros) que se refieren a algunas de las diferentes patologías que comprenden el Abdomen Agudo.

Se decidió efectuar el presente trabajo de investigación en el Hospital Nacional "SANTA ELENA" de Santa Cruz del Quiché, durante el período comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1980; en el servicio de emergencia y otras salas, por creer que los pacientes que se presentan con abdomen agudo no traumático consultan o son traídos a esta emergencia.

Se pretende así mismo que en el presente trabajo se analice una serie de variantes clínicas y de laboratorio para poder formar juicios, elaborar conclusiones y recomendaciones sobre el problema que es objeto de estudio.

INTRODUCCION

HIPOTESIS

- 1 - En el Hospital Nacional Santa Elena, los métodos diagnósticos utilizados para comprobar un cuadro de abdomen agudo son deficientes.
- 2 - El tratamiento proporcionado a los pacientes con cuadro de abdomen agudo, no es adecuado.
- 3 - No todos los casos de abdomen agudo requieren intervención quirúrgica.

OBJETIVOS GENERALES

- 1 - Tratar de emitir juicios y procurar soluciones sobre el problema en pro del diagnóstico precóz y tratamiento consecuente de los pacientes que son atendidos en el hospital SANTA ELENA de Santa Cruz del Quiché.
- 2 - Tratar de cumplir con los requisitos perseguidos por el programa de E.P.S. de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y presentar los conocimientos adquiridos y estudio realizado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 - Conocer el tipo de patología más frecuente responsable, del abdomen agudo en el Hospital Nacional del Quiché.
- 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 etiológico correcto de abdomen agudo y en cuantos hubo error.
- 4 - En los pacientes en que se cometió error; averiguar cual o cuales fueron la causa o causas del mismo, para que conociéndolas se analicen y por consiguiente tratar de prevenirlos.

GENERALIDADES

CONCEPTO:

Se entiende como el comienzo brusco de síntomas y signos, causados por enfermedades o traumatismos que afectan la porción ventral del cuerpo entre el diafragma y los huesos pélvicos.

Antes de hablar de generalidades sobre crisis abdominales agudas o mejor dicho de abdomen agudo. Me parece importante transcribir palabras textuales del prof. Annes Díaz en su obra "Lecciones de Clínica Médica" que dice:

"El asunto de que nos vamos a ocupar es abordado casi exclusivamente en libros de cirugía, pudiendo decir que en los libros de clínica médica, casi no se encuentra un estudio de conjunto sobre capítulo de tan gran importancia práctica.

Errada está a nuestro sentir esa orientación, pues si es verdad que en la mayoría de los casos es la acción quirúrgica la que va imponerse, no es menos exacto que casi siempre es el médico internista quien primero ve el caso y que por lo tanto va sobre él a formular un juicio clínico.

De la buena orientación de este primer examen mucho dependerán las consecuencias del caso. Incumbe pues al médico clínico (internista) conocer también como al cirujano ese problema de diagnóstico clínico.

Es por ello como se expone que tanto el médico clínico como el médico cirujano deban tener presente en sus análisis críticos del caso antes que nada, los síndromes clínicos que simulan los síndromes abdominales quirúrgicos.

Todos los órganos y serosas del tórax y del abdomen son capaces en sus crisis inflamatorias agudas de simular un cuadro quirúrgico abdominal. Por ejemplo: El corazón y la aorta en sus crisis de angina pectoris a forma abdominal; el pericardio en la pericarditis aguda simulando una peritonitis aguda; el pulmón en la iniciación de la neumonía en los niños y los viejos con su puntada abdominal. La pleura con el síndrome frénico - parietal abdominal en los prodromos de una pleuresía purulenta; el neumotórax espontáneo produciendo un síndrome doloroso agudo abdominal. El hígado, las vías biliares, el páncreas en sus crisis inflamatorias agudas intimamente relacionadas, simulando colecistitis graves, edema agudo de páncreas, peritonitis viliar, etc.

El riñón en sus famosos cólicos nefríticos, simulando apendicitis aguda, crisis de hidronefrosis, simulando apendicitis aguda.

Las cápsulas suprarrenales en la insuficiencia aguda suprarrenal simulando PERITONITIS aguda, pancreatitis hemorrágica.

El intestino en sus colitis agudas por intoxicación alimenticia simulando íleo mecánico, o en sus intoxicaciones medicamentosas o plúmbicas, como en el cólico del plomo, simulando úlcera perforada del estómago. La inflamación del plexo solar con las crisis gástricas tabéticas simulando úlcera perforada.

La vejiga en su retención aguda esencial o de los prostáticos simulando quistes de ovario a pedículo torcido o apendicitis agudas.

Los ganglios del mesenterio con sus inflamaciones agudas (fiebre tifoidea al comienzo, etc.), simulando una apendicitis aguda. Las infecciones crónicas del peritoneo (tuberculosis) simulando en sus pausas agudas apendicitis agudas, oclusión intestinal.

Los ovarios y las trompas en sus inflamaciones agudas simulando apendicitis agudas, etc.

La dilatación aguda del estómago, simulando la oclusión intestinal alta y aún la pancreatitis aguda.

Es muy importante además hacer mención de ciertos síndromes dolorosos abdominales de origen endocrino, que son operados con frecuencia y sin que la operación demuestre lesión alguna que explique las crisis abdominales agudas que son tan dolorosas.

Dentro de ellos pueden considerarse los siguientes sin entrar en detalles específicos:

1 — Síndrome doloroso abdominal de origen hipofisario que se presenta de dos maneras:

a) Dolor espástico con cólico intestinal.

b) Dolor con paresia intestinal o íleo paralítico.

2 — Síndrome doloroso abdominal de origen paratiroideo, descrito como tetania visceral, producido por estados espasmofílicos debido a insuficiencia paratiroidea.

3 — Insuficiencia suprarrenal aguda." (1).

(1) Lecciones de Clínica Médica, cuarta serie, segunda edición, pag. 254-255. Edición Librería Do Globo Porto Alegre.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS:

La cavidad peritoneal está revestida de:

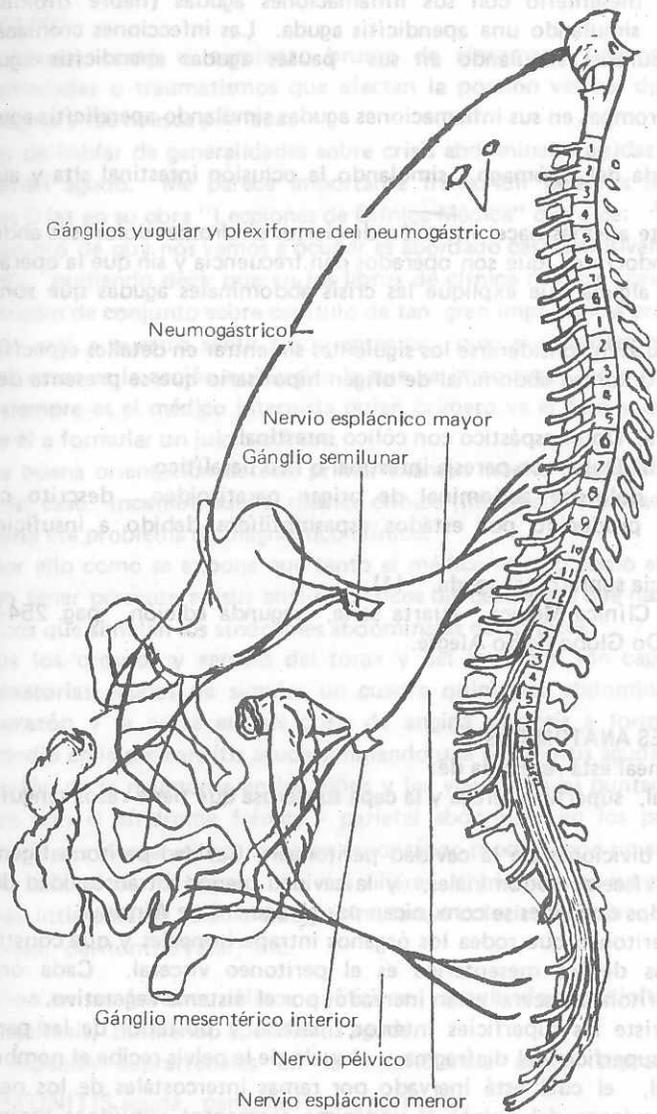
La capa mesotelial, superficie serosa y la capa subserosa que tiene vasos sanguíneos y linfáticos.

Hay dos grandes divisiones de la cavidad peritoneal: Cavidad peritoneal general, que contiene las vísceras abdominales, y la cavidad menor o transcavidad de los epiplones. Estas dos cavidades se comunican por el agujero de Winslow.

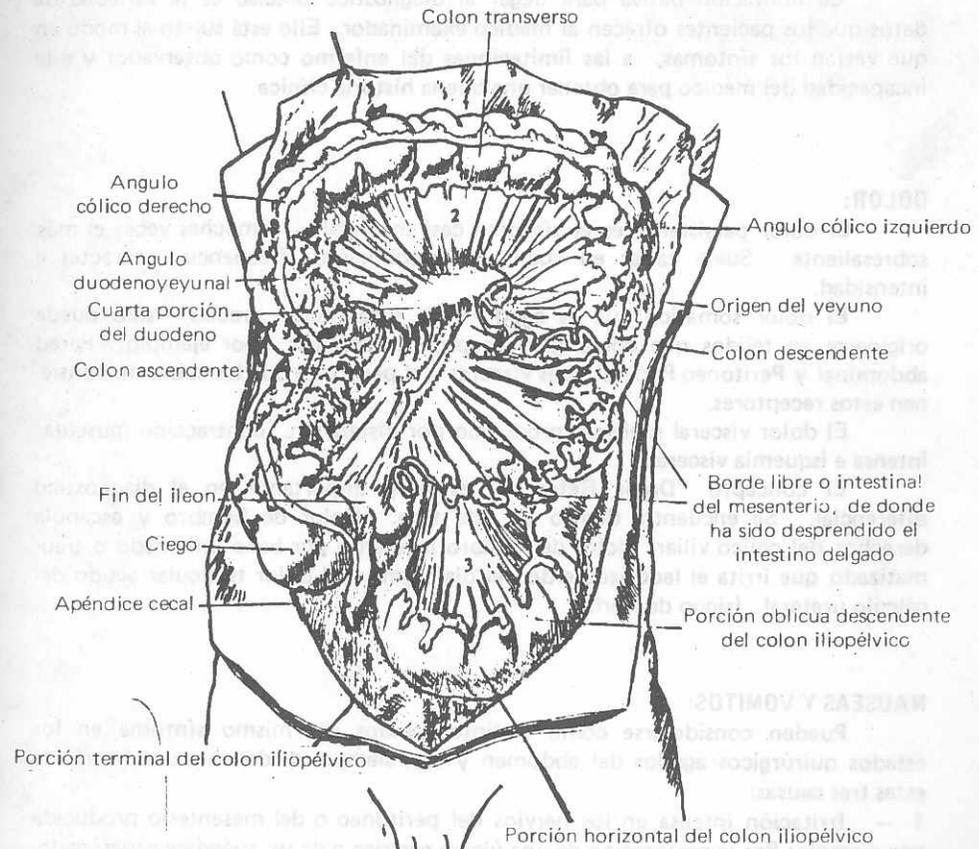
La porción del peritoneo que rodea los órganos intraperitoneales y que constituye los revestimientos de los mesenterios es el peritoneo visceral. Cada órgano abdominal y el peritoneo visceral están inervados por el sistema vegetativo.

La parte que reviste las superficies interior, lateral y posterior de las paredes abdominales, la superficie del diafragma y el suelo de la pelvis recibe el nombre de peritoneo parietal, el cual está inervado por ramas intercostales de los nervios raquídeos que provienen del quinto al undécimo segmentos raquídeos torácicos. También los nervios frénicos que inervan el diafragma y superficie peritoneal.

Es por eso que la localización del dolor que explica el paciente con un problema abdominal agudo está influida por la inervación del abdomen de estos dos sistemas nerviosos.



INERVACION SIMPATICA Y PARASIMPATICA DEL ESTOMAGO E INTESTINO. ESQUEMA PARA DAR IDEA DE LA INERVACION SIMPATICA Y PARASIMPATICA DEL ESTOMAGO Y DEL INTESTINO



INTESTINO GRUESO VISTO POR DELANTE, DESPUES DE QUITAR EL INTESTINO DELGADO, PARA VER LOS PLIEGUES DEL MESENTERIO

1, Raiz del mesenterio; 2, mesocolon transverso; 3, mesocolon iliopélvico.

ORIENTACION DIAGNOSTICA:

INTERROGATORIO:

El diagnóstico de abdomen agudo depende del reconocimiento de los hechos, de la identificación de la necesidad de tratamiento y de la colaboración del paciente.

La limitación básica para llegar al diagnóstico preciso es la variedad de datos que los pacientes ofrecen al médico examinador. Ello está sujeto al modo en que varían los síntomas, a las limitaciones del enfermo como observador y a la incapacidad del médico para obtener una buena historia clínica.

DOLOR:

El dolor persistente es el síntoma casi invariable, y muchas veces el más sobresaliente. Suele variar en cuanto a distribución, frecuencia, carácter e intensidad.

El dolor somático que es agudo y de localización precisa, sólo puede originarse en tejidos que contengan receptores somáticos, por ejemplo: Pared abdominal y Peritoneo Parietal. Las vísceras y el peritoneo que las cubre no contienen estos receptores.

El dolor visceral suele ser producido por distensión, contracción muscular intensa e isquemia visceral.

El concepto "Dolor Referido" es muy importante en el diagnóstico diferencial. Se encuentra dentro de este tipo: Dolor de hombro y escápula derechos del cólico viliar, dolor de hombro izquierdo por bazo inflamado o traumatizado que irrita el lado izquierdo del diafragma y el dolor testicular agudo del cálculo ureteral. (signo de Kerh).

NAUSEAS Y VOMITOS:

Pueden considerarse como distintos grados del mismo síntoma en los estados quirúrgicos agudos del abdomen y casi siempre se deben a una o más de estas tres causas:

- 1 — Irritación intensa en los nervios del peritoneo o del mesenterio producida por ejemplo: Por la perforación de una úlcera gástrica o de un apéndice gangrenado.
- 2 — Obstrucción de un conducto dotado de musculatura lisa, que puede ser el colédoco, un uréter, el conducto uterino, el intestino o el apéndice vermiforme.
- 3 — La acción sobre los centros bulbares de toxinas absorbidas como drogas (Apomorfina) desde el intestino.

Los umbrales del vómito suelen variar en cada individuo. Los vómitos muy profusos suelen indicar obstrucción apendicular. Los vómitos de las enfermedades abdominales quirúrgicas pueden ser tempranos y graves y estar muy relacionados con el comienzo del dolor, como en la obstrucción intestinal alta, o bien presentarse ulteriormente como sucede en la obstrucción intestinal baja.

RELACION ENTRE DOLOR Y VOMITO:

Es importante averiguar siempre el momento exacto del vómito en relación con el comienzo del dolor.

El vómito precoz que se presenta poco después del dolor está relacionado con irritación repentina y fuerte del peritoneo o del mesenterio.

Es precoz, súbito y violento en la obstrucción aguda del ureter o del colédoco por un cálculo.

En la oclusión intestinal el intervalo que precede a la aparición de los vómitos es un dato que sirve hasta cierto punto para suponer a que nivel del intestino se encuentra el obstáculo. En la obstrucción del duodeno por un cálculo viliar los vómitos aparecen casi tan pronto como el dolor, son violentos y frecuentes. Si la obstrucción es en el extremo distal del ileón, el vómito puede tardar cuatro o más horas.

En la apendicitis el dolor precede casi siempre a los vómitos; por lo regular se presentan tres o cuatro horas después, pero pueden aparecer tardados de doce a veinticuatro horas o más en aparecer.

Es raro que los vómitos coincidan con el comienzo del dolor, y más que este se inició después de aquellos.

FRECUENCIA DE LOS VOMITOS:

Varía generalmente, en razón directa de la agudeza del proceso. Los vómitos frecuentes al principio de un ataque agudo de apendicitis indica a veces el apéndice distendido más allá de una estrechez o una concreción y avisa el peligro inmediato de que se perfora.

Sin embargo hay muchas enfermedades abdominales graves en las cuales los vómitos son infrecuentes, escasos o faltan.

En la hemorragia interna por rotura de embarazo ectópico, a menudo hay pocos vómitos o ninguno.

En la perforación de una úlcera del estómago o del duodeno suele haber un período latente antes de que se manifiesten los síntomas de peritonitis, pudiendo faltar los vómitos y las nauseas.

En la oclusión del intestino grueso los vómitos son tardíos o infrecuentes. En las oclusiones del intestino delgado los vómitos son frecuentes y copiosos.

CARACTER DE LAS MATERIAS VOMITADAS:

En la gastritis aguda: Hay contenido alimenticio mezclado con un poco de bilis.

En los cólicos los vómitos son biliosos.

En la obstrucción intestinal el vómito varía, primero alimenticio, luego bilis, después líquido amarillo viscoso, luego sólo amarillo y finalmente pardo de olor fecal.

DEPOSICIONES:

Es importante saber si hubo variación en la función intestinal, cuando había sido normal.

Un estreñimiento que dura varios días en una persona que no ha tenido dificultades previas puede ser síntoma serio, sobre todo si hay dolor abdominal o flatulencia concomitante.

En los niños con apendicitis suele haber deposiciones sueltas que representan verdadera diarrea.

Cuando existan dolor hipogástrico y diarrea, seguidos de dolor a la presión en el hipogastrio y estreñimiento, se deberá sospechar un absceso de la pelvis.

MENSTRUACION:

Como el embarazo y los trastornos a que da lugar influyen, tanto en la salud y en las enfermedades de las mujeres, es esencial informarse acerca de la irregularidad de la menstruación.

ANTEDECENTES:

Es importante obtener información si el paciente ha padecido antes otras enfermedades. (tifoidea, peritonitis, apendicitis o neumonía), que pueden tener relación con la actual.

OTROS PARAMETROS QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA:

- 1 - Aspecto General del Paciente.
- 2 - Actitud del enfermo al caminar; si puede hacerlo al estar de pie, o al estar en la cama.
- 3 - Pulso.
- 4 - Frecuencia respiratoria; La relación entre la frecuencia del pulso y la respiratoria, tiene más valor diagnóstico que separadas.
- 5 - Temperatura.
- 6 - Lengua.
- 7 - Exploración del Abdomen.
- 8 - Movimientos Respiratorios.
- 9 - Dolor de Rebote.
- 10 - Palpación y percusión del abdomen.
- 11 - Rigidez.
- 12 - Hiperestesia.
- 13 - Palpación bimanual de la región lumbar.
- 14 - Exploración de la contractura del músculo psoas ilíaco.
- 15 - Matidez Hepática.
- 16 - Líquido libre.
- 17 - Exploración de la Cavidad Pélvica.
 - 17.1 Palpación y percusión supra-pélvica.
 - 17.2 Tacto Rectal.
 - 17.3 Signo de la Rotación del muslo.
- 18 - Otros.

APENDICITIS AGUDA:

APENDICE:

El Apéndice en el hombre es una estructura misteriosa que no tiene función conocida, su tamaño varía mucho, y suele tener diámetro de 0.5 a 1 centímetro; recibe vasos sanguíneos, nervios y vasos linfáticos, suele estar situado directamente en el extremo de la cintilla muscular anterior del colon, aunque pueden encontrarse en otras posiciones defectuosas que en determinadas circunstancias pueden causar dolor.

Histológicamente el apéndice consta de cuatro capas:

- a) Mucosa.
- b) Sub Mucosa.
- c) Muscular.
- d) Serosa.

Las enfermedades del apéndice destacan en la práctica quirúrgica.

La Apendicitis es la enfermedad abdominal aguda más frecuente que trata el cirujano. Al mismo tiempo es una de las entidades clínicas mejor conocidas y uno de los problemas diagnósticos más difíciles que puede encontrar el clínico.

FRECUENCIA:

Es una enfermedad muy frecuente que ocurre en cualquier edad. Es relativamente rara en la lactancia y en la vejez. Tiende a predominar en adultos jóvenes. Aunque se han descrito en diversos decenios diferencias en la frecuencia según el sexo.

TIPOS DE APENDICITIS:

Se describen gran número de Apendicitis Aguda. Pero es importante tomar en cuenta las tres variedades de Jalaguer:

- 1 - Apendicitis Aguda Catarral o Ligera (Inflamatoria).
- 2 - Apendicitis Supurada, Ulceroosa o Perforada.
- 3 - Apendicitis Gangrenosa:
 - a) Gangrenosa por Isquemia.
 - b) Gangrenosa por Infección.

SINTOMATOLOGIA:

Los cuadros clásicos con el cortejo de síntomas descritos para Apendicitis Aguda están lejos de ser la regla. De ahí que es necesario, para no caer en contemporizaciones perjudiciales, recordad que hay signos importantes y constantes y signos complementarios; Los primeros serán casi siempre los síntomas guías e indicación de la intervención; los segundos estén o no estén presentes, nada tienen que hacer para decidir la intervención.

SINTOMAS IMPORTANTES Y CONSTANTES: Síntomas Guías

- 1 — Dolor, único síntoma.
- 2 — El síndrome de Epigastrio.
- 3 — Disociación Temperatura Rectal y Auxiliar.

DOLOR:

Signo más importante, el único constante que indica al médico dónde está el padecimiento, es la voz del Apéndice enfermo.

En la mayoría de los casos dice Zacarías Cope: "El dolor se asienta primero en la región epigástrica o umbilical y sólo después se localiza en la fosa ilíaca derecha".

Por eso cuando nos encontramos ante un caso que se inicia 24 o 48 horas con dolor en el epigastrio o no, y luego se localiza en la fosa ilíaca derecha nos faltan todos los otros síntomas y signos de apendicitis, en estos casos tratamos de darle al dolor la importancia que el mismo tiene.

SINDROME EPIGASTRICO:

Es un síndrome que se encuentra generalmente al principio de las apendicitis graves.

Se observa dice: Rove, término medio, durante las seis primeras horas del ataque, precediendo los signos clásicos de la región ilíaca derecha. Las causas del dolor inicial son probablemente dos. La primera y más importante, es el hiperperistaltismo del apéndice, exitado por la obstrucción relativa o absoluta de su luz por una concreción, una acodadura o la tumefacción de la mucosa; la infección bacteriana hace que se acumulen productos irritantes que determinan distensión de la luz del apéndice. La segunda causa del dolor epigástrico puede ser un espasmo reflejo del píloro.

El dolor epigástrico es más intenso y definido si hay una obstrucción considerable de la luz del Apéndice.

Su localización en la fosa ilíaca suele ocurrir unas horas después de haberse iniciado el dolor difuso en la región epigástrica o en la umbilical.

Rove interpreta este síndrome por irritación de los nervios del gran epiplón sea por el desplazamiento rápido de este órgano hacia el apéndice, sea por la extensa toxicidad de los productos reabsorbidos por él, como el gran epiplón deriva de la parte dorsal del Meso Gastrium Primitivo, debido a la vecindad con la curvatura mayor del estómago.

DISOCIACION TEMPERATURA AXILAR Y RECTAL:

El profesor Pavlovsky considera de gran utilidad anotar siempre en sospecha de apendicitis las dos temperaturas (axilar y rectal).

Debe investigarse la temperatura rectal y se verá la marcada disociación siempre mayor de medio grado y que no es raro ver alcanzar hasta dos grados y efectuada la operación se han encontrado apéndices bien enfermas a veces perforada o gangrenosa y donde la temperatura axilar apenas si alcanzaba a 37 c.

Aunque no solo la apendicitis determina ese aumento sino también cualquier otra afección localizada a nivel de Abdomen que invade el peritoneo, por ejemplo la colecistitis, anexitis.

Desde el punto de vista práctico esa disociación es un signo de considerable importancia en el diagnóstico de la Apendicitis Aguda.

Dice Zacarías Cope que la fiebre puede faltar al principio del ataque, pero casi siempre la hay antes de que hayan transcurrido veinticuatro horas.

Cuando no se ha perforado el Apéndice, la temperatura no suele rebasar mucho lo normal; la elevación media es de un grado o grado y medio.

Son posibles los errores por no estar aumentada en el momento de iniciarse el dolor, pudiéndose confundir una apendicitis que acaso sea gravísima con un simple cólico intestinal.

SIGNOS COMPLEMENTARIOS:

Hiperestesia cutánea o signo de Dieulafoy: Es el dolor exagerado que presenta la piel de la fosa ilíaca derecha al menor pellizcamiento de la piel. Generalmente se presenta a la hora de haberse presentado el ataque.

SIGNO DE ROVSING (DE COPENHAGUE):

Haciendo presión en la fosa ilíaca izquierda, sobre el colon izquierdo y remontando hacia el ángulo esplénico, para seguir el colon trasverso en sentido inverso del curso de las materias fecales de los gases, se provoca un dolor que el enfermo acusa en la región apendicular. Es el signo más constante y precoz, este signo puede ser positivo en casos de colecistitis aguda, de heridas al colon trasverso, en esos casos el dolor se produce en el hipocondrio derecho.

SIGNO DE BLUMBERG (O DE REBOTE):

Dolor a la descompresión sobre el punto de Mac Burney, que se obtiene ejerciendo una presión lenta pero enérgica en el punto clásico de Mac Burney, y retirando bruscamente la mano que ejerce la presión.

AUSENCIA DEL REFLEJO CUTANEO ABDOMINAL DERECHO:

Hipoestesia de Metzger: Se constata, dice Metzger, en la mayor parte de los casos, que el enfermo presenta una anestesia al pinchar la piel con un alfiler a veces tan acentuada que se la puede atravesar sin dolor (en la Fosa Ilíaca Derecha).

DEFENSA DE LA PARED:

Generalmente, el comienzo de una apendicitis va acompañado con defensa de la pared, por contractura de los músculos del abdomen.

Al principio la contractura de la pared se localiza en la fosa ilíaca derecha y a medida que el proceso apendicular avanza (perforación, peritonitis) la defensa muscular se generaliza.

Aparte de que hay un cierto número de procesos capaces de provocar esa contractura de defensa, no hay que olvidar que Apendicitis agudas graves, perforadas y con peritonitis pueden evolucionar sin que se provoque la menor defensa.

SIGNO DE CHUTRO:

Es la desviación del ombligo hacia la derecha debido a la defensa abdominal de ese lado, por contractura de los músculos correspondientes.

SEGUN MURPHY:

"Los síntomas se presentan, casi sin excepción en un orden y, cuando ese orden varía siempre es dudoso el diagnóstico". He aquí la marcha de los acontecimientos según Murphy:

- 1 - Dolor, generalmente epigástrico o umbilical.
- 2 - Náusea o vómitos.
- 3 - Dolor a la presión en la fosa ilíaca.
- 4 - Fiebre.
- 5 - Leucocitosis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Neumonía.
- Enterocolitis.
- Gastritis.
- Neumotórax espontáneo.
- Helmintiasis intestinal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON AFECCION QUIRURGICA:

- Colecistitis Aguda.
- Perforación de Vesícula en Peritoneo Libre.
- Úlcera perforada de estómago o duodeno.
- Pancreatitis Aguda.
- Quiste amebiano del hígado en peritoneo libre.
- Quiste hidatídico.
- Litiasis Renal.
- Pielonefrosis calculosa.
- Absceso perinefrítico metastásico.
- Hidronefrosis intermitente.

TRATAMIENTO:

El único tratamiento para apendicitis aguda es la intervención quirúrgica y cuidados post-operatorios de la misma.

PANCREATITIS AGUDA:

Se han estudiado diversos factores como causa de pancreatitis. Los tres más importantes son: Cálculos biliares, Alcohol y procesos "Idiopáticos"; los corresponden del 90 al 95 % de todos los casos de pancreatitis aguda; hay factores diversos que intervienen en el 5 al 10 % restantes de enfermos.

En ocasiones un cálculo enclavado en el conducto colédoco que obstruya el orificio del conducto Pancreático producirá pancreatitis ya sea por el reflujo tanto de secreciones pancreáticas como biliares.

Existen muchas teorías acerca del alcoholismo relacionado con pancreatitis. El alcohol dado por vía intravenosa altera la función pancreática; dado por vía intestinal estimula la producción gástrica del ácido, y secundariamente al páncreas.

La pancreatitis aguda rara vez se presenta antes de los cuarenta años y es más frecuente en las personas corpulentas que en las delgadas.

Consideraciones Anatómicas: El Páncreas se encuentra en el espacio retroperitoneal en relación estrecha con el Plexo Solar y los Gánglios semilunares. La cabeza del páncreas está rodeada por el duodeno, al que se superpone ligeramente; su cuerpo se halla delante de la primera vértebra lumbar y la cola llega hasta la fosa lumbar izquierda, junto al íleo esplénico.

SINTOMAS:

Los síntomas patognomónicos que son uno o dos, se observan pocas veces, y antes de emitir un diagnóstico es preciso examinar con cuidado y conjuntamente los más constantes.

SINTOMAS DEBIDOS A LA DISTENSION INFLAMATORIA DE LA GLANDULA:

DOLOR:

El comienzo Agudo suele ser repentino y dramático; algunos enfermos sufren un síncope, el dolor es muy fuerte y hace gritar al paciente. Se localiza en el epigastrio y en una o en las dos fosas lumbares.

La topografía del páncreas explica el dolor en estos últimos puntos, y la proximidad del plexo solar, su intensidad. Algunas veces asienta en la región escapular izquierda y ocasionalmente en la fosa supraespinosa izquierda (Dolor Frénico). Después disminuye de intensidad, pero se le puede percibir en todo el abdomen o quizá más en la fosa ilíaca derecha.

CHOQUE:

El dolor va acompañado generalmente de choque profundo, que se revela por frialdad de las extremidades, el sudor que cubre la piel, pulso débil y la temperatura subnormal; esta puede ser de 35°C . El pulso es ordinariamente rápido y débil.

VOMITOS Y NAUSEAS DE ORIGEN REFLEJO:

Los hay casi siempre. Algunas veces las náuseas son incesantes, pero por lo general, se expulsa muy poco contenido gástrico, en algunos casos no hay sensación de náuseas.

DOLOR EPIGASTRICO A LA PRESION:

Es un síntoma constante.

DEFENSA MUSCULAR EPIGASTRICA:

No es constante.

SINTOMAS DEBIDOS A LA TUMEFACCION DEL PANCREAS:

Tumor epigástrico: Algunas veces es palpable el páncreas como un tumor situado transversalmente en el epigastrio.

ICTERICIA:

En la mitad de los casos, poco más o menos, hay subictericia. Como en la explicación más razonable de la ictericia es la comprensión del colédoco por la cabeza del páncreas hinchado.

VÓMITOS OCLUSIVOS:

Los verdaderos vómitos oclusivos de grandes cantidades de material fecaloideo o bilioso son muy raros. Este tipo de vómito se debe distinguir del vómito reflejo, más frecuente.

SINTOMAS DEBIDOS A LA EXTRAVASACION DE SANGRE:

Equimosis: En la Pancreatitis hemorrágica, parte de la sangre extravasada puede abrirse paso a lo largo de los tejidos retroperitoneales y exteriorizarse en la región lumbar de uno o de ambos lados, en forma de una mancha de color verde sucio o amarillo-verdoso.

Este signo fué observado por primera vez por Grey Turner, que asimismo vió en su paciente una coloración de este tipo en la región umbilical. Cuando se presenta aquella, posee valor patognomónico, pero nunca aparece hasta dos o tres días después de haberse iniciado la enfermedad.

SINTOMAS POR TRASTORNO DE LA FUNCION PANCREATICA:

Glucosuria: Se la encuentra ocasionalmente, y en todo caso de dolor del abdomen agudo debe sugerir la pregunta de si se tratará de una afección del páncreas.

AUMENTO DE LA DIASTASA URINARIA:

La liberación de los fermentos pancreáticos aumenta la cantidad de diastasa en la orina. Normalmente ésta contiene de 10 a 30 unidades, pero en la pancreatitis aguda puede contener 100 o 200. Sin embargo, no siempre se dispone de facilidades para realizar este análisis.

Por lo común la Amilasa Sérica está elevada entre dos y 12 horas después de iniciados los síntomas, y se normaliza entre tres o cuatro días. La cantidad puede estar por encima de 200 unidades Somogyi por 100 Ml. de suero, pero en la pancreatitis aguda puede superar las 1,000 unidades. No obstante, como es factible que la amilasemia esté aumentada en forma significativa en pacientes con colecistitis, oclusión intestinal alta, insuficiencia renal aguda, etc., la determinación de la amilasa sérica no constituye una prueba fidedigna de la pancreatitis aguda como se creía anteriormente.

Se ha observado que el ritmo de excreción urinaria de amilasa refleja la cantidad de amilasa liberada desde el páncreas hacia la sangre. El empleo de la prueba urinaria de la amilasa, además de la determinación sérica de la misma, aumentará la precisión del diagnóstico de pancreatitis aguda al doble. La excreción urinaria de amilasa mayor de 1,000 unidades por hora se encuentra casi exclusivamente en pacientes con pancreatitis aguda, en tanto las cantidades menores se relacionan más a menudo con otras enfermedades.

La elevación de las actividades sérica y urinaria de Lipasa también se relaciona con la pancreatitis aguda. La interpretación de los resultados de la prueba de la lipasa está sujeta a las mismas limitaciones que hay en las determinaciones de Amilasa, puesto que se ha encontrado hiperlipasemia en pacientes con enfermedad gastrointestinal no pancreática.

OTROS SINTOMAS:

Cianosis: Se le ha observado en un número considerable de casos. Se le aprecia mejor en la cara y en las extremidades, pero algunas veces es visible en la piel del abdomen.

DISNEA:

Presente en ocasiones.

PRUEBA DE LOEWI:

O midriasis adrenalínica es positiva algunas veces. Consiste en instilar una o dos gotas de solución de Adrenalina al milésimo en un saco con juntival y repetirlo a los cinco minutos; al cabo de media hora, si la prueba es positiva, debe dilatarse solamente la pupila del ojo en que se instiló la Adrenalina.

DIAGNOSTICO:

Es frecuentísimo confundir la pancreatítis aguda con la Perforación de una úlcera gástrica o duodenal. Los casos menos agudos se pueden tomar por apendicitis y en aquellos en que hay meteorismo es fácil diagnosticar una Oclusión Intestinal. La colecistítis aguda y el Cólico Hepático también pueden simular una pancreatítis. Por mucho cuidado que se ponga en la exploración es frecuente que la Pancreatítis aguda sólo se diagnostique con seguridad después de abierto el abdomen y encontrar un líquido sanguinolento y zonas de necrosis grasa en el páncreas.

AFECIONES GINECOLOGICAS AGUDAS:

La disposición anatómica de los órganos genitales femeninos al ubicarse en la pelvis y relacionarse con el apéndice, con el asa sigmoidea, con el Divertículo de Meckel, que son capaces de producir afecciones quirúrgicas agudas del abdomen, hace que se confundan con facilidad los diagnósticos.

Pavlovsky divide las afecciones ginecológicas agudas en seis grupos:

PRIMER GRUPO:

Metritis, Salpingo—Ovaritis, Peritonítis gonocócica.

SEGUNDO GRUPO:

Tuberculosis Utero—Anexial

TERCER GRUPO:

El tercer grupo de las afecciones ginecológicas agudas que entran en primera línea en las afecciones quirúrgicas agudas del abdomen porque requieren una intervención inmediata son:

A. Los quistes mucoideos del ovario que hacen torción aguda de su pedículo.

B. El vólvulus de la trompa.

C. La torción de tumores sólidos anexiales (fibroma del ovario; fibroma pediculado del útero).

CUARTO GRUPO:

Lo constituye el embarazo ectópico con su ruptura brusca dando el famoso cuadro de hemorragia interna cataclísmica.

QUINTO GRUPO:

Perforación de un piosalpinx.

SEXTO GRUPO:

Fibroma y embarazo; torción axial aguda del útero fibromatoso.

A continuación se describen únicamente las afecciones ginecológicas que provocan cuadro de abdomen agudo con frecuencia.

INFECCION PELVICA:

Excepcionalmente en las niñas o en las mujeres vírgenes pueden producirse estas infecciones agudas capaces de entrar en la discusión del diagnóstico de Abdomen Agudo.

Después del parto se puede presentar una peritonítis pélvica que unas veces es de naturaleza séptica y otras, las más, de origen gonocócico. El flujo vaginal de la madre o la infección de las conjuntivas del niño pueden dar la clave.

Habrà dolor espontáneo y a la presión en el hipogastrio, vómitos o náuseas y dolor bilateral en el fondo del útero.

LA SALPINGITIS AGUDA:

Suele estar causada por infección gonocócica. Otra causa es la infección por estafilococos o estreptococos. También la pueden producir el colibacilo (*Escherichia Coli*) y el neumococo.

La frecuencia máxima se observa entre los 15 y los 30 años de edad.

La sintomatología es el de un ataque de peritonítis pélvica: el dolor hipogástrico, náuseas o vómitos y fiebre que puede llegar a 39.5° C. El reconocimiento revela dolor a la presión en las dos fosas ilíacas y en la región ruprapúbica. En algunos casos el hipogastrio está rígido y se mueve poco al respirar; puede haber gran meteorismo. Por el exámen de la vulva se encuentran a veces signos de hemorragia o flujo purulento. La palpación de los fondos de saco laterales es dolorosa en ocasiones.

Suele confundirse con la Apendicitis. La diferencia está en el orden en que se suceden los síntomas que son más característicos en la apendicitis. En la Salpingítis el dolor es más localizado en el lado izquierdo, cosa que muy rara vez se presenta en la apendicitis.

Un flujo vaginal en el que se encuentran gonococos es muy significativo.

PIOSALPONGITIS:

Muchas salpingítis se mitigan y dan lugar a una colección de pus en la trompa de Falopio o sea una piosalpingítis, que en la mayoría de las veces es bilateral.

Se palpa una tumefacción dolorosa y bilateral en el fondo del saco de Douglas.

Los síntomas de una piosalpingítis perforada son muy graves, porque con frecuencia hay infección secundaria del saco purulento por gérmenes distintos del gonococo.

EMBARAZO ECTOPICO:

El embarazo ectópico consiste en el desarrollo de un óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. La rotura de este embarazo es bastante frecuente y se acompaña de síntomas característicos pero muchas veces no se diagnostica correctamente.

En condiciones normales, la fecundación del óvulo probablemente ocurre en la trompa de Falopio, y una causa cualquiera puede impedir su migración hacia el útero con el resultado de un embarazo extrauterino.

El sitio en que con más frecuencia se desarrolla el embarazo ectópico es el pabellón de la trompa de Falopio; más raro es encontrarlo en el istmo, y todavía más en la porción tubouberina o en un cuerpo rudimentario del útero, localización que, desde el punto de vista clínico, debe incluirse en el mismo grupo.

El diagnóstico de embarazo tubárico suele efectuarse cuando se ha producido la rotura, esta catástrofe constituye una de las mayores urgencias abdominales. La rotura suele producirse seis a 12 semanas después de iniciado el embarazo, y no se descubre hasta que se ha producido la catástrofe.

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO:

Dolor Abdominal:

1. Antes de la rotura del saco.
2. En el momento de la rotura primitiva.
3. Unos días o semanas después de la rotura.

1.- Antes de la rotura del saco:

Diagnosticar la afección antes de que se produzca la rotura del saco evita muchas complicaciones.

Síntomas:

- Amenorrea (de uno a dos meses)
- Dolor hipogástrico.
- Hemorragia uterina.
- Dolor local en el hipogastrio al hacer presión hacia un lado de la pélvis.

- Pequeño tumor doloroso a la presión en el fondo de saco lateral de la vagina.
- Expulsión de una membrana por la vagina.

PALPACION BIMANUAL:

La palpación bimanual descubre un pequeño tumor redondeado, móvil y doloroso a la presión en un lado del útero, en uno u otro de los fondos de saco laterales de la vagina o sea en el mismo lado en que se asienta el dolor a la palpación. También se palpa el útero un poco aumentado de tamaño.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Según Zacarías Cope el embarazo tubárico, al principio y antes de la rotura, necesita ser diferenciado de los siguientes procesos:

- Gastrítis.
- Apendicítis.
- Aborto Uterino inminente.
- Pio hidrosalpingítis.
- Pequeño quiste ovárico o del ligamento ancho.

ROTURA DE UN EMBARAZO TUBARICO:

Síntomas:

- Dolor abdominal súbito.
- Vómitos.
- Tendencia al síncope o síncope verdadero.
- Anemia repentina y colapso con pulso pequeño y rápido y temperatura subnormal.
- Abdomen doloroso y abultado.
- Presencia de líquido libre en la cavidad abdominal.
- Dolor a la presión en el fondo de saco de Douglas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En ocasiones es difícil el diagnóstico diferencial con la apendicítis pélvica, la piosalpingítis o la retroversión del útero grávido.

MATERIAL Y METODO:

Todos los pacientes que se presentaron con problema de abdomen agudo no traumático, en el Hospital Nacional "SANTA ELENA" de Santa Cruz del Quiché.

Estudio prospectivo de todos los casos con problema abdominal agudo que se presentaron en el período comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1980.

Se elaboró una ficha clínica como patrón de la investigación, haciendo en las mismas las anotaciones correspondientes en el momento de presentarse algún paciente con signología y sintomatología de abdomen agudo, realizándose además, seguimiento de los casos en las salas del Hospital, revisando papeletas laboratorios, etc., para cumplir con lo propuesto en la investigación.

RECURSOS:

MATERIALES:

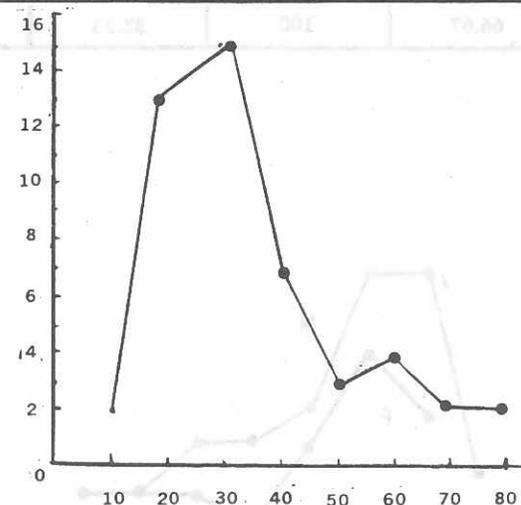
- Ficha clínica que fué elaborada como patrón de la investigación.
- Fichas clínicas del Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché.
- Registro y estadísticas de morbilidad del Hospital.
- Protocolo de investigación, Facultad de Ciencias Médicas.
- Instrumentos de evaluación y estandarización de datos.
- Libros de texto y revistas médicas.
 - La revisión de bibliografías se efectuó en los siguientes lugares:
 - Biblioteca de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
 - Biblioteca del Hospital General "San Juan de Dios", Guatemala.
 - Biblioteca del Hospital General del I.G.S.S. Guatemala.
 - Biblioteca del Hospital Nacional "Santa Elena" Sta. Cruz del Quiché.

HUMANOS:

- Dr. German Aguilar, Director del Hospital de Santa Cruz del Quiché.
- Personal Médico y paramédico del mismo hospital.
- Laboratorio clínico del Hospital "Santa Elena".

CUADRO # 1
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO
EDAD Y PORCENTAJE

EDAD	# DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 10	2	4.17
11 - 20	13	27.08
21 - 30	15	31.25
31 - 40	7	14.58
41 - 50	3	6.25
51 - 60	4	8.33
61 - 70	2	4.17
71 - 80	2	4.17
TOTAL	48	100 %

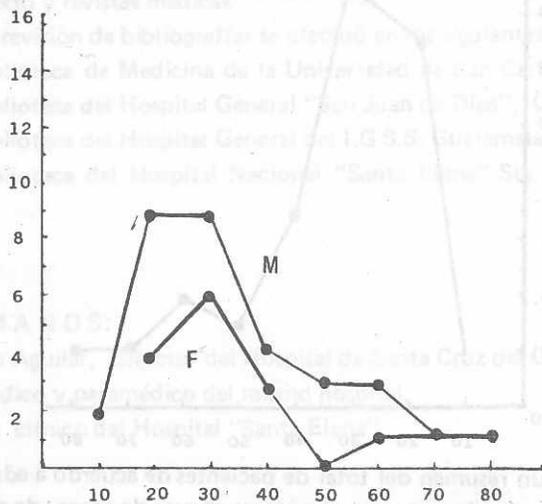


Muestra un resumen del total de pacientes de acuerdo a edad por décadas. En la misma se puede observar que el número mayor de casos, de abdomen agudo no traumático fueron de 11-30 años, además fué poco frecuente en pacientes menores de 10 años y en pacientes mayores de 60 años.

Esto es fácil de comprender, si recordamos que el diagnóstico de apendicitis aguda es muy frecuente en estas edades y que al final resultó ser efectivamente la entidad clínica que se presentó con más frecuencia en este trabajo.

CUADRO # 2
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
 EDAD Y SEXO

E D A D	MASCULINO	%	FEMENINO	%
0-10	2	6.25	0	0
11-20	9	28.12	4	25
21-30	9	28.12	6	37.5
31-40	4	12.50	3	18.75
41-50	3	9.37	0	0
51-60	3	9.37	1	6.25
61-70	1	3.12	1	6.25
71-80	1	3.12	1	6.25
TOTAL	32	100	16	100
%	66.67	100	33.33	100



Se señala edad y sexo de los pacientes que sufrieron abdomen agudo, se encontró que el sexo más afectado fué el masculino con 66.67%, dentro de estos la edad más afectada fué de 11-30 años, mientras que el sexo femenino fué menos afectado con un 33.33% y dentro de ellas la edad más afectada siempre fué de 11-30 años.

CUADRO # 3
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
 ENTIDAD CLINICA, PORCENTAJE Y EDAD

Entidad Clínica	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Sub Total	%
Apendicitis aguda	2	5	8	3	2	2	1	0	23	47.92
vesícula biliar	0	0	4	2	0	1	0	1	8	16.67
perforación tífica	0	3	1	0	0	0	0	0	4	8.33
Intususcepción	0	2	0	0	0	0	0	0	2	4.17
Vólvulus	0	0	0	1	0	0	1	1	3	6.25
Infección urinaria	0	0	0	0	1	1	0	0	2	4.17
Trombosis Mesentérica	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2.08
adenitis inguinal derecha	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2.08
Quiste ovárico derecho	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2.08
OTROS *	0	2	1	0	0	0	0	0	3	6.25
TOTAL	2	13	15	7	3	4	2	2	48	100%
%	4.17	27.08	31.25	14.58	6.25	8.33	4.17	4.17	100%	100%

* INCLUYE (HEPATITIS, INFECCION PELVICA, ABSCESO PELVICO)

Se ilustra las entidades clínicas, según edad y porcentaje de cada una de ellas, en donde podemos observar que la enfermedad que con más frecuencia dió un cuadro de abdomen agudo fué apendicitis aguda con un 47.92% y la edad más afectada fué de 11-20 años y de 21-30 años, edades en las que ésta enfermedad es muy común. Le sigue en frecuencia colecistítis aguda y crónica con fase aguda, se incluyó también dos casos de hidrocolecisto con un 16.67%; la edad más afectada fué entre 21-30 años.

Cabe preguntarse cuál o cuales son los factores que hacen que la enfermedad de la vesícula biliar tanto inflamatorias como neoplásicas sean más frecuentes en estas edades en Guatemala y México, que en otras partes del mundo. Surgen dudas 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 que la enfermedad de la vesícula biliar debe ser considerada entre las causas que producen abdomen agudo en estas edades.

La edad más afectada de abdomen agudo incluyendo todas las enfermedades fué de 11-20 años con un 27.08% y de 21-30 años con un 31.25%

CUADRO # 4
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
ENTIDAD CLINICA Y SEXO

Entidad Clínica	Masculino	o/o	Femenino	o/o
Apendicitis Aguda	18	56.25	5	31.25
Vesícula biliar	1	3.12	7	43.75
Perforación Tífica	4	12.5	0	0
Intususcepción	2	6.26	0	0
Vólvulus	3	9.38	0	0
Infección Urinaria	2	6.25	0	0
Trombosis Mesentérica	1	3.12	0	0
Adenitis Inguinal derecha	1	3.12	0	0
Quiste Ovárico derecho	0	0	1	6.25
Otros *	0	0	3	18.75
Total	32	100 o/o	16	100 o/o
o/o	66.67	—	33.33	—

* INCLUYE (HEPATITIS, INFECCION PÉLVICA, ABSCESO PELVICO)

Se muestra entidad clínica por sexo. Podemos observar que la enfermedad que más afectó a los hombres fué la apendicitis aguda con un 56.25 o/o; seguida por perforación tífica con un 12.5 o/o; mientras que en las mujeres la enfermedad que con más frecuencia dió un cuadro de abdomen agudo fué la colecistitis aguda-crónica con fase aguda e hidrocolecisto con un 43.75 o/o, seguida por apendicitis aguda con un 31.25 o/o.

CUADRO #5
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
SEGUN ENTIDAD CLINICA, SU TRATAMIENTO
MEDICO O QUIRURGICO Y SEGUN CONDICION DE EGRESO

ENTIDAD CLINICA	MEDICO	Quirúrgico	CURADO	Mejorado	MUERTO
Apendicitis Aguda	0	23	6	17	0
Vesícula biliar	0	8	0	8	0
Perforación Tífica	2	2	0	2	2
Intususcepción	1	1	0	0	2
Vólvulus	0	3	0	2	1
Infección Urinaria	0	2	0	2	0
Trombosis mesentérica	0	1	0	1	0
Adenitis inguinal derecha	1	0	0	1	0
Quiste ovárico derecho	0	1	0	1	0
OTROS *	2	1	0	3	0
T O T A L	6	42	6	37	5
o/o	12.5	87.5	12.5	77.08	10.42

* INCLUYE (HEPATITIS, INFECCION PELVICA, ABSCESO PELVICO)

Indica entidad clínica, su tratamiento médico o quirúrgico y según condición de egreso; la mayoría de pacientes recibieron tratamiento quirúrgico y fué el 87.5 o/o. Esto es fácil de comprender, si recordamos que la causa más frecuente de abdomen agudo fué, apendicitis aguda y en segundo lugar fué colecistitis aguda-crónica con fase aguda e hidrocolecisto, que son enfermedades con tratamiento eminentemente quirúrgico. Además podemos observar que el 77.08 o/o de los pacientes se les dió egreso en condición de mejorado; mientras el 12.5 o/o se les dió egreso curados y el 10.42 o/o en condición de muerto. Es de hacer notar que los pacientes que se les dió egreso mejorados, fueron personas que salieron en buenas condiciones, pero no recuperados del todo. Además los dos pacientes con diagnóstico de perforación tífica que se les dió tratamiento médico fallecieron, pues llegaron al Hospital en malas condiciones y no dieron tiempo para una buena hidratación y luego tratamiento quirúrgico; de la misma manera el caso de intususcepción, que no dió tiempo para intervenirlos quirúrgicamente, el paciente llegó en muy malas condiciones, se confirmó el diagnóstico post mortem. Es de comentar que los dos pacientes que fueron operados y que aparecen como infección urinaria, fueron diagnósticos equivocados, que se comentarán más adelante.

CUADRO # 6
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
ENTIDAD CLINICA CON RESULTADO DE
ANATOMIA PATOLOGICA DE CASOS QUIRURGICOS

ENTIDAD CLINICA	POSITIVA	%	NEGATIVA	%	Sin anatomía Patológica
APENDICITIS AGUDA	16	66.67	—	—	7
VESICULA BILIAR	6	25	—	—	2
INTUSUSEPCION	2	8.33	—	—	—
QUISTE OVARICO DERECHO	—	—	—	—	1
T O T A L	24	100 %	—	—	10

En este cuadro se muestra, entidad clínica con su respectivo resultado de laboratorio de anatomía patológica de casos quirúrgicos. Observamos que 16 apéndices que se mandaron, todas fueron reportadas con inflamación aguda, se encontraron 7 sin resultado. Además enfermedad de vesícula biliar se encontró 6 casos o sea el 25% que fueron reportadas positivas, una fué reportada con inflamación aguda, una como colecistítis crónica con fase aguda y el resto con inflamación crónica y fibrosis; dos sin resultado. Es de hacer notar que los dos casos de intususcepción, se mandaron las muestras de intestino afectadas de las cuales una fué reportada con inflamación crónica y otra con inflamación aguda y crónica.

CUADRO #7
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
RECUESTO DE GLOBULOS BLANCOS POR ENTIDAD CLINICA

ENTIDAD CLINICA	1,000-5,000	5,001 - 10,000	10,001 - 15,000	15,001 - 20,000 y +	TOTAL	%
Apendicitis Aguda	—	4	9	10	23	47.92
Vesícula Biliar	—	3	3	2	8	16.67
Perforación Tífica	1	2	1	—	4	8.33
Intususcepción	—	2	—	—	2	4.17
Vólvulus	2	—	1	—	3	6.25
Infección Urinaria	—	—	1	1	2	4.17
Trombosis mesentérica	—	1	—	—	1	2.08
Adenitis inguinal derecha	—	—	1	—	1	2.08
Quiste Ovárico derecho	—	—	1	—	1	2.08
OTROS *	—	—	2	1	3	6.25
T O T A L	3	12	19	14	48	100 %
%	6.25	25	39.58	29.17	100 %	—

* INCLUYE (HEPATITIS, INFECCION PELVICA, ABSCESO PELVICO)

Se muestra el recuento de glóbulos blancos por entidad clínica, tenemos que la enfermedad que presentó más leucocitosis fué apendicitis aguda, seguida por enfermedad de la vesícula biliar con un 16.67%. Además la enfermedad que presentó menos glóbulos blancos fué volvulus, se puede observar que de todos los abdómenes agudos el 39.58% presentó leucocitos entre 10,001 — 15,000, lógicamente de acuerdo al tipo de enfermedad.

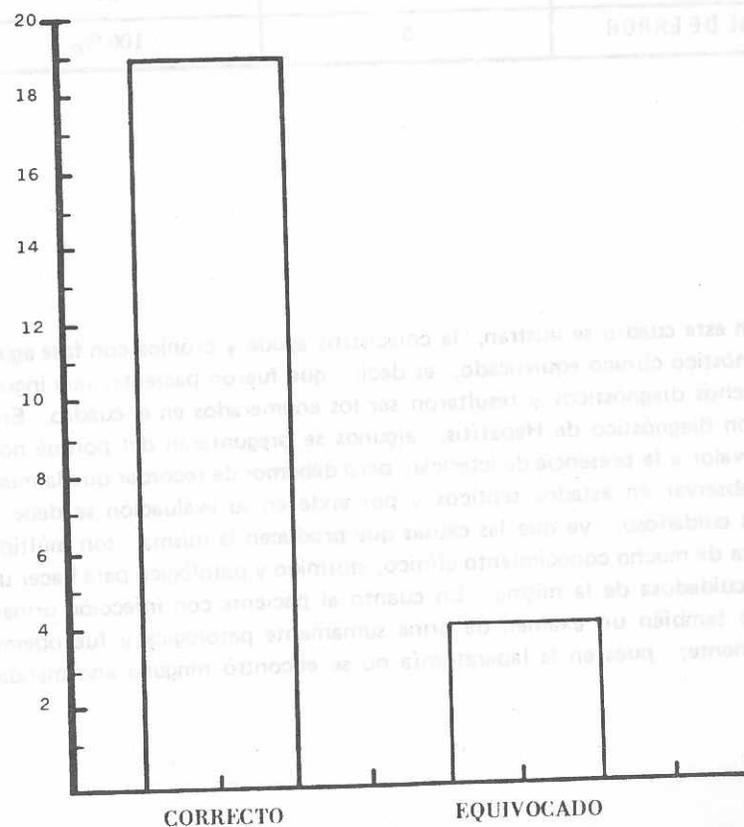
CUADRO # 3
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO
 APENDICITIS AGUDA COMO DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO

DIAGNÓSTICOS CORRECTOS	# DE CASOS	%
INFECCION URINARIA	1	25
ADENITIS INGUINAL DERECHA	1	25
TROMBOSIS MESENTERICA	1	25
QUISTE OVARICO DERECHO	1	25
TOTAL DE ERROR	4	100 %

Se muestra apendicitis como diagnóstico equivocado, es decir, que son pacientes que fueron ingresados como apendicitis aguda y que después resultaron ser los diagnósticos enumerados en este cuadro. Creemos que el error diagnóstico se debió a múltiples razones entre la que se debe de mencionar es: Conocimiento de la mayor frecuencia de esta enfermedad en determinadas edades. Se acepta en general que tanto la ruptura de un quiste del cuerpo lúteo, como la trombosis 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 un exámen de orina patológico como se encontró en dicho caso y no exponer a pacientes a tratamientos quirúrgicos innecesarios.

CUADRO # 9
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO
 APENDICITIS AGUDA, DIAGNÓSTICO CORRECTO Y EQUIVOCADO

DIAGNÓSTICO	APENDICITIS AGUDA	%
DIAGNÓSTICO CORRECTO	19	82.61
DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO	4	17.39
TOTAL	23	100 %



Se indica apendicitis aguda como diagnóstico correcto y equivocado; los resultados son sobresalientes pues el 82.61% fueron diagnósticos correctos, mientras que el 17.39% fueron equivocados.

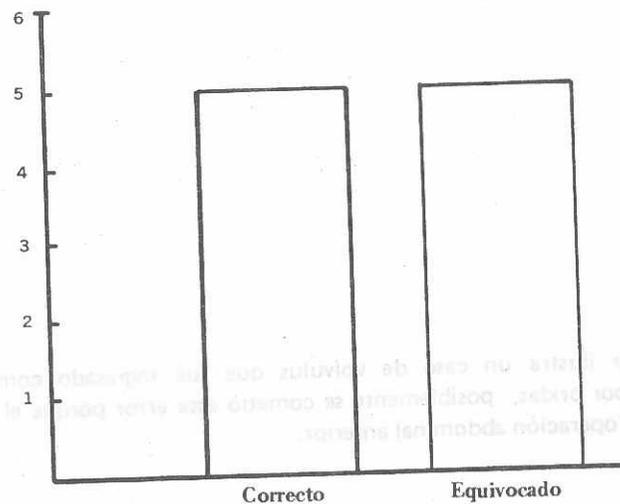
CUADRO #10
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA CON FASE AGUDA
COMO DIAGNOSTICO CLINICO EQUIVOCADO

Diagnósticos Correctos	# DE CASOS	%
HIDROCOLECISTO	2	40
HEPATITIS	1	20
LITIASIS RENAL	1	20
INFECCION URINARIA	1	20
TOTAL DE ERROR	5	100 %

En este cuadro se ilustran, la colecistitis aguda y crónica con fase aguda, como diagnóstico clínico equivocado, es decir, que fueron pacientes que ingresaron con dichos diagnósticos y resultaron ser los enumerados en el cuadro. En el paciente con diagnóstico de Hepatitis, algunos se preguntarán del porqué no se dió 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 cuanto al paciente con infección urinaria se encontró también un exámen de orina sumamente patológica y fué operado innecesariamente; pues en la laparatomía no se encontró ninguna anomalía.

CUADRO # 11
ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA CON FASE AGUDA,
DIAGNOSTICO CORRECTO Y EQUIVOCADO

DIAGNOSTICO	COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA CON FASE AGUDA	%
Diagnóstico correcto	5	50
Diagnóstico equivocado	5	50
TOTAL	10	100 %



En este cuadro se indica, la colecistitis aguda y crónica con fase aguda como diagnóstico correcto y equivocado; nos damos cuenta que 5 casos fueron diagnosticados correctamente y 5 equivocados. Es de hacer notar que de los diagnósticos equivocados hay dos casos que correspondieron a hidrocolecisto que es difícil de hacer clínicamente.

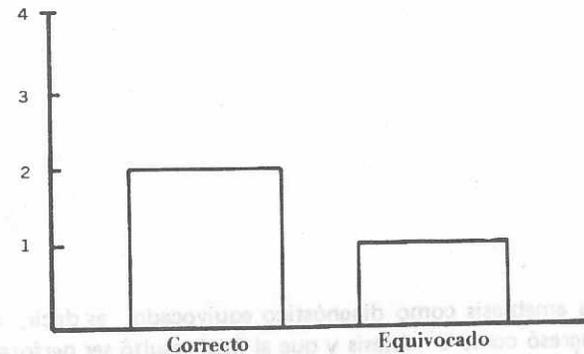
CUADRO # 12
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO
 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL X BRIDAS
 COMO DIAGNÓSTICO CLÍNICO EQUIVOCADO

Diagnóstico correcto	# DE CASOS	%
VOLVULUS	1	100 %
TOTAL DE ERROR	1	100 %

Se ilustra un caso de volvulus que fué ingresado como obstrucción intestinal por bridas, posiblemente se cometió este error porque el paciente tenía historia de operación abdominal anterior.

CUADRO #13
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO
 VOLVULUS DIAGNÓSTICO CORRECTO Y EQUIVOCADO

DIAGNÓSTICO	# DE CASOS	%
Diagnóstico correcto	2	66.67
Diagnóstico equivocado	1	33.33
TOTAL	3	100 %



Se muestra la entidad clínica, "volvulus" como diagnóstico correcto y equivocado, se observa que dos casos fueron diagnósticos correctos y uno equivocado.

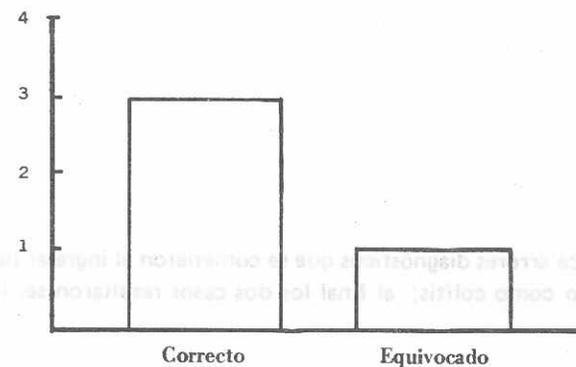
CUADRO # 14
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO
 AMEBIASIS COMO DIAGNÓSTICO CLÍNICO EQUIVOCADO

DIAGNÓSTICO CORRECTO	# DE CASOS	%
PERFORACION TIFICA	1	100 %
TOTAL DE ERROR	1	100 %

Se ilustra amebiasis como diagnóstico equivocado, es decir, que fué un paciente que se ingresó como amebiasis y que al final resultó ser perforación tífica; consideramos que la sintomatología presentada fué la causa, de que se cometiera este error; posteriormente el cuadro hematológico fué el que ayudó en parte para dar el diagnóstico correcto.

CUADRO # 15
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO
 PERFORACION INTESTINAL TIFICA DIAGNÓSTICO CORRECTO Y EQUIVOCADO

DIAGNÓSTICO	PERFORACION TIFICA	%
Diagnóstico correcto	3	75
Diagnóstico equivocado	1	25
TOTAL	4	100 %



Se muestra la perforación intestinal tífica como diagnóstico correcto y equivocado; observamos que 3 casos que corresponden a un 75% fueron diagnósticos correctos y solamente uno, o sea el 25% fué equivocado.

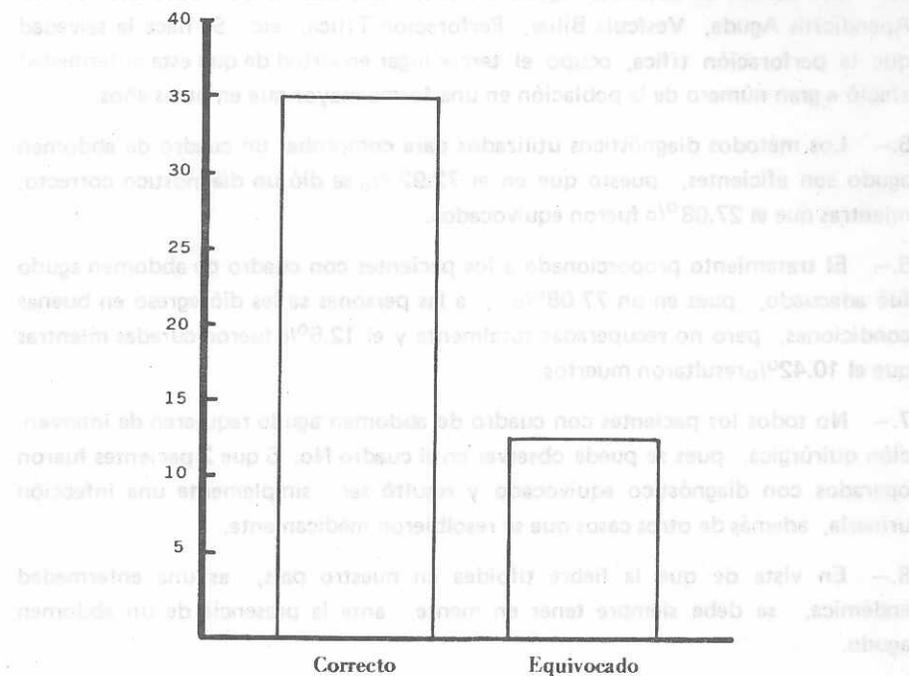
CUADRO #16
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
 COLITIS Y AMEBIASIS COMO DIAGNOSTICOS CLINICOS EQUIVOCADOS

DIAGNOSTICO CORRECTO	# DE CASOS	%
INTUSUSEPCION	2	100%
TOTAL DE ERROR	2	100%

Se indica errores diagnósticos que se cometieron al ingresar pacientes como amebiasis y otro como colítis; al final los dos casos resultaron ser intususcepción.

CUADRO #17
 ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO
 DIAGNOSTICOS CORRECTOS Y EQUIVOCADOS

DIAGNOSTICOS	ABDOMEN AGUDO	%
DIAGNOSTICO CORRECTO	35	72.92
DIAGNOSTICO EQUIVOCADO	13	27.08
T O T A L	48	100%



En este cuadro, se hace un resumen del total de casos con diagnóstico correcto y equivocado y se encontró que el 72.92% fueron correctos, mientras que el 27.08% fueron equivocados, se considera que en general fué satisfactorio, pues en la mayoría de los pacientes se dió un diagnóstico correcto; pero no hay que olvidar los casos en que se cometió error, pues son también seres humanos que merecen nuestra consideración.

CONCLUSIONES

- 1.— Se estudiaron 48 casos con diagnóstico de Abdomen Agudo en el Hospital Nacional Santa Elena, Quiché comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1980.
- 2.— Las edades más frecuentemente afectadas variaron de acuerdo al tipo de patología subyacente; sin embargo el mayor número de casos se observa entre las edades de 11-30 años.
- 3.— En nuestra serie hubo 32 hombres y 16 mujeres.
- 4.— Las causas de abdomen agudo en orden decreciente de frecuencia fueron: Apendicitis Aguda, Vesícula Biliar, Perforación Tífica, etc. Se hace la salvedad que la perforación tífica, ocupó el tercer lugar en virtud de que esta enfermedad afectó a gran número de la población en una forma mayor que en otros años.
- 5.— Los métodos diagnósticos utilizados para comprobar un cuadro de abdomen agudo son eficientes, puesto que en el 72.92% se dió un diagnóstico correcto; mientras que el 27.08% fueron equivocados.
- 6.— El tratamiento proporcionado a los pacientes con cuadro de abdomen agudo fué adecuado, pues en un 77.08% , a las personas se les dió egreso en buenas condiciones, pero no recuperadas totalmente y el 12.5% fueron curadas mientras que el 10.42% resultaron muertos.
- 7.— No todos los pacientes con cuadro de abdomen agudo requieren de intervención quirúrgica, pues se puede observar en el cuadro No. 5 que 2 pacientes fueron operados con diagnóstico equivocado y resultó ser, simplemente una infección urinaria, además de otros casos que se resolvieron médicamente.
- 8.— En vista de que la fiebre tifoidea en nuestro país, es una enfermedad endémica, se debe siempre tener en mente, ante la presencia de un abdomen agudo.

RECOMENDACIONES

- 1.— Recordar siempre que el diagnóstico temprano de un abdomen agudo es lo más importante, ya que el mismo implica tener menor morbimortalidad.
- 2.— 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; y observemos que después de un período de tiempo; suponiendo que se lleven a cabo los métodos diagnósticos adecuados; el porcentaje de diagnósticos correctos aumentará rápidamente. El cirujano no está libre de culpa en este tema; ya que confiado en las facilidades que le proporcionan las salas de operaciones puede ser que él mismo lleve a cabo un exámen superfluo con la esperanza de que a nivel de la sala de operaciones va a encontrar la respuesta al problema que se le presenta.
- 3.— Actuar de inmediato en pacientes en que se sospecha un tratamiento quirúrgico, ya que se comete el error de temporizar con el dolor abdominal agudo "Y se piensa que las cosas estarán mejor por la mañana" y por consiguiente se pone en observación al paciente examinándolo hasta el día siguiente.
A este respecto puede decirse que existen pocos médicos de experiencia quienes no han visto con pesar el error que han cometido en relación con lo anterior en una o en múltiples ocasiones ya que el retraso al observar a un paciente con éste tipo de problemas ocasiona un desastre. Si se sospecha una invaginación, si se piensa que puede haber una perforación de una úlcera gástrica, dejar las preguntas sin respuestas hasta 8 o 10 horas más tarde es jugar con la vida del paciente.
- 4.— Hacer énfasis 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.

CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFIA

- 1.— British Medical Journal. 1977. Volume I. Pag. 253-334.
British Médica Association Tavistock Square London W.
C 1. H. Pag. 255.
- 2.— Blitzer A. et al. Tuberculosis Peritonítis. A Case Report and
Review and Gastroenterol 66 (1) 29-35 Julio 76.
- 3.— Cope Sir Zachary et al. The early Diagnosis of the acute abdomen.
Oxford University Press 14. Edition vol (1) 1-44 pp.
- 4.— Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna.
Editorial Interamericana. S. A. De C. V. Cedro.
512 México 4, D. F. México, Novena Edición en Español.
1977 Pag. 1424-1426.
- 5.— Coodley el. Systemic disecue simulating acute abdomen.
pp 251-6 Im clearfield h.r. dinoso V. P. jr ed.
gastrointestinal emergencias. New York greme Stratton, 1976.
wi 100-626 1974
- 6.— E. James. Potchen. M. D.; P. Rubén Kochler.
David O. Davis. Diagnóstico radiológico.
1976. Salvat Editores S. A. Mallorca; 41.
Barcelona España.
- 7.— Faillace Lima Edgar Armando. Paracentesis abdominal y
Lavado peritoneal. Diagnósticos. Tesis (Médico y Cirujano).
Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 8.— Geokas M. C. Acute Pancreatítis A.M. J. surg. 76.
Pags. 105-117 Jan. 1972.
- 9.— Harrison. Medicina Interna. 4a. Edición en Español.
6o. en Inglés. La prensa Médica Mexicana.
Tomo I. y II.
- 10.— Hawthorne H. R. Frobese A. S. y Sterling J. A.
abdomen agudo. Lesiones de Urgencia del tubo
Digestivo. Editorial Interamericana, 1969.
Primera Edición.
- 11.— Jadresic. A. Endocrinología. Fundamentos y Clínicas.
Ediciones de la Universidad de Chile
Santiago de Chile. 1968.
- 12.— Janowitz H. D. Alcohol and Pancreatítis.
Ann Intern. Med. 74: 444-45. March 1971.
- 13.— Larry. C. Acute and chronic Pancreatítis.
Surginal Clinic of North América. 55 (2):
255-6 Marzo 1972.
- 14.— Leiva Santos M. O. Abdomen agudo en el Niño.
Tesis (Médico y Cirujano), Guatemala, Universidad
de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas,
Septiembre. 1964.
- 15.— Novak E. R. et al. Tratado de Ginecología.
Editorial Internacional, octava. ed. 1971.
- 16.— Pavlovsky J. A. Abdomen agudo quirúrgico. Tomo I y II.
Tercera edición. El Ateneo Florida 340. Córdoba 2095.
Buenos Aires 1941.
- 17.— Prado L. Pancreatítis Aguda Fisiológica y tratamiento médico,
Prensa Médica Argentina 59: 255-6 Marzo 1972.
- 18.— Quiñones Mancilla Francisco. Abdomen agudo. Revisión de
507 casos; Hospital General San Juan De Dios. Universidad
de San Carlos de Guatemala. 1978.
- 19.— Remine W. Pancreatítis. Chap 15. Ed. EE. Gambill. S.T. Loiss
C. V. Mosby. 1973.
- 20.— Rosemfeld. M. et al. Wilms Tumor With Acute Abdominal Pain.
Arch Surg. 112 (9). 1080-2 Sep. 77.
- 21.— Robbins S. L. Dr. Patología Estructural y Funcional.
Editorial Interamericana. S. A. de C. V. Cedro 512. México.
4 D. F. México. Primera Edición en Español 1975. Pag. 941-942,
1024-29.

- 22.— Sabiston J. R. David C. Dr. tratado de Patología Quirúrgica. Editorial Interamericana. Décima Edición. Tomo I. 1972. Cap. 27 pags. 747-67.
- 23.— Solares O.J.F. Tesis. Pancreatitis Aguda (estudio retrospectivo de 16 casos registrados en el Hospital General San Juan De Dios. de Enero 1972 a Diciembre de 1975) Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencia Médicas. Junio de 1976.
- 24.— Sánchez Mogollón René. Tesis. Diagnóstico y Tratamiento de Apendicitis Aguda. Revisión de un año. Hospital Nacional Quiché. Universidad de San Carlos de Guatemala 1980.
- 25.— Weekes L. R. Ruptured Tubo Ovarian abcess. J. Natt med assoc. 67 436 - 43 Nov. 75.

ANEXO

HOSPITAL NACIONAL "SANTA ELENA" QUICHE

ABDOMEN AGUDO

A.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre Completo: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____

Fecha y hora de Consulta: _____

Servicio al que ingresa: _____

B.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Ingesta previa de Alcohol: _____

Hora exacta del comienzo: _____

Forma del comienzo: Aguda _____ Gradual _____

Ha tenido trauma? Si _____ No _____

Dolor? _____

Localización al principio: _____

Ha cambiado de sitio? Si _____ No _____

Hacia dónde? _____

Carácter del dolor: Urente _____ Tenebrante _____ Sordo _____ Cólico _____ Otro _____

Lo ha tenido antes? Si _____ No _____ Desde cuándo? _____

Se irradia a algún sitio? Si _____ No _____

Alivio? Si _____ No _____ Cómo? _____

Si se irradia, hacia dónde? _____

Tiene dolor al orinar: Si _____ No _____

Tiene ardor al orinar: Si _____ No _____

Coluria? Si _____ No _____

Vómitos? Si No Contenido: (Alimenticio, Bilioso, Sangre, Etc.) _____
Antes? Al mismo tiempo? Horas después del dolor? _____
Frecuencia: (Cuántos al día) _____

Náuseas: Si No
Antes? Al mismo tiempo? Horas después del dolor? _____
Frecuencia _____

Anorexia: Si No
Desde cuándo? _____

Fiebre: Si No
Desde cuándo? _____

Ictericia: Si No
Desde cuándo? _____

Pérdida de Peso? Si No
Desde cuándo? _____

Masas: Si No Dónde? _____ Desde cuándo? _____

Deposiciones: Si No Con regularidad: _____ Cuándo hizo la Última? _____

Tiene diarrea? Si No Cuándo empezó? _____
Sangre? Si No
Moco Si No
Tenosmo Si No
Melena Si No
Pujo Si No
Hematoquecia Si No
Acolia Si No

Menstruación:
Fecha exacta de la U. R.: _____
Con dolor o sin él?: _____
Días de duración de la última regla: _____

Ritmo menstrual: _____
Regular? Irregular: _____

Vida Sexual Activa: Si No

Antecedentes Obstetricos y Quirúrgicos:
Gestas _____ Para _____ Ab. _____ Legrados _____

C.- HISTORIA ANTERIOR:

Ha tenido alguna vez enfermedad grave? Si No
Cuáles: _____

Algún síntoma de Enfermedad Péptica: Si No
Si los tiene cuánto tiempo después de las comidas aparecen? _____
Hay dolor: Se alivia o agrava con las comidas? _____

Hematuria : Si No

Hematemesis: Si No

Tuvo Cirugía Previa? Si No De que la (o) Operaron? _____

D.- EXAMEN FISICO:

Estado General: _____

S/V: P/A _____ Pulso _____ F.C. _____ F.R. _____ Temp. Oral _____ Tem. Axilar _____
Temp. Rectal _____

Abdomen:

Dolor a la presión: Si No Rebote: Si No Defensa

Musc. Si No

Ruidos intestinales: (descríbalos) _____

Hiperestesia cutánea : Si No Líquido libre en abdomen:
Si No

Prueba de Rotación del muslo: Positiva: _____ Neg.? _____

Murphy? Si NO Rovsing? Si No (dolor en la fosa derecha al desplazar aire desde fosa ilíaca izq. a derecha)

Campanachi? Si _____ No _____ (Puñopercusión con dolor en fosa ilíaca Der.

Chutro? Si _____ No _____ (Desviación del Ombligo hacia la derecha)

Tumor o hernia externa? Si _____ No _____

Matidez Hepática: Conservada? _____ Perdida? _____

Hallazgos de Tacto Rectal: _____

Corazón: _____

Pulmones: _____

Columna Vertebral: _____

Puñopercusión: _____

Flujo Vaginal: Si _____ No _____ Desde cuándo? _____ Características: _____

Exploración Bimanual (Hallazgos): _____

Paracentesis Abdominal: _____

Lavado Peritoneal: _____

Gram de Secreción Abdominal: _____

E.- LABORATORIOS Y GABINETE:

Amilasa _____ Amilasa _____ Amilasa Líquido Abdominal: _____

Hematología:

Primera H.B. _____ H.T. _____ V.S. _____ G.B. _____ Linf. _____ Eos. _____ Bas _____

Seg. _____ Cayados _____

Segunda H.B. _____ H.T. _____ V.S. _____ G.B. _____ Linf. _____ Eos. _____ Bas. _____

Seg. _____ Cayados _____

Orina:

Glóbulos blancos: _____ Albumina: _____ Glucosa: _____ Bilirrubina: _____

Hematíes: _____ P.H. _____ Densidad: _____ Cilindros: _____ Bacterias: _____

Epitelios: _____ Moco: _____ Uratos _____

Rayos X de Tórax: (Si anormal, describirla): _____

Rayos X de Abdomen: (Si anormal, describirla): _____

Diagnóstico de Ingreso: (Todos): _____

Fué operado (a): Si _____ No _____ Resultado: Vivo _____ Muerto _____

Nombre del cirujano y fecha de la operación: _____

Hallazgos Post. Op.: _____

Patología Histológica: _____

Br. _____

Br. MARIO AURELIO RIVERA GOMEZ.

Dr. _____

Dr. GERMAN RUIZ AGUILAR C.

Dr. _____

Dr. JUAN CASTILLO.

Dr. _____

Director de Fase III

Dr. CARLOS A. WALDHEIM C.

Dr. _____

Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Vo. Bo.

Dr. _____

Decano.

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.