

LUIS RICAUD ROTHOT.

SINDROME
ABDOMINAL
AGUDO
DE
ORIGEN
GINECOLOGICO.

EL SÍNDROME abdominal agudo es un apasionante problema, que la mayor parte de las veces requiere una pronta intervención del cirujano, pero requiere también un juicioso estudio que nos lleve con el menor número de dudas a un diagnóstico.

Es en estos cuadros en los que se debe poner el máximo cuidado para desarrollar una metodología de estudio, y en donde la experiencia y sagacidad del médico tienen importante papel, ya que urge el diagnóstico cuya espera puede tener graves consecuencias. A pesar de todo muy frecuentemente se confunden los cuadros clínicos porque se actúa con prejuicio, producto de una disciplina médico quirúrgica unilateral.

Es por esto que nunca será suficiente insistir en la necesidad imperiosa de tener integrados los conocimientos médicos que permitan conocer lo elemental o un mínimo indispensable, de la patología y clínica de todo el contenido de la cavidad abdominal, sin perjuicio de tener un mejor conocimiento de determinados aparatos o sistemas. Si estas reflexiones son importantes desde el punto de vista de diagnóstico, no lo son menos en el plan de tratamiento, el cual la mayor parte de las veces es quirúrgico; sería imperdonable el que un gastroenterólogo abordara un vientre sin tener idea de cómo resolver una ruptura tubaria, o el que un ginecólogo se sintiera incapaz de practicar una sutura o anastomosis de intestino.

Tenemos que estar de acuerdo en que, el abordar quirúrgicamente un "vientre agudo" la mayor parte de las veces no es una cosa sencilla y que se requiere un buen entrenamiento quirúrgico.

Nos referiremos a aquellos padecimientos de la esfera genital capaces de provocar un síndrome abdominal agudo, haciendo algunas consideraciones sobre diagnóstico diferencial con la patología de otros órganos próximos o remotos de la cavidad abdominal.

PATOGENIA DEL DOLOR DE ORIGEN GINECOLÓGICO

En el síndrome abdominal agudo de causa ginecológica, es el dolor el dato clínico de mayor interés para la integración de un diagnóstico.

El dolor puede ser la expresión de varias condiciones patológicas como son:

1. Isquemia anóxica de las células musculares funcionantes, por privación de oxígeno alterando el metabolismo del tejido muscular.
2. Contracciones musculares intensas .
3. Alteraciones de los vasos sanguíneos. Dilatación de los canales vasculares como resultado de la congestión vascular y reacción celular e irritación nerviosa. En órganos que requieren movilidad libre la fibrosis puede causar dolor.
4. Distensión capsular. Entre el órgano y su cápsula no hay espacio libre por lo que la distensión rápida por colección de líquido seroso, sanguíneo o purulento, produce dolor.
5. Ruptura de víscera hueca.
6. Contaminación de la cavidad peritoneal.

Desde el punto de vista clínico es evidente que en una sola entidad patológica pueden ocurrir dos o más de estas condiciones.

VALORACIÓN CLÍNICA

La edad de la paciente puede limitar las posibilidades diagnósticas; en las adolescentes es más frecuente apendicitis que los padecimientos ginecológicos; en la mujer en actividad sexual debe uno pensar en complicaciones del embarazo, ruptura o torsión de tumores y procesos neoplásicos de la pélvis. En la post-menopáusica son frecuentes las complicaciones de padecimientos tumorales.

Deberán estudiarse cuidadosamente los caracteres del dolor; el que tiene un inicio dramático y súbito conduce a menudo al diagnóstico de un accidente intraperitoneal como ruptura de un órgano, quiste, absceso o torsión de un pedículo.

Se investigará si es recurrente y si los episodios anteriores, han ocurrido bajo condiciones similares como en la dismenorrea o procesos influidos por el ciclo ovárico. Cuando es de tipo cólico e intermitente ayuda a localizar su origen en órganos como el útero, colon y uréter. La presencia de otros síntomas como sangrado genital, síncope o diarrea deben conducir a un interrogatorio más detallado para determinar la

orientación del examen físico; aun cuando un absceso pélvico puede cursar con diarrea sugestiva de gastroenteritis o colitis, es rápidamente comprobado por el hallazgo, a través de tacto vaginal o rectal, de una masa fluctuante y dolorosa situado por fuera de la pared rectal, sin embargo esto no excluye la posibilidad de otra patología como por ejemplo la diverticulitis. La repetida agravación del dolor por movimientos de la paciente auxilian en el diagnóstico, el movimiento del contenido intraperitoneal por tos o estornudos acompañado de dolor pélvico evoca la inflamación anexial, el aumento del dolor durante la defecación es frecuente en la endometriosis del Douglas y en los Hematoceles pélvicos. Finalmente la irradiación del dolor fuera de la cavidad pélvica es sugestivo de patología extragenital a excepción del dolor irradiado a muslo simulando una ciática producido por la endometriosis en los útero-sacros; el irradiado a hipocondrio y escápula derechos, del hemoperitoneo, así como el dolor en cara interna del muslo por irritación del nervio obturador en algunos padecimientos ováricos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME ABDOMINAL AGUDO.

GENITAL	EXTRAGENITAL
<p><i>Utero</i></p> <p>Complicaciones de aborto (séptico endometritis perforación) Leiomioma (complicado) Trompas de Falopio Embarazo ectópico Inflamación aguda, perforación Torsión</p> <p><i>Ovario</i></p> <p>Ruptura de folículo de Graaf, cuerpo lúteo, quistes Torsión Inflamación aguda Distensión súbita (quistes, hemorragias, etc.)</p>	<p><i>Gastroenterológico</i></p> <p>Apendicitis Diverticulitis Colitis Gastroenteritis aguda Úlcera gastroduodenal Úlcera gastroduodenal perforada Absceso hepático Vesícula biliar perforada Obstrucción intestinal Pancreatitis aguda Trombosis de la mesentérica</p> <p><i>Urológico</i></p> <p>Pielitis Cólico ureteral.</p>

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

En antecedente de maniobras intrauterinas recientes apoyaría los diagnósticos de endometritis, aborto séptico o perforación, dato no siempre obtenido ya que la paciente con frecuencia lo oculta.

En ocasiones el diagnóstico de embarazo ectópico no es fácil, sin embargo se buscará siempre, retraso menstrual seguido o no de sangrado genital, el cual generalmente es escaso, y no explica el mayor o menor grado de anemia.

El abdomen agudo del embarazo tubario puede confundirse con una peritonitis post-aborto, la resistencia muscular por el proceso séptico dificulta la exploración, siendo de gran valor los síntomas residuales de embarazo tales como crecimiento uterino y canal cervical permeable al dedo explorador, dolor abdominal y a la movilización del cérvix, además presencia de tumor anexial; la punción del Douglas y la Culdoscopia, así como las pruebas de embarazo son en ocasiones definitivas en el diagnóstico.

SALPINCITIS AGUDA

Se caracteriza, independientemente de su etiología por cuadro febril, dolor y reacción peritoneal en abdomen bajo. En estos procesos siempre hay participación de ambos anexos, aun cuando frecuentemente la tumoración, engrosamiento o empastamiento predominen en uno de ellos, es por esto que al tacto vaginal siempre hay dolor en ambos fondos de saco. Estos cuadros se acompañan de leucocitosis y velocidad de sedimentación aumentada.

Ruptura de quistes. Las formaciones quísticas en el ovario pueden romperse dando dolor pélvico agudo por irritación del peritoneo, creando a veces problemas diagnósticos serios.

El grado de dolor depende de la naturaleza y cantidad del líquido derramado, si el dolor es del lado derecho puede confundirse con apendicitis, en estos casos será de gran valor el conocer previamente la existencia de un quiste.

Torsión de tumores. Pueden sufrir trastornos isquémicos los quistes de ovario o fibromas pediculados. El cuadro se manifiesta principalmente por dolor intenso en una fosa ilíaca, acompañándose de náuseas, vómitos y fiebre moderada, el dato clínico más importante es el hallazgo de tumor.