Estudio del paciente con abdomen agudo

Participantes:

Coordinador: Dr. Manuel Ramiro Hernández, Coordinador de los Ciclos IX y X de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E. Profesor adjunto del Curso de Especialización en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E. Jefe de la Sala de Urgencias para Adultos del Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E.

Dr. Octavio Curiel Hernández, Coordinador del Ciclo VI de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala de la U.N.A.M. Profesor adjunto del Curso de Especialización en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E. Jefe de Enseñanza del Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E.

Dr. Lisandro Elizondo, Radiólogo del Hospital General del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S.

Dr. Salvador Rodríguez Martínez, Profesor Titular de Gastroenterología de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., Profesor del Curso de Especialización en Cirugía General de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital General de la Ciudad de México de la S.S.A., Jefe del Servicio de Cirugía General en el Hospital General de la Ciudad de México de la S.S.A., Vocal Ejecutivo de Enseñanza en el Hospital General de la Ciudad de México de la S.S.A.

Dr. Ramiro Se llama abdomen agudo a un síndrome cuyo dato clínico predominante es el dolor abdominal generalmente intenso que frecuentemente se acompaña de náusea, vómito y fiebre. En el examen físico de estos pacientes destacan la distención abdominal con aumento de la resistencia muscular y dolor a la palpación que puede exacerbarse a la descompresión brusca y se puede encontrar aumento, disminución o ausencia de los ruidos intestinales Este síndrome puede ser consecutivo a padecimientos de diversa índole y por lo tanto, requiere diferentes enfoques terapéuticos. El término ha sido criticado pero en la actualidad es ampliamente aceptado y para todos los médicos significa la necesidad de una decisión rápida acerca de la exploración y terapéutica quirúrgicas puesto que la mayoría de los padecimientos causales se agravan rápidamente con el paso del tiempo. Por otro lado, es necesario descartar eficientemente los padecimientos que no requieren terapéutica quirúrgica y sobre todo aquellos que se pueden agravar con el acto quirúrgico. En esta presentación intentaremos aclarar algunos conceptos que en la actualidad permanecen confusos en relación sobre todo

Abdomen agudo es un síndrome con dolor abdominal intenso, náusea, vómito y fiebre; a la exploración hay distensión abdominal y disminución o ausencia de ruidos intestinales. En la etiología hay un grupo de padecimientos que requieren cirugía inmediata, otro es de origen vascular con sangrado, un tercer grupo da bloqueo intestinal y el cuarto es mixto. Entre los que requieren tratamiento médico se encuentra la pancreatitis aguda, el absceso hepático amebiano, infecciones del aparato urinario, cetoacidosis aguda e infarto del miocardio, entre otros. Para el diagnóstico se recurre a la clínica y se completa con las "rutinas" en sangre y orina, determinación de amilasa y bilirrubinas, placa simple de abdomen y telerradiografía de tórax.

con el manejo diagnóstico y terapéutico del enfermo con abdomen agudo y haremos una revisión del síndrome para destacar los puntos que consideramos tienen mayor relevancia. Dr. Rodríguez, ¿cuáles son los padecimientos que producen abdomen agudo y que requieren tratamiento quirúrgico?

Dr. Rodríguez Son muchos los padecimientos que dan lugar al abdomen quirúrgico y que requieren cirugía inmediata. Un primer grupo lo constituyen los padecimientos de origen inflamatorio peritoneal como las perforaciones, traumáticas o no, de las vísceras huecas (esófago, estómago, duodeno, intestino delgado, apéndice, colon, vesícula biliar). Un segundo grupo lo constituyen los padecimiento que dan lugar al abdomen quirúrgico de origen vascular; en éstos el sangrado es lo más grave, como ocurre en los traumatismos de vísceras macizas o de vasos grandes; entre los padecimientos no traumáticos que causan sangrados están la úlcera gastro-duodenal, la trombosis mesentérica y los padecimientos pélvicos (ruptura de folículo, embarazo ectópico roto, etc.). Un tercer grupo lo constituyen los padecimientos que dan lugar a bloqueo intestinal (oclu siones intestinales); en la infancia las malformaciones o bridas congénitas, malrrotación e invaginación intestinal; en la edad adulta y avanzada bridas o adherencias postoperatorias, hernias, tumores y vólvulus. Por último, existe un grupo mixto en el que se combinan todos estos factores, como sucede en los traumatismos graves en los que el abdomen agudo es de origen vascular y peritoneal.

Dr. Ramiro ¿Cuáles son las principales causas del síndrome abdominal agudo que no requieren intervención quirúrgica Dr. Curiel?

Dr. Curiel Existen numerosos padecimientos en los que se presentan todos o casi todos los datos del síndrome abdominal agudo y en los que el tratamiento es esencialmente médico. Estos padecimientos pueden ser reunidos en dos grupos principales; en el primero se incluyen aquellos en los que por regla general el tratamiento es médico y solo eventualmente es necesario que se haga una intervención quirúrgica, y el segundo, reúne aquellos padecimientos en los que esta contraindicada cualquier intervención quirúrgica. Entre los padecimientos del primer grupo destacamos a la pancreatitis aguda ya que la mayoría de los autores están de acuerdo en que el tratamiento debe ser conservador y solamente podrán ser candidatos a cirugía casos muy particulares, como los pacientes que a pesar de tener un tratamiento médico adecuado continúan sufriendo colapso vascular o evidencia de secuestros líquidos o hemáticos o grandes abscesos; en estos casos se debe indicar cirugía ya sea para descomprimir las vías biliares o para drenar hematomas o abscesos. El absceso hepático amibiano eventualmente puede ser incluido en este grupo, desde luego aquellos casos cuya ruptura o inminencia de ruptura a la cavidad peritoneal ameritan cirugía de urgencia; sin embargo, con frecuencia vemos pacientes en los límites fronterizos en los que podremos intentar el tratamiento conservador y, dependiendo de la evolución, que puede ser de horas o días), se decidirá la conducta definitiva. El traumatismo abdominal da con frecuencia datos clínicos de abdomen agudo que ponen al médico ante un problema de difícil solución: por un lado, en muchas ocasiones la contusión de la pared abdominal o de órganos abdominales, puede producir sintomatología muy aparatosa sin que en realidad exista peritonitis, hemorragia o laceración que

ameriten la intervención quirúrgica. Pueden ser manejados médicamente con la seguridad de que cederán en algunas horas; por otro lado, también es frecuente que los pacientes se presenten con poca sintomatología y que en el transcurso de las horas desarrollen un cuadro abdominal agudo, con hemorragia, choque, etc., que amerite tratamiento quirúrgico de urgencia. Los clasificamos en este grupo ya que solo la observación cuidadosa y continua, además de los estudios paraclínicos indicados, nos darán la pauta a seguir en cuanto al tratamiento definitivo. En el segundo grupo incluímos aquellos padecimientos que pueden simular en un momento dado un síndrome abdominal agudo y en los que el manejo es esencialmente médico, e inclusive, esta contraindicada toda intervención quirúrgica. En primer lugar tenemos las infecciones del aparato urinario, que frecuentemente son confundidas con patología aguda del aparato digestivo, pacientes con cetoacidosis diabética o cuadros de hemolisis aguda; en más raras ocasiones pueden presentarse pacientes con porfiria aguda, tabes dorsal, herpes zoster o picadura de araña capulina o viuda negra, en los que el dolor abdominal y la resistencia muscular son impresionantes. Es importante también, recordar aquellos casos de patología extra-abdominal como el infarto del miocardio y la neumonía lobar que con cierta frecuencia dan dolor referido al abdomen o como las alteraciones de las raíces nerviosas o las formas raras de epilepsia. Los padecimientos mencionados, sin estar relacionados en forma alguna con patología abdominal pueden, eventualmente, simular un cuadro abdominal agudo. En estos casos será el correcto estudio de la historia clínica complementada con los datos de laboratorio y gabinete, lo que descubrirá la verdadera etiología del cuadro. Por último, no deberemos olvidar a los pacientes neuróticos, grandes simuladores o hipocondriacos, que ocasionalmente son sometidos a laparotomía exploradora con diagnósticos equivocados.

Dr. Ramiro Doctor Curiel, para tener éxito en el manejo de los pacientes con abdomen agudo es imperativo el enfoque adecuado para fundamentar el diagnóstico; díganos, ¿cuáles son los datos clínicos que tienen la mayor importancia para este fin?

Dr. Curiel El análisis concienzudo de la historia clínica del paciente con síndrome abdominal agudo nos lleva, en la mayor parte de los casos a un diagnóstico bastante aproximado. Sustentado en esta base el clínico se orientará hacia un padecimiento y se verá obligado a hacer diagnóstico diferencial con otros que por su similitud eventual, puedan prestarlo a confusión. Para esto contará, según el medio en que se encuentre, con estudios de laboratorio y gabinete que en la mayoría de los casos terminarán de resolver sus dudas. Es sin embargo importante recalcar, que sin una correcta orientación clínica, el médico puede extraviarse en un exceso de datos que más que ayudarle, contribuirán a darle mayor descontrol. Así pues, una vez que el diagnóstico está bien sustantado en la clínica la segunda regla será hacer uso de los auxiliares de diagnóstico con que se cuenta desde los más sencillos hasta los más complicados, deteniéndose en el momento en que se pueda efectuar el tratamiento con suficiente seguridad. Las llamadas "rutinas", tanto en sangre como en orina son obligadas en la mayoría de los casos, así como las determinaciones de amilasa y bilirrubinas cuando se sospecha alteración pancreática o hepatobiliar. La placa simple de abdomen y la telerradiografía del tórax pueden dar información importante como es la situación de los diafragmas, de las sombras del psoas, el sitio y el tamaño de los riñones, del hígado, del bazo; la presencia de calcificaciones o aire libre en cavidad, los niveles hidroaéreos en cualquier parte del intestino; la localización de la cámara gástrica, las alteraciones en las estructuras óseas, la presencia o la ausencia de aire en el colon, la visualización de haustras o de válvulas conniventes y, por último, la eventual imagen de sombras que sugieran la presencia de colecciones líquidas o de masas sólidas que rechacen las estructuras adyacentes.

La aspiración de líquido peritoneal también puede ser de gran ayuda diagnóstica tanto por análisis macroscópico como microscópico o bacteriológico y para determinaciones bioquímicas. Algunos estudios radiográficos con medio de contraste, tales como la serie gastroduodenal y el colon por enema pueden realizarse en ciertas ocasiones siempre y cuando tengan indicación precisa y las condiciones del paciente lo permitan. Otros estudios tales como la laparoscopia, la arteriografía, la tomografía computarizada y la ultrasonografía, pueden ser usados en pacientes seleccionados. Finalmente, habrá por desgracia un buen número de casos en que el médico con buen juicio clínico deberá resolver el problema del síndrome abdominal agudo mediante laparotomía exploradora aún cuando no se haya llegado al diagnóstico preciso, una vez descartada la patología más común.

El dolor abdominal agudo es un síntoma cardinal en el diagnóstico, con localización, irradiaciones, intensidad, fenómenos que lo acompañan, etc. También son útiles las náuseas y vómitos, falta de evacuación de gases y heces, choque hipovolémico o séptico, hipo y diarrea. En la exploración destaca la inspección del abdomen en busca de distención y peristaltismo visible; la palpación evocará dolor en la zona afectada, los reflejos abdominales estarán abolidos y habrá rigidez abdominal. La percusión reconocerá las visceromegalias y la auscultación buscará peristaltismo de lucha o silencio abdominal. La biometría hemática completa será útil para el diagnóstico y el tratamiento del A. Agudo, igualmente las enzimas séricas.

Dr. Ramiro El dolor abdominal es pues un síntoma predominante en este tipo de pacientes. Doctor Curiel ¿cuáles son los puntos más valiosos en la semiología de este síntoma?

Dr. Curiel El dolor abdominal es el síntoma por excelencia en el paciente con cuadro de abdomen agudo, quizá con excepción de aquellos pacientes con trastornos de conciencia; por lo tanto, es la manifestación clínica más importante a investigar. La tradicional semiología del dolor sigue vigente con la misma utilidad de antaño: sitio e irradiaciones, modo de inicio e intensidad, cambios en la intensidad, localización y tipo, fenómenos que lo preceden o acompañan y fenómenos que lo exacerban o que lo calman. El sitio y las irradiaciones del dolor son de importancia para localizar las estructuras afectadas y por ello es importante recordar que los estímulos percibidos como dolor viajan a través de estructuras nerviosas somáticas y vegetativas; en el primer caso percibidas con localización precisa cercana al sitio afectado con excepción de aquellas estructuras que se encuentran lejanas a su sitio embriogénico original; en el caso de estructuras inervadas por el plexo simpático esplácnico, como es el caso del peritoneo visceral, los impulsos dolorosos son mal localizados. El dolor epigástrico hacia la línea media está relacionado con estructuras inervadas por los nervios de T-6 a T-8: estómago, duodeno, páncreas, hígado y vías biliares así como el peritoneo parietal de la zona; el dolor periumbilical corresponde a los segmentos T-9 y T-10: intestino delgado, apéndice, parte superior de ureteros, testículos y ovarios (el dolor apendicular epigástrico o por arriba del ombligo es el mejor ejemplo de un órgano alejado de su sitio embriogénico original); el dolor hipogástrico está relacionado con el colon, vejiga, parte baja de los ureteros, todos ellos inervados por T-11 y T-12. La pared abdominal, el peritoneo parietal y el retroperitoneo están inervados por las últimas raíces dorsales y las primeras lumbares, produciendo dolor de localización definida. La irradiación del dolor tiene a menudo valor diagnóstico, especialmente cuando se trata de dolor cólico como sucede con la clásica irradiación escapular del dolor cólico vesicular; el dolor en testículo cuando hay dolor ureteral; ya que en estos casos el dolor irradia al territorio de distribución de los nervios procedentes del segmento medular que inerva la parte afectada; es importante también recordar la irradiación en hemicinturón izquierdo de la pancreatitis aguda, el producido en el colédoco que irradia a los hombros o el irradiado hacia la parte baja de la espalda con dis-

tención del recto. La intensidad del dolor, siendo un dato totalmente subjetivo es de difícil evaluación; en general, el dolor en el cuadro abdominal agudo es siempre referido como de gran intensidad; sin embargo, vale la pena mencionar el caso especial del paciente anciano quien frecuentemente cursa con cuadros abdominales severos, muchas veces fatales, con dolor leve o moderado.

Es importante recabar información sobre el modo de inicio del dolor. Cuando se trata de un inicio súbito, con dolor de gran intensidad, siempre debemos pensar en la posibilidad de un mecanismo que rápidamente irrita el peritoneo: sangre, bilis, contenido gástrico, como en el caso de ruptura de víscera hueca, embarazo extrauterino roto, pancreatitis aguda, etc.; frecuente también en los accidentes vasculares mesentéricos o en la ruptura de abscesos .En general, los procesos de tipo inflamatorio, si bien pueden ser rápidamente evolutivos, comúnmente se desarrollan en periodos mayores que pueden variar desde minutos hasta horas. En cambio, la localización del dolor puede ser significativa; con frecuencia la apendicitis aguda se inicia con dolor en epigastrio para cambiar al poco tiempo a la fosa iliaca derecha; lo mismo puede suceder con la perforación de una úlcera o en la pancreatitis aguda, debido al paso de secreciones a la pelvis. El aneurisma disecante de la aorta con frecuencia inicia el dolor en el tórax, para localizarse más tarde en el abdomen. En los traumas abdominales es frecuente que el dolor se inicie en el sitio lesionado para posteriormente asentarse en otra región lo que debe hacernos sospechar lesión visceral.

Dr. Ramiro Con frecuencia existen otros datos clínicos en este tipo de enfermos, doctor Rodríguez, enumere Usted esos otros datos importantes destacando los puntos valiosos de su semiología.

Dr. Rodríguez Junto con el dolor, las náuseas y los vómitos constituyen el segundo punto de apoyo semiológico para el diagnóstico del abdomen agudo. El vómito sin dolor o que ha precedido al dolor por un considerable periodo probablemente no esté asociado con padecimientos quirúrgicos. Estos datos pueden deberse a un reflejo que tiene su punto de partida en la irritación peritoneal, en la oclución de una víscera hueca, o en la acción de sustancias tóxicas sobre centros medulares. Los vómitos de la oclusión intestinal suelen iniciarse después de un periodo más o menos largo de dolor; su duración dependerá del sitio de la oclusión y será más precoz cuanto más alta sea ésta. En estos casos el vómito es frecuente y abundante. En la oclusión intestinal alta el paciente puede evacuar gases y materia fecal por el recto durante las primeras horas. En la oclusión del íleon terminal, el dato aparece un poco más tarde. En general, el vómito es de contenido gástrico al inicio, luego es un líquido verde amarillento de sabor amargo y, finalmente, se hace fecaloide. Cuando esto último ocurre, el pronóstico es más grave pues se trata de un dato clínico tardío. En las oclusiones del intestino grueso el vómito puede faltar, excepto en los casos en los que existe torsión (vólvulus) pero entonces la anorexia y la náusea se consideran como sus equivalentes clínicos. Otro dato cardinal del síndrome abdomianl agudo por oclusión lo constituye el estreñimiento. La imposibilidad para evacuar gases y heces es un dato de gran valor; sin embargo, no se debe olvidar que los gases y las heces fecales distales al sitio de la oclusión puede ser evacuados por el recto después de que ésta ha ocurrido, particularmente si la oclusión es alta.

Otros datos del abdomen agudo son los que se refieren al estado de choque hipovolémico o séptico; el hipo, en procesos del abdomen superior que cursan con colecciones subfrénicas, la dilatación gástrica o los trastornos metabólicos y ácido-básicos. Cuando hay colección purulenta en los espacios perirrectales puede observarse diarrea.

Dr. Ramiro De gran valor para establecer un diagnóstico sindromático e intentar el diagnóstico etiológico es la exploración del abdomen en los pacientes afectados por un síndrome abdomnial agudo. Doctor Rodríguez, ¿qué nos dice al respecto?

Dr. Rodríguez La exploración abdominal deberá hacerse en forma ordenada. Una vez el paciente en decúbito supino y con las piernas extendidas, se procede a hacer la inspección del abodmen. Se toma nota de las cicatrices quirúrgicas y de la localización de estas. Hay que recordar que cualquier laparotomía previa conlleva el riesgo de una oclusión intestinal por adherencias. Una vez reconocida la distención podremos decir que esta es localizada cuando encontramos incremento de volumen de una víscera determinada (estómago, vejiga, útero), o generalizada, como en la oclusión intestinal. El peristaltismo visible también sugiere oclusión. Debemos observar los movimientos abdominales que se producen con la respiración pues en el paciente con síndrome abdominal agudo están disminuidos o abolidos. La región umbilical, las regiones inguinales y ambos anillos crurales deben ser explorados cuidadosamente, sobre todo en los pacientes obesos para no correr el riesgo de dejar sin diagnosticar una pequeña hernia femoral encarcelada. En el varón, por último, se deberán explorar los testículos y el escroto. La palpación deberá ser hecha con delicadeza y la iniciamos pidiéndole al paciente que tosa. En presencia de inflamación peritoneal aguda, esta maniobra producirá dolor en la zona afectada por lo que es importante solicitar al paciente que nos señale el sitio doloroso con un dedo. De esta manera localizamos el sitio de mayor dolor y durante las maniobras de palpación evitaremos palpar esta zona hasta haber completado la exploración del resto del abdomen. En el abdomen agudo generalizado los reflejos abdominales están abolidos, en él localizado, no estarán presentes en el cuadrante afectado por el proceso inflamatorio. El dato más importante obtenido por palpación es la defensa o rigidez abdominal. Esta se determina palpando simultáneamente con ambas manos las que deberán estar colocadas a cada lado del abdomen. A continuación se deberá localizar el sitio del dolor lo que podrá hacerse con un solo dedo y en los cuatro cuadrantes del abdomen y después se procede a hacer una palpación profunda para determinar la presencia de masas intrabdominales de origen inflamatorio o tumorales. En este momento se deberán identificar las visceromegalias. Otro signo de irritación peritoneal es el signo del rebote o de Von Blumberg que se busca presionando profundamente en el abdomen y retirando bruscamente la mano exploradora. La maniobra es positiva cuando se busca presionando profundamente en el abdomen y retirando bruscamente la mano exploradora. La maniobra es positiva cuando se despierta dolor y significa que existe irritación peritoneal. Por percusión se puede determinar un borramiento de la matidez hepática en casos de perforación de víscera hueca, puede descubrirse líquido en los flancos, puede trazarse el contorno de una masa localizada (absceso o tumor) y pueden, por último, reconocerse las visceromegalias. El cambio de carácter de los ruidos peristálticos intestinales en el abdomen agudo, es quizá uno de los más útiles para el diagnóstico del abdomen agudo. En la peritonitis difusa generalizada habrá parálisis intestinal completa y por lo tanto existirá silencio abdominal a la auscultación. En la oclusión intestinal la auscultación es de gran valor clínico. El abdomen permanece "quieto" excepto en las etapas de dolor, en cuyo momento se escucharán, en ocasiones sin la ayuda del estetoscopio, los ruidos originados por el "peristaltismo de lucha". El silencio abdominal absoluto debe hacer sospechar la estrangulación o bien un estado avanzado del padecimiento. El tacto vaginal y/o rectal son complemento valioso de la exploración abdominal; por medio de este procedimiento se intenta conocer si la sensibilidad está aumentada en el fondo de saco de Douglas o si hay masas o líquidos anormales.

Dr. Ramiro En este tipo de pacientes el laboratorio resulta ser un auxiliar diagnóstico de extraordinario valor al grado de que algunos exámenes se han hecho indispensables para el manejo correcto de ellos como sucede con la biometría hemática. Doctor Curiel, háblenos de ella.

Dr. Curiel En todo paciente con sospecha de abdomen agudo debe realizarse una biometría hemática completa la que nos proporcionará importantes datos indispensables para abordar el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de pacientes. En primer lugar, dado que la mayoría de los cuadros abdominales agudos tienen reslución quirúrgica, es importante saber si el enfermo se encuentra en estado anémico, tan frecuente en nuestro medio, evidenciando la necesidad de disponer de sangre para transfusión; por otro lado, la presencia de anemia severa o progresiva ante un colapso circulatorio nos debe hacer pensar en la posibilidad de hemorragia lo que, en un cuadro peritoneal agudo es prácticamente indicativo de cirugía inmediata. La cifra de leucocitos es de extraordinaria importancia: la mayoría de las infecciones por bacterias piogénicas se acompañan de elevación de los neutrófilos polimorfonucleares; si bien no existe una regla para evaluar este fenómeno, puesto que depende de la capacidad de respuesta individual, en general podremos decir que mientras más extensa y prolongada sea una infección, podremos esperar una respuesta leucocitaria mayor con presencia de formas jóvenes. El cambio de una leucocitosis moderada a una mucho mayor, nos hace pensar en formación de absceso si bien, en forma paradójica puede suceder lo contrario por un gran "consumo" de estos elementos en las colecciones piógenas. Por otro lado, es importante recordar que algunos procesos, tales como el coma diabético, cursan con leucocitosis importante, lo que puede contribuir a desorientar al médico hacia un falso proceso séptico que, en presencia de síndrome abdominal agudo, nos puede llevar a realizar una intervención quirúrgica innecesaria y catastrófica. (La presencia de linfocitosis importante nos puede orientar hacia padecimientos virales: hepatitis aguda, mononucleosis infecciosa, los cuales ocasionalmente pueden confundirse con padecimientos quirúrgicos). La trombocitopenia puede desarrollarse durante diversos procesos infecciosos agudos ya sea virales o bacterianos; las plaquetas tienden a adherirse unas con otras y al endotelio vacular, esto debido posiblemente, a acción de toxinas bacterianas directamente sobre las plaquetas o por acción depresora sobre la médula ósea y constituye un signo que debe tomarse muy en cuenta ya que la progresión de la plaquetopenia puede ser la primera señal de alarma de una eventual coagulación intravascular diseminada.

Dr. Ramiro Doctor Curiel, ¿qué nos dice de la importancia que tiene el conocer el estado de algunas enzimas séricas en este tipo de enfermos?

Dr. Curiel La amilasa sérica es la que mayor utilidad diagnóstica proporciona, sobre todo por lo frecuentemente que sucede el confundir una pancreatitis aguda con otros procesos abdominales agudos; la amilasa sérica aumenta tempranamente en las primeras horas de la pancreatitis aguda, generalmente varias veces su valor normal, mientras que en otros padecimientos, como la colecistitis aguda, la perforación de úlcera péptica, la apendicitis aguda, pueden observarse ciertos aumentos pero nunca tan notables como en el primer caso. Lo anteriormente dicho puede aplicarse a la determinación de lipasa. La amilasa urinaria puede ser de gran valor para el diagnóstico de pancreatitis aguda: se observan valores de más de 4,000 unidades en 24 hs. o más de 300 unidades por hora; su máxima utilidad radica en que estos niveles pueden continuar elevados aún cuando las cifras de amilasa sérica ya se hayan normalizado.

La transaminasa glutámico pirúvica así como la oxalacética tienen valor primordialmente para descartar patología quirúrgica, que frecuentemente puede simular un cuadro abdominal agudo; así pues, es importante recordar el aumento de transaminasa glutámica oxalacética en el infarto del miocardio, las hepatopatías agudas y los traumas musculares e similar valor es la determinación de la deshidrogenasa láctica, debido a su elevación importante en el infarto del miocardio, las anemias hemolíticas y las neoplasias, sobre todo cuando estas cursan con metástasis hepáticas.

La fosfatasa alcalina es de gran valor para el diagnótsico diferencial cuando se trata de pacientes ictéricos, ya que se eleva en forma importante en todos los casos de ictericia obstructiva; su elevación está siempre presente en los casos de absceso hepático amibiano.

El valor primordial de la creatín fosfoquinasa (CPK) radica en el diagnóstico diferencial de aquellos casos de infarto del miocardio que pudieran simular un cuadro abdominal agudo, ya que su elevación es importante y temprana. Como vemos, cualquiera de las enzimas antes mencionadas pueden ser de utilidad en un caso dado; sin embargo, deben ser utilizadas juiciosamente para aclarar dudas específicas después del análisis integral de cada caso en particular.

El abdomen agudo se debe en muchas ocasiones a alteraciones renales o de vías urinarias por lo que el análisis de orina es útil para detectarlas. Las placas simples de abdomen y la telerradiografía de tórax son indispensables para el diagnóstico de a.a. y cuando estos no son suficientes se recurre al uso de medios de contraste; también se usa la angiografía. Además se pueden usar la ultrasonografía y la tomografía computarizada para el estudio del paciente con síndrome abdominal agudo. Pocas veces se requieren la punción y el lavado peritoneal en estos casos, salvo para diagnóstico diferencial por ejemplo en caso de traumatismos abdominales o panceratitis aguda, padecimientos hepáticos o ginecológicos.

Dr. Ramiro Doctor Curiel, ha mencionado Usted la utilidad que representa para este tipo de pacientes el conocer la concentración de algunas enzimas no solo en sangre sino también en orina, ¿qué tan útil sería efectuar un examen general de orina para el estudio de estos enfermos?, o ¿es solo un procedimiento de rutina que en algunos casos pudiera quitar tiempo?

Dr. Curiel En un buen porcentaje de casos el síndrome abdominal agudo es producido por alteraciones de los riñones o de las vías urinarias y solo excepcionalmente se requiere de cirugía para su tratamiento; por lo tanto, es importante la detección temprana de dichas alteraciones con el fin de evitar estudios innecesarios y sobre todo intervenciones quirúrgicas innecesarias. El estudio de la orina del paciente es de gran valor para detectar alteraciones en el riñón o en el aparato urinario y por ello debe ser realizado en forma rutinaria en todos los enfermos. La densidad urinaria aumentada puede ser dato de deshidratación o de catabolismo aumentado y se presenta en ciertas etapas de la descompensación diabética.

La disminución del pH es frecuente en los estados de acidosis y de gran valor en los casos de uremia o cetoacidosis diabética que con gran frecuencia simulan cuadros de abdomen agudo, aunque también es cierto que muchos estados inflamatorios pueden cursar con orina ácida. Los aumentos en la excreción urinaria de calcio y la hiperfosfaturia nos deben alertar en relación con un posible hiperparatiroidismo. La proteinuria importante es frecuente en la glomerulonefritis, en las infecciones agudas y crónicas, en las alteraciones de tipo circulatorio como la trombosis de vena renal o de vena cava y en las enfermedades de la colágena, condiciones todas ellas que eventualmente pueden simular un cuadro abdominal agudo.

La presencia de glucosa en orina es de capital importancia para detectar cuadros de cetoacidosis diabética y lo mismo puede decirse de los cuerpos cetónicos en orina.

La presencia de pigmentos biliares puede ser muy importante ya que están presentes en orina antes de que aparezca ictericia clínica.

La hematuria macro y microscópica también es un dato de utilidad, ya que se presenta en alguna de las dos formas en casi todos los padecimientos inflamatorios de las vías urinarias y de los riñones, así como en los casos de litiasis que tan frecuentemente dan lugar a cuadros abdominales agudos. La presencia de hemoglobina puede ser provocada por lesiones renales, del aparato excretor, o bien, como resultado de hemolisis anormal, como en las crisis hemolíticas, en los accidentes transfusionales, etc. La presencia de leucocituria importantes debe alertarnos a pensar en procesos sépticos de vías

urinarias que frecuentemente se confunden con patología aguda del aparato digestivo. Es importante recordar también que en ocasiones se presentan alteraciones del examen de orina sin que haya alteraciones renales o de las vías urinarias, tales como la albuminuria de la insuficiencia cardiaca, la leucocituria y la eritrocituria de los procesos pélvicos inflamatarios, etc.

Dr. Ramiro Las placas simples del abdomen y la telerradiografía del tórax son estudios indispensables en este tipo de pacientes. Doctor Elizondo, ¿qué valor real poseen?

Dr. Elizondo La telerradiografía del tórax ha demostrado tener una gran utilidad para el manejo diagnóstico del enfermo con síndrome abdominal agudo por lo que debe formar parte de la rutina del estudio radiológico en estos casos. Si en ella no se encuentran alteraciones se podrá excluir un buen número de padecimientos lo que permitirá concentrar nuestra atención de las estructuras abdominales. Pero si existen imágenes patológicas debemos asegurarnos de que estas sean o no causa o consecuencia de enfermedades abdominales. Sabemos que por la relación neurológica que existe entre el tórax y el abdomen, las molestias abdominales pueden ser causadas por alteraciones torácicas y viceversa como sucede, por ejemplo, con las neumonías basales que, sobre todo en niños, son causa frecuente de dolor abdominal. La comunicación venosa y linfática o la más directa de los hiatos y cribas diafragmáticas puede permitir la transmisión de procesos inflamatorios o tumorales de una cavidad a otra. También las alteraciones cardiovasculares pueden orientar hacia el origen de manifestaciones de isquemia intestinal. Por último, la radiografía del tórax presenta con más claridad pequeñas cantidades de aire libre subdiafragmático lo que la convierte en el procedimiento de elección para su detección tal como sucede en los casos con derrame pleural basal.

Las radiografías simples de abdomen en ántero-posterior, decúbito dorsal y de pie, a veces complementadas con proyecciones laterales o tangenciales, son imprescindibles en la evaluación del paciente con síndrome abdominal agudo. La situación, forma, tamaño, contorno y densidad de las vísceras sólidas son fácilmente demostrables en este estudio. La presencia de imágenes de gas en el intestino delgado, que se considera normal solo en los primeros meses de la vida, es un signo patológico en la radiología del abdomen agudo y se debe buscar con insistencia ya que su cantidad y su distribución, así como de la asociación con niveles en escalera dependerá la orientación hacia íleo adinámico u obstructivo y en muchos casos la ubicación aproximada de la lesión. El engrosamiento del espacio interasa, mayor de 3 a 5 mm, indica casi siempre reacción peritoneal. Cuando hay imágenes de gas intramural o neumatosis intestinal debe descartarse una necrosis intestinal la que en casos avanzados se acompaña de gas en los vasos mesentéricos y porta cuya ubicación periférica en hígado permitirá el diagnóstico diferencial con gas en las vías biliares, de ubicación vecina al hilio hepático. El aumento difuso en la densidad radiológica sugiere la presencia de líquido libre en la cavidad peritoneal; el aumento localizado sugiere colección anormal de líquido por proceso inflamatorio vecino. La pérdida de la nitidez de las líneas grasas, de las líneas renales, de los pasos pre-peritoneales, paravesicales y rectales, sugieren infiltración edematosa de las mismas. El diafragma elevado es frecuentemente indicación de proceso inflamatorio subyacente o crecimiento hepático cuando es del lado derecho. El aumento de la presión intrabdominal, sin embargo, puede explicar la elevación diafragmática. Las calcificaciones anormales en las vías biliares, urinarias o pancreáticas o en la región apendicular ayudan a determinar la situación del proceso agudo. El aire libre en cavidad peritoneal habitualmente debido a perforación de víscera hueca puede ser consecutivo a neumatosis intestinal sobre todo subseroso o más raramente, a proliferación de infecciones por gérmenes gasogé-

nicos, en ausencia de antecedentes de procedimientos instrumentados. Las colecciones gaseosas en las vísceras sólidas o en las huecas pueden asimismo indicar colecciones inflamatorias por estos gérmenes o sugerir fístulas con estructuras gastrointestinales.

Los signos apreciados en los estudios simples obligan a una revisión integral con los datos clínicos, de laboratorio y de gabinete para su mejor valoración.

Dr. Ramiro Doctor Elizondo, ¿existe en su opinión, alguna indicación para realizar estudios con medio de contraste en el paciente con síndrome abdominal agudo?, y si su respuesta es afirmativa ¿qué datos pueden aportar estos estudios?

Dr. Elizondo Cuando los estudios radiográficos simples no permiten una evaluación adecuada del caso deben utilizarse procedimientos que incluyan medios de contraste en el aparato digestivo teniendo siempre presente que en algunos casos estos estudios pueden impedir la ejecución inmediata de otros procedimientos también útiles. Cuando existan signos clínicos y radiológicos de perforación de víscera hueca, es de gran utilidad la demostración del sitio de la lesión y si sospechamos que esta se encuentra en el estómago o en el intestino delgado, lo ideal es administrar 40-60 c.c. de material radiopaco hidrosoluble por vía oral o a través de sonda nasogástrica y colocar al paciente en decúbito ventral, dorsal y lateral de cada lado para que la lesión se sitúe en posición declive y se favorezca su observación. Las lesiones más fáciles de demostrar, sobre todo si no se han sellado, son las del estómago y las del duodeno, en las que se puede demostrar paso franco del radiopaco hacia el exterior. Cuando la lesión se ha sellado, la demostración del paso del medio radiopaco a la cavidad peritoneal se hará en forma indirecta, al observarse el pielograma y/o la opacificación de la vejiga, habitualmente en menos de 60 minutos lo que evidencia la absorción del radiopaco por peritoneo. La administración del radiopaco hiperosmolar debe hacerse con cautela sobre todo en pacientes deshidratados y con depleción de sodio y potasio.

En algunos casos de pancreatitis aguda puede haber demostración indirecta de crecimiento del lóculo pancreático, importante para descartar crecimientos en epigastrio que planteen otras posibilidades diagnósticas como absceso hepático, aneurismas, etc. En la posición de pié, el estómago cae como delantal sobre el páncreas y se utiliza para evaluar el espacio retrogástrico. La demostración del arco duodenal en proyecciones laterales y oblícuas también es importante.

En casos de isquemia o infarto intestinal se observa frecuentemente alteración de la luz intestinal por edema y hemorragia intramural que en casos avanzados alternan con segmentos dilatados. Cuando se desee demostrar con claridad un segmento intestinal ocluido, se puede administrar material radiopaco por vía oral o por sonda nasogástrica aunque si se quiere ser más selectivo, se avanza una sonda de Miller Abbott hasta la vecindad de la estenosis y allí se instila el material de contraste.

En la invaginación íleo-cólica o colocólica, el estudio no solo es diagnóstico sino que puede ser terapéutico al intentar reducción de la invaginación cuando no hay signos de compromiso circulatorio en el segmento afectado. Se utiliza una presión hidrostática no mayor que la producida por el recipiente cuando se le coloca a 30 cm. de altura de la mesa, se deja caer el material constantemente y se vigila que no se forze su administración. En casos no complicados es posible obtener la reducción total.

En el vólvulo del sigmoides o del ciego, además de comprobar la posición de estos segmentos, la presión hidrostática puede reducir las afecciones sobre todo cuando las condiciones del paciente no indican compromiso circulatorio del segmento invaginado. En los casos en que se sospechen bridas, diverticulitis, tumores u otras alteraciones similares, el material radiopaco debe ser administrado con estricto control fluoroscópico, a presión mínima y en cantidad tal que se demuestre la lesión estrictamente, ya que al pasar cantidades mayores se corre el ries-

go de producir oclusión intestinal. En casos de diverticulitis, las precauciones deben de ser extremas y el estudio solo deberá efectuarse si el cirujano o el clínico, insisten en la necesidad del mismo. La dilataciones por megacolon tóxico con contraindicación absoluta para el colon por enema.

Otros estudios radiográfico útil para el paciente con síndrome abdominal agudo es la angiografía, ya que la isquemia intestinal puede darse por oclusión vascular o por déficit de perfusión. En estos casos se efectúa primero una aortografía lateral para demostrar el ostium de las mesentéricas y el tronco celíaco así como sus ramas; se continúa con una vista panorámica en ántero-posterior para demostrar todas las ramas y la existencia o no de circulación vicariante. Si no hubiere oclusión se efectúa una arteriografía selectiva para demostrar la luz vascular que si aparece normal. descarta que el cuadro clínico sea debido a problema de perfusión pero si tanto el cuadro clínico como los estudios simples sugieren isquemia intestinal se deberá instilar bario diluido para demostrar la luz instestinal con válvulas prominentes, contorno festoneado de la luz intestinal, estenosis y dilataciones alternadas, como habíamos mencionado.

Dr. Ramiro Además de los estudios radiográficos mencionados existen la posibilidad de emplear la ultrasonografía y la tomografía computarizada para el estudio del paciente con síndrome abdominal agudo doctor Elizondo, ¿en qué condiciones considera Usted que debe hacerse la indicación para estos estudios?

Dr. Elizondo En el absceso hepático amibiano el procedimiento es altamente efectivo y rápido pudiéndose precisar la distancia a al que se encuentra el absceso o los abscesos si fueran múltiples, lo que permite una terapéutica más segura. En los casos de pancreatitis aguda, cuando existe íleo adinámico importante pueden haber problemas para demostrar el páncreas; pero si no existe el procedimiento es de gran utilidad diagnóstica sobre todo en casos de crecimiento inflamatorio del páncreas, seudoquistes, necrosis y hemorragias. Estos estudios también son útiles para la demostración no solo de las dilataciones aneurismáticas sino de la porción de su luz que ocupan los coágulos intramurales. Si en caso de embarazo comprobado se demuestra que el útero está vacío y si no existen antecedentes de expulsión del producto, los estudios son útiles para la detección del embarazo ectópico en aproximadamente el 50% de ellos. Raramente el saco gestacional será visto intacto fuera del útero pero es frecuente observar una masa extrauterina probremente definida y, más a menudo, puede verse una colección líquida en el fondo de saco después de que se haya roto un embarazo ectópico; en este caso la imagen sonográfica no es distinta a la que se observa cuando existen abscesos tubo ováricos. Solo en raras ocasiones se observarán las estructuras fetales.

Dr. Ramiro En muchos hospitales se utiliza rutinariamente la punción-lavado peritoneal como auxiliar importante en el diagnóstico del abdomen agudo. Doctor Rodríguez, ¿qué nos dice al respecto?

Dr. Rodríguez La punción peritoneal percutánea y el lavado peritoneal ha sido empleado por nosotros en muy raras ocasiones y solo cuando existe duda que se precisa aclarar en relación con la causa del síndrome abdominal agudo; su utilidad máxima está probablemente cuando se estudian pacientes inconscientes.

Dr. Ramiro Tanto la peritoneoscopia como la laparoscopia son procedimientos auxiliares importantes para el estudio del enfermo con síndrome abdominal agudo. Doctor Curiel, ¿cuáles son las indicaciones para llevar a cabo estos estudios y cuál la utilidad que aportan?

Dr. Curiel Alrededor del año de 1974, la laparoscopia cobró importancia para el diagnóstico diferencial del síndrome abdominal agudo al grado de que en algunos centros hospitalarios se estableció como método de rutina. A través de los años este método ha seguido caminos más lógicos y ya no se le utiliza en los casos en que la evidencia diagnóstica es suficiente para instalar un trata-

miento. En la actualidad la laparoscopía es de especial utilidad en aquellos casos en que se tienen dudas diagnósticas. Los traumatismos abdominales son la principal indicación para la laparoscopia de urgencia, en especial cuando se sospecha lesión de hígado o de bazo, ya que el cuadro clínico puede ser obscuro durante las primeras horas y la espera a la aparición de signos francos puede llevar al paciente a un estado de suma gravedad. El problema se presenta sobre todo en pacientes politraumatizados que muy frecuentemente están inconscientes, con daño craneo-encefálico, con lesiones torácicas o de extremidades y en quienes es difícil dilucidar sobre las causas del estado de choque pues el manejo del mismo con infusión de grandes cantidades de sangre o soluciones y el empleo de aminas vasopresoras pueden enmascarar un sangrado intrabdominal.

La pancreatitis aguda puede ser de difícil diagnóstico cuando el cuadro clínico, bioquímico y radiológico no es franco; en estos casos la laparoscopia frecuentemente proprociona un diagnóstico preciso por observación directa, toma de biopsia de las zonas de necrosis grasa y aspiración de secreciones ricas en amilasa pancreática. lo mismo puede decirse de padecimientos hepáticos o de vías biliares que se presten a dudas diagnósticas. Quisiera destacar también la utilidad del método para el diagnóstico de algunos padecimientos ginecológicos inflamatorios o de tipo infeccioso en los que el diagnóstico correcto puede evitar la laparotomía. El embarazo extrauterino puede ser diagnosticado endoscópicamente en la mayoría de los casos y no solo ante el cuadro clínico explosivo de vientre agudo, sino en etapas más tempranas.

La pancreatitis aguda causa con frecuencia abdomen agudo, sobreviene cuando hay actividad intrapancreática de tirpsinógeno que luego se difunde a tejidos peripancreáticos. El diagnóstico se basa en dolor súbito y violento en epigastrio con náusea y vómitos acompañados de íleo reflejo La amilasa aumenta precozmente por arriba de 300 U Somogyi y la urinaria a más de 4000 en 24 hs. Radiológicamente se encuentra "asa centinela" y separación entre el colon transverso y el estómago por el páncreas edematoso. El diagnóstico diferencial incluye padecimientos hepáticos, biliares y perforación de úlcera péptica. El tratamiento médico consiste en inhibir la secreción pancreática y mantener equilibrio hidroelectrolítico.

Dr. Ramiro Pasaremos ahora a revisar los padecimientos que con cierta frecuencia son capaces de ocasionar el síndrome abdominal agudo y destacaremos los aspectos diagnósticos más importantes así como los detalles sobresalientes del tratamiento. Empezaremos con la pancreatitis aguda que con gran frecuencia es responsable del síndrome. Doctor Curiel, mencione brevemente los puntos sobresalientes de la patogénia de este padecimiento.

Dr. Curiel Pocas enfermedades se han prestado a tanta discusión sobre los factores etiopatogénicos posibles sin que hasta el momento se pueda asegurar que contamos con las respuestas correctas a las interrogantes planteadas. Sabemos que la pancreatitis sobreviene cuando hay actividad intrapancreática de tripsinógeno; la tripsina resultante digiere y necrosa las células pancreáticas, los vasos y los conductos, provocando necrosis y hemorragia, liberación de lipasa que provoca esteato-necrosis y liberación de amilasa, que se absorbe por el peritoneo. Esta situación está limitada inicialmente al páncreas pero después se difunde a los tejidos peripancreáticos, al retroperitoneo, y a la cavidad peritoneal, un cuadro de intoxicación general por reabsorción de productos de autolisis. El mecanismo que produce esta serie de acontecimientos se ha intentado explicar mediante varias teorías de entre las cuales, la más aceptada aduce la ruptura de los conductos pancreáticos por obstrucción parcial o completa del conducto excretor, situación quizá provocada por diferentes mecanismos entre los que se incluyen los desencadenados por cálculos pancreáticos o biliares y la alteración neurógena del esfínter de Oddi (posible efecto de la ingesta de alcohol). Algunos casos se pre-

sentan como complicación del uso de corticosteroides o tiazidas y en raras ocasiones se inician en el último trimestre del embarazo o en el puerperio temprano. Según Bockus, los factores desencadenantes más frecuentes de la pancreatitis aguda son los excesos alcohólicos en el hombre y las enfermedades biliares en la mujer.

Dr. Ramiro ¿En qué datos clínicos, de laboratorio y de gabinete se apoya Usted para hacer el diagnóstico de pancreatitis aguda?

Dr. Curiel El diagnóstico debe sospecharse ante todo paciente que presente un dolor súbito y violento en el epigastrio, acompañado de náusea y vómitos intensos con cuadro clínico abdominal de íleo reflejo; estos pacientes casi siempre tienen colapso vascular precoz, cianosis, taquicardia y oliguria. Debe tenerse muy en cuenta la escasez relativa de signos físicos ya que frecuentemente el vientre del paciente es blando o solo presenta resistencia muscular moderada. Por lo general la palpación provoca dolor intenso en el epigastrio y moderado en el resto del abdomen y al tacto rectal y/o vaginal puede encontrarse tensión en el fondo de saco de Douglas sobre todo cuando hay gran cantidad de exudado peritoneal. También es frecuente la leucocitosis (entre 15,000 y 30,000 con neutrofilia y linfopenia en las primeras 48 horas y en las formas hemorrágicas fulminantes habrá anemia. Después de las primeras horas, generalmente hay ictericia leve a moderada causada por compresión de las vías biliares por el edema pancreático; la amilasa aumenta tempranamente por arriba de 300 U Somogyi y se mantiene elevada por dos días o más de acuerdo con la gravedad de la evolución; la amilasa urinaria aparece con cifras de más de 4000 U en 24 horas o de 300 U por hora, o de 300 U por hora, manteniéndose elevada hasta por 10 días aún cuando las cifras séricas hayan vuelto a la normalidad; la glucemia se encuentra elevada entre el 25 y el 60 por ciento de los pacientes y los niveles de calcio pueden disminuir después del 2o. día debido al proceso de saponificación de las grasas en el páncreas y otros tejidos pudieran ser consideradas como específicas de esta entidad. Las placas simples de abdomen pueden mostrar dilatación localizada de una asa intestinal alta, lo que se llama "asa centinela", el asa duodenal puede estar distendida por aire y este signo es más definitivo; la distensión localizada del colon transverso (signo de corte del colon) aunque poco frecuente, es un dato que puede hacernos sospechar el diagnóstico. También puede observarse una separación entre el colon transverso y la curvatura mayor del estómago ocasionada por el páncreas edematoso y dilatado que se extiende entre ambas estructuras. En ocasiones podremos observar imágenes alternas de mayor y menor densidad que corresponden a edema y zonas de saponificación en páncreas y retroperitoneo. La paresia del hemidiafragma izquierdo causa elevación del mismo lo que se observa a los rayos X siendo frecuente el derrame pleural del mismo lado. En la serie gastroduodenal con bario se pueden encontrar signos duodenales que incluyen ensanchamiento del asa a partir del aumento de tamaño de la cabeza del páncreas y agrandamiento del ámpula de Vater así como trastornos motores, en particular del duodeno descendente.

Dr. Ramiro Díganos por favor con qué padecimientos y en que forma se debe hacer el diagnóstico diferencial, doctor Curiel.

Dr. Curiel Existen varias entidades que se prestan a diagnóstico diferencial con la pancreatitis aguda y entre ellas deben destacarse los padecimientos de la vesícula y de las vías biliares, tomando en cuenta que ambos pueden coincidir en varias de sus manifestaciones clínicas como pudieran ser el dolor epigástrico, la instalación brusca del cuadro doloroso, el íleo relejo, la leucocitosis y la hiperamilasemia; el accidente vascular mesentérico que se presenta con cuadro doloroso agudo y gran colapso cardiovascular y que si bien en este padecimiento la hemorragia es frecuente, no siempre se presenta; la apendicitis aguda sobre todo cuando han ocurrido algunas horas de evolución, presenta un cuadro con gran afectación del estado general, dolor abdominal intenso y,

ocasionalmente, hiperamilasemia si bien esta nunca es de la magnitud con que se presenta en la pancreatitis; la perforación de una úlcera péptica, que si bien en la mayoría de los casos presenta datos clínicos y radiológicos suficientes para el diagnóstico, puede prestarse a confusión sobre todo en ancianos, en quienes pueden faltar el clásico vientre en madera pero que frecuentemente presentan hiperamilasemia por salida del contenido duodenal al peritoneo. Cuando en estas o en otras muchas condiciones la clínica y los estudios de gabinete no sean suficientes para establecer el diagnóstico se puede recurir a otros procedimientos entre los que destacamos como de uso frecuente a la punción peritoneal, con la que se obtiene un líquido sanguinolento con concentración de amilasa muy superior a la que puede observarse en cualquier otro padecimiento; la punción pleural, en casos de derrame pleural por pancreatitis, obtiene también presencia de amilasa, faltante en cualquier otro padecimiento; la laparoscopia que frecuentemente proporciona un diagnóstico confiable por observación directa, toma de biopsia y aspiración de secreciones y, por último, la laparotomía exploradora ya que, a pesar de contar en la actualidad con importantes ayudas diagnósticas, con cierta frecuencia el médico se enfrenta a cuadros de diagnóstico muy difícil en los que es preferible una laparotomía exploradora a tiempo que permitir la progresión de un padecimiento tan grave.

Dr. Ramiro Doctor Curiel, pocos padecimientos se han prestado a tanta polémica en relación con su tratamiento como sucede con la pancreatitis, recuérdenos cual es el tratamiento médico convencional y díganos su opinión en relación con las indicaciones de diálisis peritoneal y de tratamiento quirúrgico para el tratamiento de estos enfermos.

Dr. Curiel El tratamiento médico debe estar encaminado a la resolución de varios problemas: tratar de llegar al diagnóstico desde el punto de vista etiológico, a detectar tempranamente las complicaciones, a inhibir la secreción pancreática y a mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado. Habitualmente suspendemos la vía oral e instalamos succión gástrica continua. La cimetidina resulta muy efectiva para inhibir la acidez gástrica. El uso de anticolinérgicos se ha prestado a discusión por el efecto que tienen sobre el esfínter de Oddi lo que puede dificultar el drenaje pancreático y causar molestias al paciente. Deberá colocarse un catéter en vena central, vigilar la presión venosa central, el pulso y la diuresis horaria así como el hemotocrito, la glucemia, el calcio y los gases arteriales. Una de las alternativas en el tratamiento de la pancreatitis aguda es la introducida por Ranson que consiste en efectuar diálisis peritoneal continua con solución estándar. La elección de los pacientes para este procedimiento se efectúa analizando un sinnúmero de datos que pueden llegar a presentar los pacientes con este padecimiento; de ese análisis se han concluido 11 signos que tienen significado estadístico y que se pueden relacionar con la severidad, morbilidad y mortalidad de la pancreatitis. Entre los más importantes se mencionan la edad, la retención de líquidos, el déficit de base, la hipocalcemia, la hipoxemia, las alteraciones en el hematocrito, la retención de azoados, la transaminasa oxalacética o la deshidrogenasa láctica elevadas, la leucocitosis y la hiperglucemia. Esta innovación al tratamiento fue casual y surgió al notarse que algunos pacientes con pancreatitis que desarrollaban insuficiencia renal, mejoraban notablemente al ser sometidos a diálisis peritoneal. Según el criterio de Ranson debe someterse a diálisis peritoneal a aquel paciente que presente tres o más de las alteraciones antes mencionadas. La diálisis debe efectuarse desde 24 hasta 96 horas según la respuesta del caso en particular. Hasta el momento existe controversia en cuanto a la verdadera utilidad del procedimiento; a nuestro juicio es de utilidad en las pancreatitis severas si se utiliza como una medida adicional al tratamiento habitual.

La perforación de úlcera péptica se diagnostica por antecedentes, dolor súbito, con ansiedad y postración, abdomen rígido y paciente en decúbito supino, es común el silencio abdominal; en el laboratorio hay leucocitosis, amilasa elevada y el estudio radiológico revelará aire libre en cavidad abdominal. El tratamiento es quirúrgico, cuando el paciente se encuentre en las mejores condiciones posibles y se hace el cierre de la úlcera con epiplón. La oclusión intestinal mecánica se detecta por historia clínica cuidadosa, auxiliada por laboratorio y rayos x; sus síntomas son: dolor, vómito y dificultad para arrojar gases y heces, después aparece distensión abdominal; el tratamiento casi siempre es quirúrgico.

Dr. Ramiro La perforación de una úlcera péptica ocasiona frecuentemente síndrome abdominal agudo. Doctor Rodríguez, ¿cuáles son los puntos fundamentales para el diagnóstico de esta complicación?

Dr. Rodríguez La salida brusca del contenido gastroduodenal a la cavidad peritoneal da lugar a uno de los cuadros más dramáticos en cirugía. La historia previa de síntomas gástricos sugestivos de enfermedad ulcerosa péptica se obtiene en más del 60 por ciento de los pacientes. En el resto, la perforación es la primera manifestación de una úlcera. La característica clínica más importante de la úlcera péptica perforada es el inicio repentino del dolor que además es de una intensidad violenta, por lo común generalizado y continuo aunque más severo en el epigastrio. En un grupo de enfermos el dolor epigástrico inicial se irradia a la fosa iliaca derecha a través de la corredera parietocólica del mismo lado. Esto en ocasiones plantea problemas de diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda. Aproximadamente el 20 por ciento de los pacientes tienen dolor en el hombro de uno o ambos lados. La náusea y los vómitos son inconstantes y no tienen gran significación diagnóstica. La inspección general del enfermo revela gran ansiedad y postración, su piel está pálida y cubierta de sudor. La temperatura es normal o subnormal, el pulso no se encuentra acelerado y la presión arterial no es baja en la primera fase del padecimiento, la respiración es superficial y torácica. El abdomen está rígido y el paciente inmóvil en posición de decúbito supino. A la palpación, el dolor es generalizado pero más intenso en la parte superior. Existe signo del rebote y en el 50 por ciento de las veces hay disminución o borramiento de la matidez; también es común el silencio abdominal. Los hallazgos del laboratorio demuestran leucocitosis moderada de alrededor de 12,000 que es lo habitual al principio del padecimiento. Después de 12-24 horas, ésta se puede elevar a 20,000 o más si el tratamiento ha sido inadecuado. Si se dosifica amilasa en sangre se la encontrará elevada. El estudio radiológico es de gran utilidad, la placa simple de abdomen mostrará imágenes de aire libre en la cavidad peritoneal en el 85 por ciento de los casos pero si este no se demuestra y el cuadro clínico sugiere una úlcera péptica perforada, deberá practicarse una serie gastroduodenal con material de contraste hidrosoluble. El estudio demostrará el escape del material de contraste por el sitio de la perforación, siempre y cuando no esté sellado.

Dr. Ramiro Si el tratamiento es siempre quirúrgico en este tipo de problemas, doctor Rodríguez, ¿cuál es el momento ideal para practicar la intervención quirúrgica?

Dr. Rodríguez Salvo en muy especiales circunstancias, la perforación de una úlcera péptica a la cavidad abdominal es una urgencia quirúrgica. Una vez hecho el diagnóstico de la complicación se procede a colocar un tubo nasogástrico de Levin, se restaura el volumen sanguíneo, se corrige el problema hidroelectrolítico que exista y se ofrecen antibióticos de amplio espectro. El momento ideal para operar será aquel en que las condiciones del paciente sean las óptimas aunque como se trata de una urgencia quirúrgica no se debe esperar demasiado tiempo para intervenir. El cirujano puede elegir entre dos opciones, el simple cierre de la úlcera con epiplón por encima de ésta, o bien, el tratamiento definitivo de la enfermedad ulcerosa. Nosotros recomendamos la primera de éstas.

Dr. Ramiro Doctor Rodríguez, ¿qué datos clínicos y radiológicos deben hacernos pensar que un cuadro clínico de abdomen agudo es consecutivo a una oclusión intestinal mecánica?

Dr. Rodríguez El diagnóstico deberá basarse en una historia clínica cuidadosa y en un examen físico completo auxiliado todo ello por el laboratorio y los rayos X. Los síntomas iniciales de la oclusión intestinal mecánica simple son dolor abdominal, vómito y dificultad para arrojar gases o materia fecal por el recto. La distensión abdominal es un signo más tardío. El dolor es el dato más importante y el primero en aparecer; es de principio brusco, de gran intensidad y de tipo espasmódico. Los periodos entre uno y otro dolor son cortos, se presentan cada 3-5 minutos si la oclusión es alta y hasta cada 10-15 minutos si la oclusión es baja. El dolor sincronizado con ruidos intestinales constituye un dato útil para el diagnóstico de oclusión intestinal. Cuando el dolor y la peristalsis ocurren simultáneamente habrá espasmo intestinal. Si la oclusión persiste durante varias horas, el carácter periódico del dolor puede desaparecer y ser reemplazado por un malestar abdominal constante. El dolor abdominal constante, pero de gran intenisdad, indicará que existe estrangulación lo que puede ocurrir desde el comienzo del cuadro clínico pero en la mayor parte de las veces aparecerá después de un largo periodo de dolor, cuando el riego sanguíneo del área afectada se oblitera gradualmente. El dolor es habitualmente difuso y de difícil localización. En la fase inicial puede estar relacionado con el sitio de la oclusión. En términos generales se referirá al abdomen superior, cuando la oclusión es del intestino delgado y al abdomen inferior o al periné cuando es de colon o recto. El vómito, que también es un signo muy corriente pero muy constante, se inicia después de un periodo más o menos largo de dolor, su duración dependerá del sitio de la oclusión; este será más precoz cuanto más alta sea la oclusión. En estos casos el vómito es frecuente y abundante. En la oclusión intestinal alta el paciente puede evacuar en las primeras horas gases y materia fecal por el recto; sin embargo, esto no es lo habitual. En la oclusión del íleo terminal, el síntoma aparece un poco tarde. En general, el vómito al inicio es de contenido gástrico, luego es un líquido verdoso, amarillento y de sabor amargo pues contiene bilis y, finalmente, se hace fecaloide. Cuando esto último ocurre, el pronóstico será más grave pues se trata de un dato tardío. En las oclusiones del intestino grueso el vómito puede faltar, excepto en los casos en que existe torsión (vólvulus). Otro dato cardinal del síndrome oclusivo lo constituye el estreñimiento. La imposibilidad de evacuar gases y heces es un dato de gran valor; sin embargo, no se debe olvidar que los gases y las heces distales al sitio de la oclusión pueden ser arrojados por el recto después de que ha ocurrido la oclusión, particularmente si esta es alta. En cuanto a la distensión abdominal, estará invariablemente presente a menos que la oclusión sea muy alta. Este dato aparece cuando la oclusión lleva algún tiempo de haberse instalado. Entre más bajo esté el sitio ocluido, mayor será la distensión abdominal. La exploración física deberá hacerse en forma completa y son indispensables el examen ginecológico y rectal, así como la sigmoidoscopia si se sospecha oclusión del intestino grueso. Las regiones inguinales y ambos anillos femorales deberán ser explorados cuidadosamente, sobre todo en los obesos. En las primeras horas del padecimiento, la exploración del paciente dará pocos o ningún dato anormal. Los signos vitales serán habitualmente normales y la distensión y los signos de deshidratación serán mínimos; si el enfermo se agrava desde las primeras horas deberá sospecharse una estrangulación. Más tarde, la deshidratación con pérdida de electrólitos ocasionada por los vómitos y por la acumulación de líquidos por arriba del sitio ocluido, dará lugar a la gravedad que suele acompañar a este cuadro. A la inspección del abdomen

se le podrá encontrar distendido o no de acuerdo con el momento en que se vea al enfermo, ya se mencionó antes que la distensión será mayor cuanto más baja sea la oclusión del intestino. La distensión del colon, después de varias horas de evolución del padecimiento puede ser enorme si la válvula iliocecal impide el paso del gas al intestino delgado. Ocasionalmente, en enfermos delgados, se pueden apreciar ondas peristálticas intestinales lo que suele verse con mayor frecuencia en los casos crónicos de oclusión intestinal. A la palpación abdominal se buscará dolor y tumor, al inicio del cuadro clínico la palpación no será de mucha utilidad. Cierto grado de adolorimiento se hará presente en la fase más tardía del padecimiento. En ocasiones se podrá detectar dolor de moderada intensidad en el sitio de una cicatriz quirúrgica; ello indicará el sitio de la oclusión a heridas o adherencias postoperatorias. El dolor intenso, localizado o difuso estará indicando la existencia de estrangulamiento. Si se logra palpar un tumor en el abdomen esto será de gran ayuda para el diagnóstico. En las oclusiones del colon por carcinoma a veces se logra palpar la masa tumoral y lo mismo puede ocurrir en los casos de invaginación intestinal y en los de diverticulitis o de vólvulus. La percusión del abdomen pondrá de manifiesto timpanismo por distensión abdominal que será de intensidad variable y localizado en la zona meteorizada. La auscultación adquiere gran valor clínico ya que el abdomen permanece quieto excepto en las etapas de dolor durante las cuales se escucharán sin la ayuda del estetoscopio, los ruidos a que da lugar el peristaltismo de "lucha intestinal". El silencio abdominal absoluto hará sospechar estrangulación o bien un estado avanzado del padecimiento. La radiología es el método más útil para establecer el diagnóstico de oclusión intestinal, para conocer el diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de ésta y el nivel de la lesión. El examen se iniciará con la radiografía simple del abdomen y se tomarán radiografías con el paciente acostado, de pié y en decúbito lateral con el haz de rayos dirigido horizontalmente. La radiografía simple de abdomen siempre deberá incluir el diafragma y la pélvis. En condiciones normales el abdomen contiene gas el que se encuentra tanto en el estómago como en el colon, muy rara vez en el intestino delgado pero nunca se deben observar niveles hidroaéreos. El diagnóstico de oclusión mecánica simple de intestino delgado se establece por la presencia de gas y niveles líquidos en el intestino; estos suelen observarse después de las primeras seis horas de haberse iniciado el padecimiento. En los casos de oclusión estrangulante, el intestino estrangulado puede aparecer como una masa opaca y pueden no observarse niveles líquidos ni gases. El íleo paralítico es diagnostica cuando los niveles de gas y líquido se observan en todo el trayecto intestinal. El diagnóstico de oclusión crónica podrá hacerse cuando exista distensión de los órganos, que en ocasiones será exagerada, como en los casos de vólvulus. En algunas ocasiones en las que se sospeche la oclusión del intestino grueso, la radiografía del colon por enema podrá intentarse a pesar de los inconvenientes que se tienen. Por último, es conveniente recordar la gran utilidad de la telerradiografía de tórax en estos casos. Con ella se puede diagnosticar atelectasia en base pulmonar causada por la distensión abdominal y, así como neumonitis, infarto pulmonar, etc., que podrían explicar la producción de un íleo paralítico secundario a padecimientos supradiafragmáticos.

Dr. Ramiro Doctor Rodríguez, ¿cuáles son las causas más frecuentes de oclusión mecánica?

Dr. Rodríguez La edad suele ser importante para sospechar la etiología de una oclusión intestinal mecánica aguda. En la infancia las malformaciones congénitas y la invaginación son las causas más comunes. En la edad adulta las adherencias postoperatorias y las hernias ocupan el primer lugar y, en la vejez, los padecimientos neoplásicos consti-

tuyen la causa más importante. La oclusión intestinal crónica puede deberse a muchas causas, unas localizadas en la luz intestinal como los fecalomas, los parásitos, los cálculos biliares y los cuerpos extraños; otras localizadas en la pared intestinal como las cicatrices retráctiles, los carcinomas, los tumores benignos y los granulomas específicos o no, otras veces, la oclusión crónica intestinal puede ocurrir cuando existan causas que compriman la pared intestinal, como algunos tumores extraintestinales o las adherencias peritoneales.

Dr. Ramiro Doctor Rodríguez, ¿cuál debe ser la terapéutica en estos casos y cuándo está indicada la cirugía?

Dr. Rodríguez Con muy pocas excepciones el tratamiento de la oclusión intestinal es quirúrgico. En vista de los graves trastornos fisiopatológicos que ocurren en los individuos con oclusión intestinal aguda, es imperativo que exista una preparación adecuada de los enfermos antes de que sean operados. El tratamiento preoperatorio deberá ser tanto más prolongado o intensivo cuanto más tiempo lleve de instalado el cuadro oclusivo. La descompresión intestinal se lleva a cabo por medio de la intubación gastrointestinal, para ello, la sonda nasogástrica de Levín es de gran utilidad, tiene la ventaja de ser fácil de conseguir, fácil de introducir al estómago y fácil de conectarse al aparato de aspiración continua. La restitución de agua, plasma y sangre, debe iniciarse tan pronto como sea posible y para ello deberá colocarse un catéter central con el fin de administrar líquidos rápidamente y medir la presión venosa central ya que si esta es menor de 12 cm de agua los líquidos podrán administrarse rápidamente. La cantidad y la calidad de los líquidos por restituir estará de acuerdo con el cuadro clínico, grado de deshidratación del enfermo y resultados de los estudios de laboratorio (hematocrito, dosificación de electrólitos en plasma, etc.). El pulso, la presión arterial, la humedad de las mucosas, la elasticidad de la piel, la diuresis horaria y la presión venosa central, constituyen los datos que el clínico deberá tomar en cuenta para la restitución adecuada de agua, sales, plasma y sangre. En la oclusión mecánica aguda, pero sobre todo en la de tipo estrangulante, parece ser que existe aumento de la permeabilidad de la pared intestinal para el paso de las toxinas bacterianas a la circulación general. De ahí que se recomiende el uso de antimicrobianos parenterales contra gérmenes gram negativos (kanamicina, ampicilina, etc.). Si el paciente sufre oclusión estrangulante, oclusión por asa ciega, oclusión mecánica simple, de menos de 24 horas de instalación u oclusión del colon, el tratamiento de elección es la intervención quirúrgica inmediata. Si existe o se sospecha oclusión estrangulante, deberá operarse inmediatamente para evitar la necrosis del asa intestinal afectada, su perforación y la consiguiente peritonitis. Se habla de oclusión de asa ciega (síndrome de asa ciega), cuando la oclusión intestinal es doble, es decir, oclusión del segmento proximal y distal del asa intestinal afectada. En el intestino delgado este tipo de oclusión se comparta como una oclusión estrangulante. No así en el intestino grueso (oclusión aguda del colon); ya que al existir oclusión completa del sigmoides por un tumor y válvula iliocecal normal, esto es, impermeable al paso de gas hacia el íleon, la gran distensión que ocurre en el colon terminal puede ocasionar perforación de este a la altura del ciego Si la oclusión mecánica simple tiene menos de 24 horas de haberse instalado, las alteraciones fisiopatológicas serán mínimas. Una breve preparación será suficiente antes de la operación.

Dr. Ramiro Doctor Rodríguez, la apendicitis aguda es un padecimiento muy frecuente y que da lugar a síndrome abdominal agudo en la casi totalidad de los casos.

La apendicitis aguda es el padecimiento inflamatorio más frecuente de la cavidad abdominal y puede ocurrir en todas las edades, afectando a los dos sexos. Es importante su diagnótisco temprano y el tratamiento es quirúrgico con escasa morbomortalidad. El diagnóstico de colecis-

titis aguda es más frecuente en mujeres obesas con dolor en cuadrante superior derecho irradiado a la escápula, náuseas, vómitos, datos abdominales con fiebre y leucocitosis; el tratamiento es la colecistectomía. En traumatismos abdominales está indicada la laparotomía cuando se sospecha lesión intrabdominal. La colitis amebiana necrosante, relativamente frecuente en nuestro medio, ocasiona abdomen agudo y tiene muy mal pronóstico.

¿Cuáles son sus características clínicas?

Dr. Rodríguez La apendicitis aguda continúa siendo el padecimiento inflamatorio más frecuente de la cavidad abdominal y puede ocurrir a cualquier edad aunque su frecuencia es mayor entre los 15 y los 30 años y es raro antes de los tres y después de los cincuenta. Afecta ambos sexos, pero parece ser más frecuente en el masculino. El diagnótsico precoz de la apendicitis aguda continúa siendo de gran importancia. Los casos no complicados tratados con apendicectomía temprana cursan habitualmente sin complicaciones y su recuperación postoperatoria es rápida y satisfactoria. En términos generales la apendicitis es el resultado de una forma especial de oclusión intestinal. De acuerdo con el concepto clásico la patogénesis de la apendicitis aguda es la infección bacteriana distal a la oclusión de la luz del órgano. La hiperplasia del tejido linfoide es la causa más común de esta oclusión en los niños. La oclusión por fecalitos es lo habitual en la persona adulta. Otras causas de oclusión de la luz del apéndice cecal capaces de iniciar la enfermedad son los cuerpos extraños, la estenosis por bandas o adherencias, los tumores de la pared del apéndice o del ciego y los parásitos intestinales. Una vez ocurrida la oclusión, aparece la inflamación y el edema de la pared del órgano así como cierta destrucción del epitelio. En la luz del apéndice se acumula moco. Las bacterias virulentas convierten a este en material purulento. Los cambios son percibidos por el paciente como dolor visceral de difícil localización que tiende a hacerse periumbilical o epigástrico acompañado de anorexia, náusea y, ocasionalmente, vómito. El apéndice cecal y el intestino delgado tienen la misma inervación de tal manera que el dolor visceral se localiza inicialmente en esas zonas del abdomen. Si el proceso continúa el edema del órgano se agrava. La invasión bacteriana atraviesa las paredes del apéndice y da lugar a la llamada apendicitis supurada aguda. Ahora bien, la serosa apendicular inflamada se pone en contacto con el peritoneo parietal. El dolor somático con punto de partida en la zona peritoneal en contacto con el órgano inflamado es el que el paciente localiza en la fosa iliaca derecha. Más adelante, la circulación arterial y venosa del órgano se comprometen dando lugar a la isquemia y a la gangrena; posteriormente, vendrán el infarto, la perforación del órgano y el escape de las bacterias desde la luz apendicular hacia la cavidad peritoneal. La apendicitis perforada esta ahora presente. Lo anterior es el curso habitual que sigue el padecimiento; sin embargo, pueden ocurrir excepciones de tal manera que aún en la etapa inicial puede presentarse el infarto de la pared del apéndice con necrosis y perforación. Si el cuadro clínico no progresa tan rápidamente como suele ocurrir en los niños y en las personas de edad avanzada, hay tiempo para que se formen adherencias entre el órgano enfermo y las asas intestinales, peritoneo y epiplón, y la perforación se localiza dando lugar a una peritonitis localizada y aun absceso apendicular. En un porcentaje muy pequeño de los casos este sistema de defensa del organismo no funciona y se desarrolla la peritonitis generalizada o difusa. La apendicitis aguda es un padecimiento grave. El diagnóstico temprano es de la mayor importancia ya que de él dependerá el tratamiento oportuno y por lo tanto la menor morbiildad y mortalidad. El diagnóstico deberá hacerse en base a una cuidadosa historia clínica y a un examen físico completo, complementado por algunos estudios de laboratorio. En términos generales la sintomatología es bastante constante; sin embargo, es conveniente recordar que en algunas ocasiones la situación ana-

tómica del apéndice puede variar lo que dará lugar a cambios en los datos cínicos, particularmente en lo que se refiere al dolor. Cuando el apéndice se localiza en la zona retrocecal, el dolor se localiza en el flanco derecho o en la región lumbar y puede simular un padecimiento renal. En ocasiones se sitúa muy abajo en la pelvis y se pone en contacto con la vejiga urinaria, recto, trompas de Falopio y ovario derecho. En tales circunstancias el acto de la defecación exacerbará el dolor o bien simulará un dolor menstrual. Otras veces, como ocurre en la apendicitis durante el tercer trimestre del embarazo, el desplazamiento hacia arriba del ciego y el apéndice cecal, harán localizar el dolor muy alto en el abdomen o en el flanco derecho. En la mayor parte de las veces el paciente con apendicitis aguda suele quejarse de dolor abdominal difuso que tiende a localizarse en el área periumbilical y en el epigastrio. Al principio el dolor no es de gran intensidad ni de tipo continuo sino con cólicos discretos en el abdomen. Después de varias horas se localiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen, y se exacerba con los movimientos, con la marcha o al toser. En la mayor parte de las veces ocurre anorexia; sin embargo, no es raro observar que algunos pacientes con apendicitis aguda ingieran alimentos hasta pocas horas antes de ser intervenidos quirúrgicamente. El vómito, cuando está presente, aparece después de haberse iniciado el dolor y puede aparecer poco después de la ingestión de líquidos o alimentos. Habitualmente existe constipación. Cuando ocurre diarrea puede confundirse el cuadro clínico con el de enteritis lo que podría ser peligroso. La temperatura corporal al principio del padecimiento suele ser normal, después puede elevarse pero habitualmente no pasa de 38°C a menos que ocurra perforación.

En otras ocasiones, el dolor es severo desde el principio, de aparición brusca y su localización desde el inicio es en la fosa iliaca derecha. En otras ocasiones el dolor continúa siendo difuso y nunca se localiza. La exploración física es particularmente útil en los enfermos en quienes se sospecha apendicitis aguda. En términos generales, el paciente con apendicitis aguda no complicada no parece grave. En las primeras horas del padecimiento puede demostrarse dolor a la presión en el cuadrante inferior derecho. En ocasiones el sitio del dolor puede variar según la topografía del apéndice. Con frecuencia el paciente puede señalar con su dedo el sitio del dolor máximo si se le pide que tosa. La hiperestesia cutánea y la disminución o abolición de los reflejos abdominales del cuadrante inferior derecho son signos de inflamación aguda y suelen estar presentes en el cuadro clínico. El paciente con apendicitis aguda aqueja dolor en la región apendicular en el momento en que se retira repentinamente la presión de la mano que explora. La extensión de la reacción peritoneal determinará la contractura muscular y el grado del signo del rebote. El signo de Rousing estará presente si el paciente se queja de dolor en el punto de Mc Burney al tiempo en que el colon descendente se palpa en el lado izquierdo del abdomen; se supone que esto se debe al desplazamiento del gas en el colon. Los signos del psoas y del obturador son fuertemente sugestivos de apendicitis. El primero se busca colocando al paciente sobre su lado izquierdo con el muslo derecho en hiperextensión. Esta maniobra pondrá al músculo psoas en hiperextensión y causará dolor si el proceso inflamatorio se encuentra localizado en la vecindad de este. El signo del obturador será positivo cuando se despierta dolor irradiado al hipogastrio cuando este músculo se pone en tensión, estando flexionado ligeramente el muslo, con movimientos de abducción y rotación interna de la articulación en la cadera por parte del explorador.

Dr. Ramiro Doctor Rodríguez, ¿es siempre quirúrgico el tratamiento de la apendicitis aguda?

Dr. Rodríguez El tratamiento de la apendicitis aguda es exclusivamente quirúrgico.

La extirpación del apéndice inflamado tan pronto como se establece el diagnóstico constituye el éxito terapéutico; en los casos no complicados la preparación preoperatoria es mínima, el postoperatorio de corta duración y las cifras de morbilidad y mortalidad despreciables. Por lo que se refiere a la apendicitis perforada, la preparación preoperatoria deberá ser intensiva. La administración de líquidos y electrólitos, antibióticos, aplicación de sonda nasogástrica y control de la fiebre constituyen las medidas que deberán tomarse antes de practicar la operación. Las complicaciones son más probables en estos enfermos, requieren una convalecencia más prolongada y las cifras de morbilidad se elevan.

Dr. Ramiro Doctor Curiel, díganos cuales son los problemas más comunes que presenta el diagnóstico de una colecistitis aguda.

Dr. Curiel El cuadro clásicamente descrito de un individuo de edad media o avanzada, más frecuentemente mujeres obesas, con dolor en el cuadrante superior derecho que se irradia a la escápula, se acompaña de náusea o vómitos y datos abdominales con gran postración, fiebre y leucocitosis, se presenta en la mayoría de los casos y con frecuencia este cuadro clínico ha sido precedido de otros similares relacionados con la ingesta de alimentos ricos en grasas. En estos casos no existe el problema de diagnóstico, pero hay otras ocasiones en las que se presenta un cuadro clínico similar al descrito pero causado por diferente patología, lo que produce confusión diagnóstica. En algunas ocasiones los cuadros de colecistitis no siempre se presentan en forma tan florida y la falta de un estudio adecuado puede hacernos caer en diagnósticos erróneos que en ocasiones suponen un gran riesgo para la vida del paciente. Los peligros de este tipo aumentan considerablemente en sujetos gruesoc, especialmente en mujeres obesas en las que los datos obtenidos por exploración son escasos y poco útiles. Los cuadros clínicos de absceso hepático amibiano, hepatitis aguda o hígado congestivo, pueden eventualmente simular una hepatitis aguda o hígado congestivo sobre todo cuando hay distensión rápida de la cápsula de Glisson. Será el análisis correcto de los análisis de los antecedentes, del cuadro clínico y de los estudios de laboratorio y gabinete los que esclarecerán las dudas en la mayoría de los casos: la presencia de insuficiencia cardiaca derecha nos hará pensar en hígado congestivo; la hepatomegalia con dolor a la digitopresión de espacios intercostales, la paresia del hemidiafragma derecho con frecuencia acompañada de derrame pleural y fosfatasa alcalina elevada sin gran ictericia estarán en favor del absceso amibiano. Sin embargo, también existen casos sobre todo aquellos con datos de irritación peritoneal en los que es difícil localizar el borde inferior del hígado. También existe la posibilidad de que la fosfatasa alcalina se encuentre elevada en los enfermos con colecistitis aguda con obstrucción biliar agregada lo que por ser tan frecuente resta valor a la determinación. En casos muy dudosos puede recurrirse al gamagrana de urgencia aunque este procedimiento solo está al alcance en pocos centros hospitalarios.

La hepatitis aguda pocas veces da lugar a grandes dudas diagnósticas, ya que los casos que cursan con cuadros tan severos que pudieran confundir al clínico, generalmente se presentan con hepatomegalia palpable, pocos datos de irritación peritoneal, transaminasemia muy elevada y con menor leucocitosis (si no es que leucopenia) que en la colecistitis aguda.

La pancreatitis aguda es otra entidad a descartar, sobre todo por la frecuencia con que ambos padecimientos coexisten o son vistos por el médico en estadios avanzados, con gran dolor abdominal, estado toxiinfeccioso severo y datos de exploración abdominal comunes a ambos. Cuando sucede esta eventualidad es importante precisar el cuadro clínico desde sus inicios y seguir su evolución. La determinación de amilasa puede ser de gran ayuda ya que si bien es frecuente que se eleve en los pacientes con colecistitis, generalmente no lo hace con la magnitud que la pancreatitis aguda. Los datos radiológicos, como ya se dijo, pueden ser

de utilidad. Por último, podremos recurrir a la punción abdominal con el fin de determinar amilasa en el líquido peritoneal o a la laparoscopia, esta última en casos muy seleccionados, con el fin de evitar una intervención innecesaria y de gran riesgo para el paciente con pancreatitis aguda. En no tan infrecuentes ocasiones una apendicitis aguda puede ser confundida con colecistitis aguda o ésta simular una apendicitis. Desde luego, la localización del dolor en el hipocondrio derecho en un caso y en la fosa iliaca derecha en el otro, son de primordial importancia aunque no hay que olvidar que hay casos de sujetos obesos con vesícula inflamada que llega bastante abajo en los cuadrantes derechos dando lugar a que el dolor se localice en sitios mucho más bajos que lo esperado; por otro lado, en casos de perforación vescular, el material que escapa de la vesícula puede emigrar por declive dando cuadros dolorosos bajos. Nuevamente, la revisión meticulosa del enfermo es de gran utilidad incluyendo muy especialmente el tacto rectal. Aún así es posible que el cirujano realice una laparotomía con diagnóstico de apendicitis y se encuentre con una colecistitis o viceversa. Debemos mencionar también que con frecuencia encontramos cuadros de colecistitis aguda, sobre todo en sus etapas iniciales en las que la inflamación vesicular no ha irritado el peritoneo parietal pero puede encontrarse distendida e incluso palpable dando dolor referido al epigastrio. Horas o días más tarde, el proceso inflamatorio avanza a las capas más profundas de la pared vesicular y entonces da lugar a que se presenten datos de irritación peritoneal con el consecuente dolor localizado al hipocondrio derecho. Es importante pensar en esta eventualidad dado que el diagnóstico precoz dará la posibilidad de instaurar tratamiento específico antes de que aparezcan etapas de mayor morbilidad y mortalidad.

Dr. Ramiro Doctor Rodríguez, ¿cuál es el tratamiento médico de la colecistitis aguda y, en su opinión, cuándo está indicada la cirugía?

Dr. Rodríguez Aunque el tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda no es de extrema urgencia como lo sería, por ejemplo, el tratamiento de la úlcera péptica perforada, una vez que hicimos el diagnóstico y preparamos adecuadamente al paciente, llevamos a cabo la operación siempre y cuando no existan contraindicaciones. La preparación preoperatoria consistirá en la administración de líquidos y electrólitos por vía intravenosa, aspiración nasogástrica continua y administración de antibióticos.

Dr. Ramiro Doctor Rodríguez, ¿cuándo esta indicada la laparotomía en el paciente con traumatismo abdominal?

Dr. Rodríguez En traumatismos cerrados del abdomen, laparotomía deberá llevarse a cabo a la menor sospecha de lesión intrabdominal. La historia clínica, el antecedente traumático, los signos de abdomen agudo a la exploración abdominal, los datos de laboratorio y rayos X son los que deciden la exploración quirúrgica en estos pacientes. Cuando el individuo está inconsciente, la punción abdominal puede ser de gran utilidad para decidir la operación. En las heridas penetrantes por arma de fuego, punzocortantes, cuerno de toro, etc., que entran a la cavidad abdominal, la indicación quirúrgica es imperativa. En algunos casos en que la herida parece ser superficial, la exploración bajo anestesia local puede ser de gran utilidad. En los casos dudosos, lo más seguro para el paciente es la exploración quirúrgica adecuada.

Dr. Ramiro La colitis amibiana necrosante es una entidad que ocasiona abdomen agudo, que tiene muy mal pronóstico y que es relativamente frecuente en nuestro medio. Doctor Curiel, ¿cuáles considera Usted que son los principales problemas que enfrenta el médico ante los casos de colitis amibiana fulminante y colon tóxico?

Dr. Curiel La colitis amibiana fulminante es una de las formas más graves de la amibiasis invasora; está caracterizada primordialmente por ulceraciones con necrosis que interesan una o varias capas del colon, que abarcan zonas muy extensas o todo el órga-

no y lo perforan, cosa que es muy frecuente y fatal en la mayoría de los casos. Desde el punto de vista clínico los pacientes con esta complicación tienen antecedentes previos de uno o varios cuadros de disentería amibiana aguda que mejoraron espontáneamente o con tratamiento inadecuado o incompleto. Es frecuente que antes de desarrollar la forma fulminante el enfermo haya presentado un cuadro disentérico por algunas horas o inclusive días; posteriormente se instala un cuadro clínico de dolor abdominal progresivo y generalizado con gran distensión, datos claros de irritación peritoneal y aparición de proceso toxi-infeccioso rápidamente progresivo. Un cuadro clínico con estas características nos debe hacer pensar inmediatamente en esta forma de amibiasis, por desgracia no rara en nuestro medio. La búsqueda de amiba en fresco corroborará el diagnóstico. En las radiografías simples podremos encontrar datos de íleo paralítico localizado o generalizado, con dilatación de colon que puede ser parcial o total y con pérdida de las haustraciones; el contraste que hace la presencia de aire en la luz colónica puede dar imágenes de pseudopólipos dados por deformidad de la mucosa, bordes festoneados por trastornos circulatorios severos y, en ocasiones, puede definirse una o más ulceraciones. La rectosigmoidoscopia es de extraordinario valor para corroborar el diagnóstico mediante la visión directa de las clásicas ulceraciones mucosas múltiples y las heces purulentas con sangre. La aspiración directa de secreciones para búsqueda de amiba en fresco es una ayuda diagnóstico más. La sigmoidoscopia deberá realizarse con sumo cuidado insuflando la menor cantidad de aire posible por el peligro de perforación. El enema baritado conlleva el peligro de perforación además de que puede precipitar una dilatación tóxica; por otro lado, solamente corrobora la presencia de dilatación, rigidez y pseudopólipos, ya mencionados en la radiografía simple, por lo que, en general, no debe utilizarse. Sin embargo, a veces puede requerirse para descartar una obstrucción orgánica distal del colon como causa de dilatación. En este caso solo debe intentarse introducir medio de contraste hasta alcanzar el segmento dilatado, excluyendo con ello la obstrucción.

Hasta el momento el pronóstico del colon tóxico es extraordinariamente grave. La tendencia actual es de tratar a estos enfermos mediante intervención quirúrgica temprana una vez que se establece el diagnóstico. Sin embargo, la decisión no siempre es fácil sobre todo ante casos en que se nos plantea la duda de si se trata de una colitis amibiana muy severa pero que tiene posibilidades de responder adecuadamente a tratamiento médico conservador, o bien, se trata de una colitis fulminante que podrá desarrollar colon tóxico en las siguientes horas. Creemos que ante este tipo de casos el médico debe seguir patrones establecidos o "rutinas" de manejo e individualizar cada caso; podrá, si así lo considera conveniente, someter a su enfermo a tratamiento intensivo con vigilancia clínica y radiológica muy estrecha durante un lapso de 12 a 18 horas; si no hay una respuesta favorable o aparecen signos de progresión o perforación, el paciente debe llevarse a cirugía sin esperar más. El tratamiento médico en estos casos incluye medidas de sostén, hidratación, corrección de la anemia, uso de antibióticos, antiamibianos y, en algunos casos, corticoesteroides. Es conveniente la succión gástrica continua y es importante recalcar la inconveniencia del empleo de sondas rectales, tan usadas antiguamente, ya que con cierta frecuencia condicionan perforación. Una duda de manejo que se plantea con frecuencia se presenta en aquel caso en el que se ha establecido ya un colon tóxico y consecuentemente hay indicación precisa de cirugía de urgencia; sin embargo las condiciones del enfermo son tan graves que se teme un desenlace fatal desencadenado por el propio procedimiento quirúrgico. Ante estos casos, hay que recordar que el colon tóxico, manejado conservadoramente, tiene una mortalidad del 100% por lo que nuestra actitud deberá ir encaminada a mejorar las condiciones genera-

les del paciente en el menor tiempo posible con el fin de brindarle la única posibilidad de sobrevida que le queda. En general, los mejores resultados se han obtenido con cirugía radical como colectomía o hemicolectomía, si bien existen informes de cirujanos más conservadores que han realizado ileostomía y múltiples colostomías con buenos resultados, sin recurrir a mutilaciones tan importantes.

Dr. Ramiro Las causas ginecológicas del abdomen agudo son relativamente frecuentes. Doctor Rodríguez, ¿cuáles son los problemas terapéuticos más comunes en estos casos?

Dr. Rodríguez El riesgo más importante en mujeres jóvenes que sufren de un abdomen agudo de origen ginecológico es el de infertilidad iatrogénica. Es recomendable que el cirujano sea, por lo tanto, lo más conservador posible para evitar este problema. □