

Casuística del abdomen agudo y su indicación quirúrgica en un servicio de cirugía. Novedades diagnósticas

J. Lago Rodríguez,
A., Pagan Pomar,
J. Ruiz Rosselló,
A. Frau Tugores,
C. Montesinos Meliá,
J. Noguera Aguilar,
L. Sbert Castañer,
J. Moner Tugores*

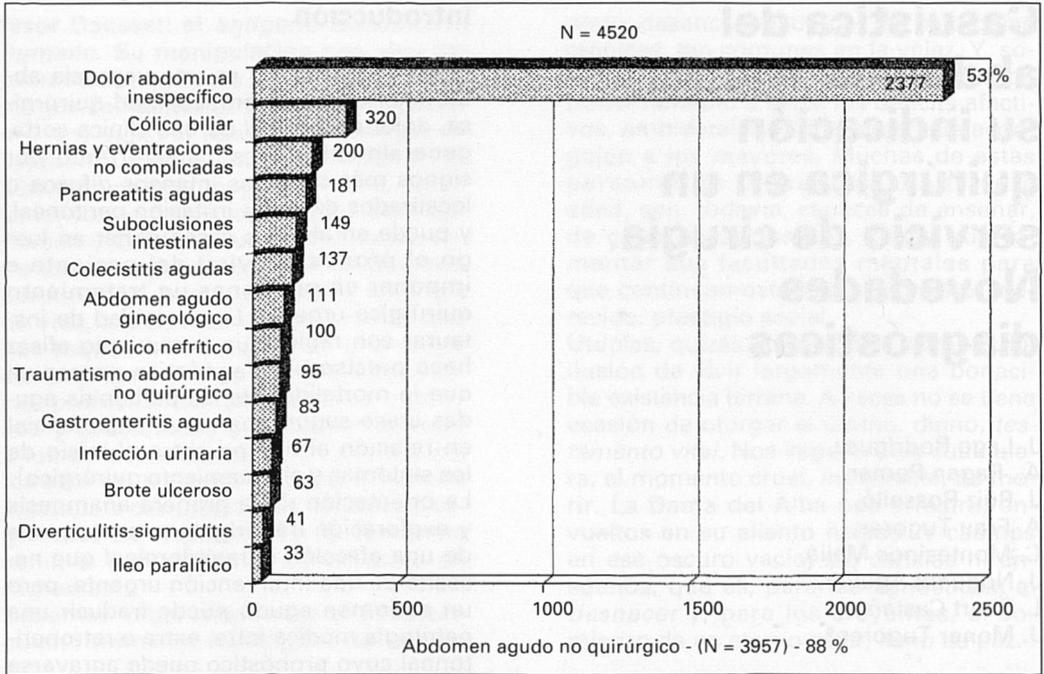
Resumen

Ante la frecuencia del abdomen agudo en la práctica diaria de los equipos de Cirugía de guardia del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital de Son Dureta, que representa el 56 % de todas las urgencias que atienden, se revisa la casuística de este amplio concepto diagnóstico comparándola con la de otros autores en especial referencia al llamado abdomen agudo inespecífico que ocupa la mitad de los abdomenes agudos atendidos, señalando las nuevas técnicas diagnósticas como la laparoscopia, la ecografía de alta resolución y los programas informáticos de diagnóstico, con sus limitaciones, subrayando la persistencia de la anamnesis, la exploración física y las exploraciones complementarias como la base de la primera orientación diagnóstica de todo abdomen agudo en vistas a obtener un diagnóstico precoz y una correcta indicación quirúrgica.

Introducción

El abdomen agudo es una urgencia abdominal de cierta probabilidad quirúrgica, dolor abdominal de una clínica corta, generalmente horas, caracterizado por signos más o menos intensos difusos o localizados de cierta irritación peritoneal, y puede en algunos casos poner en juego el pronóstico vital del paciente e imponer en ocasiones un tratamiento quirúrgico urgente. La necesidad de instaurar con rapidez un tratamiento eficaz hace preciso un diagnóstico precoz ya que la mortalidad de las peritonitis agudas crece según una curva exponencial en relación al tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico¹. La orientación de la primera anamnesis y exploración irá dirigida a la búsqueda de una afección intraabdominal que necesite de una intervención urgente, pero un abdomen agudo puede traducir una patología médica intra, extra o retroperitoneal cuyo pronóstico puede agravarse con una laparotomía intempestiva o bien ser debido a una afección quirúrgica pero de causa extraabdominal, las algias más intensas no comportan necesariamente una indicación operatoria, y ciertas afecciones quirúrgicas pueden manifestarse con abdomenes agudos de intensidad y características moderadas. Desde hace tiempo se viene observando además que numerosos pacientes que son atendidos en un área de urgencias sufren lo que se ha denominado "un abdomen agudo inespecífico", que según varios autores se aprecia con notable frecuencia en los servicios de urgencia. Hemos intentado una aproximación conceptual a este tipo de cuadros clínicos y revisado nuestra casuística en 1993 en nuestro Hospital. Entendiendo por abdomen agudo inespecífico aquellos dolores abdominales agudos cuyo diagnóstico etiológico preciso es imposible durante la estancia del paciente en el área de urgencias hospitalaria, bien porque la anamnesis, más la exploración física, más las exploraciones complementarias, no aprecian alteraciones, o son inespecíficas y en casi todos los casos el dolor desaparece en escasas horas, muchas veces espontá-

*Servicio Cirugía General y Digestiva. (Dr. J.A. Soro). Hospital Son Dureta. Palma.



Abdomen agudo - 1993 - Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Son Dureta

neamente, no existe otra causa demostrable de dolor y es dado de alta hospitalaria para seguir control y estudio ambulatoriamente si lo precisa. Estos abdómenes agudos son conocidos también con la terminología de DANE (Dolor Abdominal No Especificado o Etiquetado) o la anglosajona NSAP (no specific abdominal pain).

Material y métodos

Se han recogido datos de la frecuencia de las diversas patologías que debutaron como un abdomen agudo y fueron atendidas por el Servicio de Cirugía a través de sus equipos de guardia e el área de urgencias del Hospital de Día de Son Dureta durante todo el año 1993, obteniéndose dichos datos de los estadillos que rellenan a diario cada equipo de guardia. La información obtenida ha sido procesada con el programa de Borland Quattro por 4.0, con vistas a obtener las gráficas que se presentan y tasas de dichas patologías, en especial del dolor abdo-

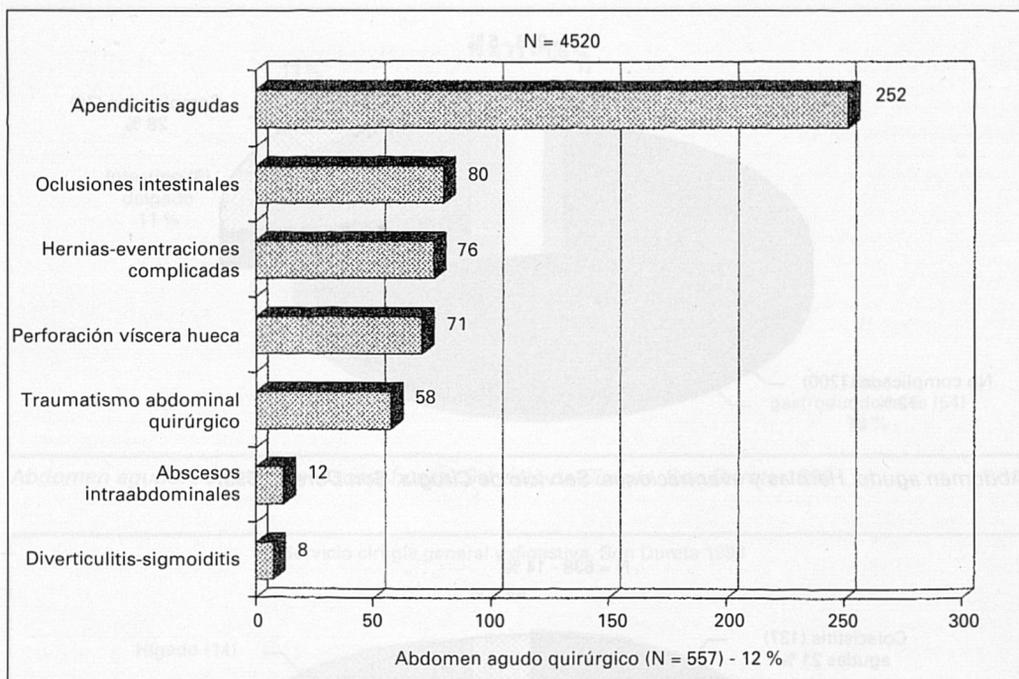
minimal inespecífico en relación al resto del abdomen agudo.

Resultados

Fueron atendidos durante 1993 un total de 4.520 abdómenes agudos, de los cuales 2.377, es decir un 53 %, se etiquetaron bajo la orientación diagnóstica de dolor abdominal inespecífico en el sentido conceptual antes descrito que con el resto de diagnósticos se aprecian en las figuras I y II, separados por abdómenes agudos, generalmente de tratamiento médico, mucho más frecuentes (88 %) y abdómenes agudos de tratamiento quirúrgico (12 %).

Dentro del abdomen agudo médico destaca la enorme frecuencia del abdomen agudo inespecífico (53 %), en concordancia con otras series de otros autores¹.

Se aprecia que la patología biliar es la más frecuente ocupando los primeros lugares, después del abdomen agudo inespecífico, en sus diversas formas, por orden de frecuencia el cólico biliar,



Abdomen agudo - 1993 - Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Son Dureta

las pancreatitis agudas y las colecistitis agudas (figura III), representando el 14 % del total de los abdómenes agudos.

Las apendicitis agudas, ocupan el primer lugar de frecuencia en el abdomen agudo de indicación quirúrgica, al igual que en otras publicaciones¹ (figura II).

En cuanto a las hernias y eventraciones que acudieron a urgencias con dolor abdominal agudo, la mayoría de ellas (72 %) no estaban complicadas o si estaban encarceradas fueron reducidas manualmente, precisando intervención quirúrgica urgente 76 de ellas por encarceración-estrangulación (figura IV).

Las perforaciones de víscera hueca fueron 71, predominando las de origen péptico gastroduodenal (figura V).

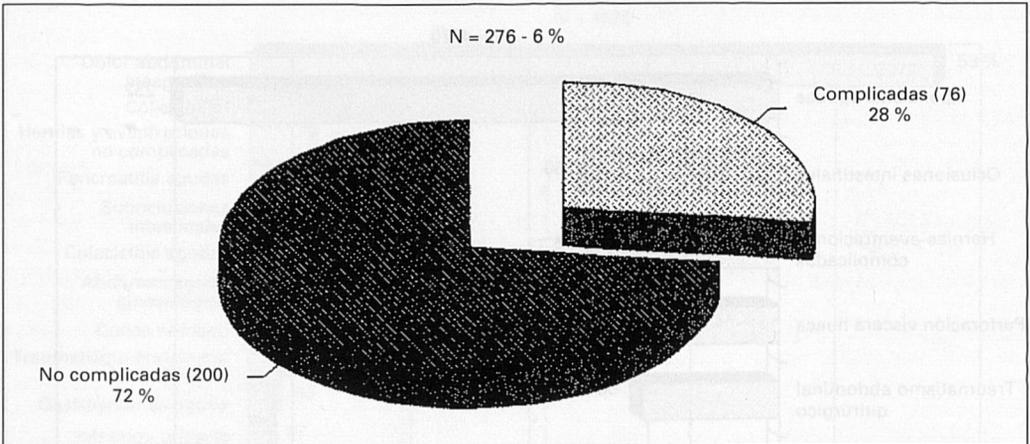
De los traumatismos abdominales, fueron intervenidos 58 y 95 no fueron intervenidos, predominando las esplenectomías por rotura esplénica sobre las lesiones hepáticas (figura VI), sin mucha diferencia absoluta, similar al de otras publicaciones, en que el bazo está implicado en un 40-46 % de casos, y el hígado en un 30-35 %².

En el íleo intestinal, presentaron mayor frecuencia los ingresados como suboclusión intestinal, la mayor parte de los cuales se resolvieron con tratamiento conservador, mientras que fueron intervenidas 80 oclusiones intestinales (31 % de los íleos) (figura VII).

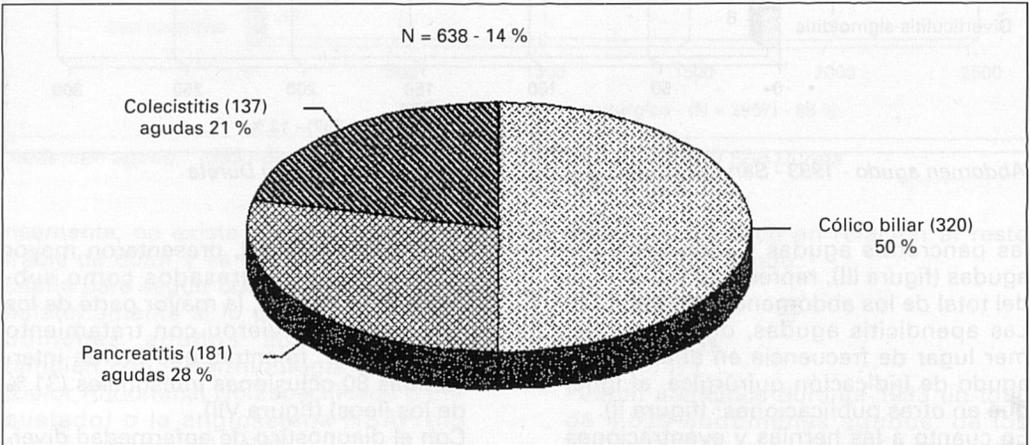
Con el diagnóstico de enfermedad diverticular de colon complicada fueron ingresados un total de 49 pacientes de los cuales 8 precisaron intervención quirúrgica urgente dada la peritonitis que presentaban, con resección del segmento afectado, y el resto fueron tratados con antibioterapia endovenosa, para cirugía posterior si lo precisaban (figura VIII).

Otras patologías abdominales agudas, como el abdomen agudo ginecológico y urológico, fueron derivados hacia estos Servicios Especializados para su tratamiento.

Los abscesos intraabdominales fueron ingresados bajo tratamiento antibiótico parenteral y casi todos ellos drenados bajo control ecográfico, mediante un drenaje percutáneo por el Servicio de Radiología Intervencionista.



Abdomen agudo. Hernias y eventraciones. Servicio de Cirugía. Son Dureta 1993.



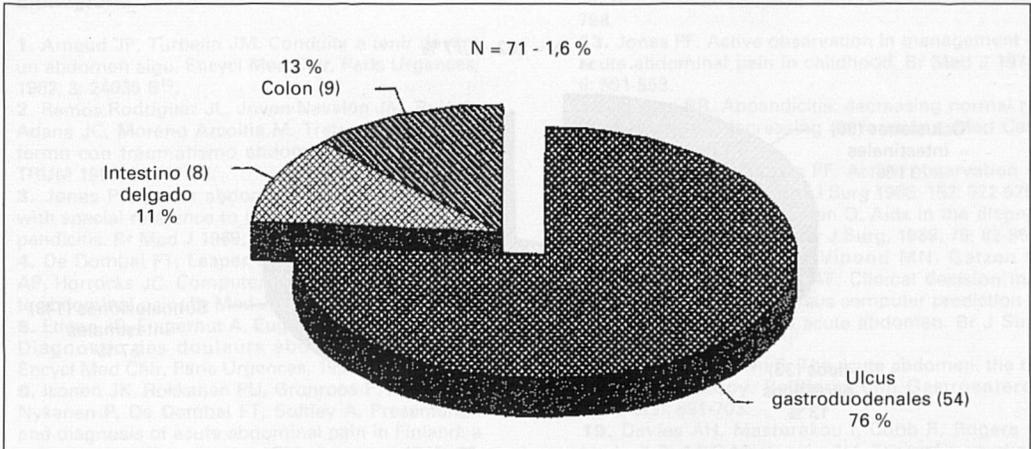
Abdomen agudo. Patología biliar urgente. Servicio Cirugía. Son Dureta. 1993.

Discusión

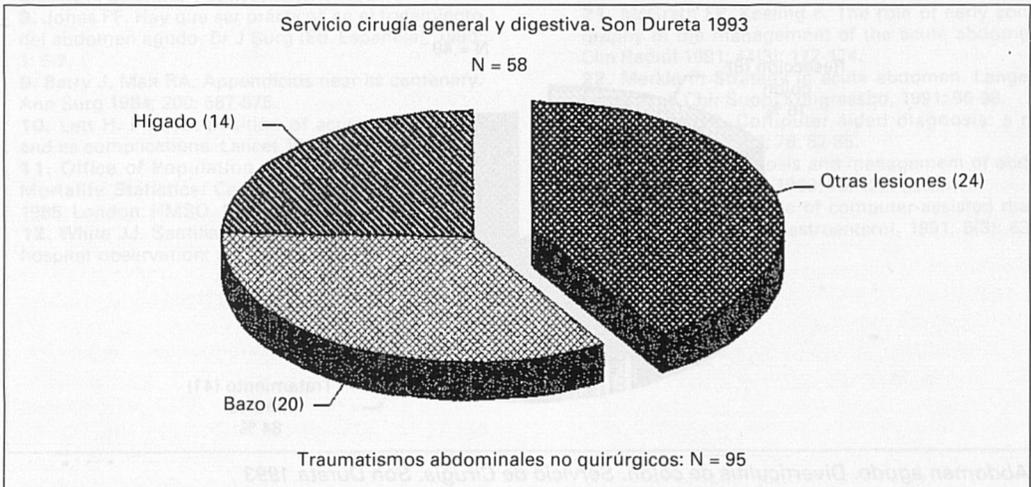
Del abdomen agudo inespecífico, casi todos los autores establecen su frecuencia en un Servicio de Urgencias similar al nuestro entre un 30 y un 50 %^{1, 3, 4, 5} siendo unánime el reconocimiento de que este cuadro abdominal agudo inespecífico es la causa más frecuente de abdomen agudo en los países de nuestro medio⁶.

Por tanto, si más de la mitad de los abdómenes agudos no necesitan operación, la antigua actitud de que en los casos dudosos era más seguro "abrir y mirar", no tiene razón de ser, pues ade-

más de conducir según algunos estudios a laparotomías en blanco del orden del 15 al 30 %^{4, 6, 7, 8}, en la actualidad con la fluidoterapia y la amplia cobertura antibiótica existente, más la introducción de mejores medios diagnósticos y la mayor experiencia, han permitido reducir la mortalidad muy notablemente^{9, 10, 11}, y en consecuencia la indicación quirúrgica debe y puede seleccionarse más cuidadosamente, en el sentido de que aquellos pacientes que no presentan signos claros de peritonitis localizada o generalizada, deben tratarse conservadoramente mediante observación continuada, bien en área de urgencias



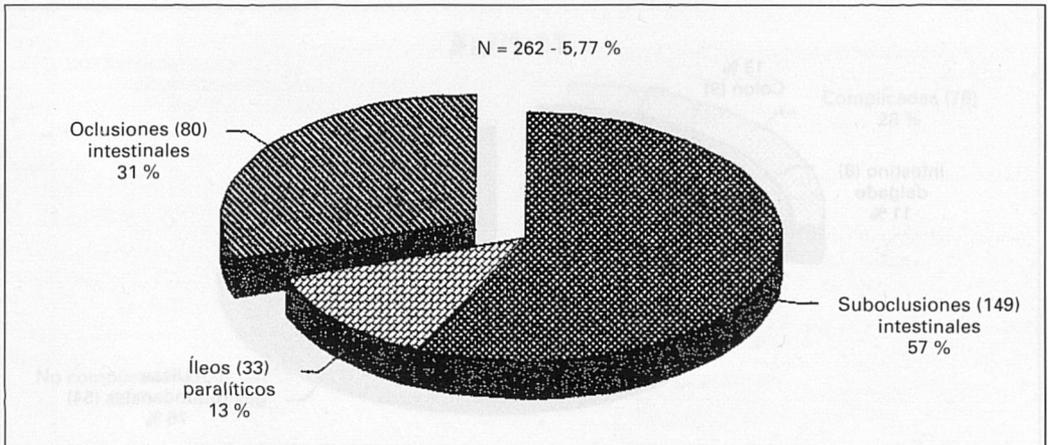
Abdomen agudo. Perforación víscera hueca. Servicio de Cirugía. Son Dureta 1993



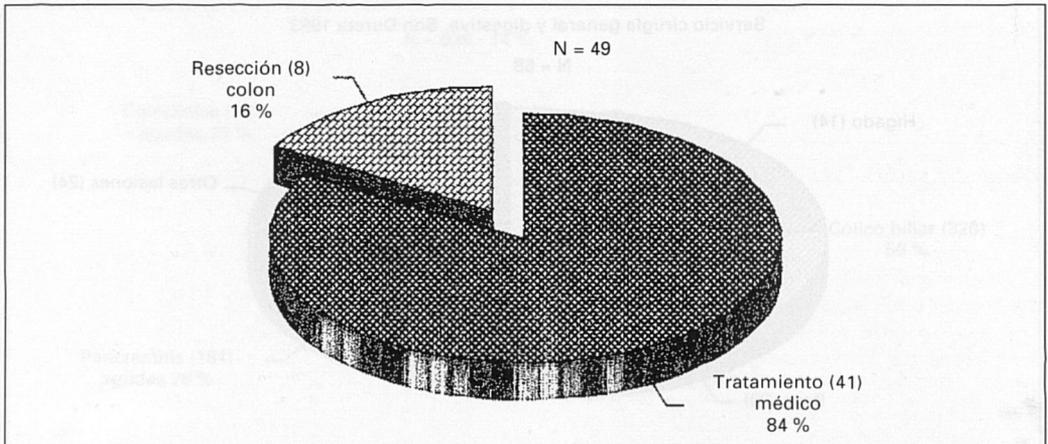
Abdomen agudo. Traumatismo abdominal quirúrgico-hemoperitoneo. Servicio Cirugía General y Digestiva. Son Dureta 1993

hospitalaria, bien ambulatoriamente. Los casos dudosos es recomendable observarlos a ser posible por el mismo cirujano en períodos de unas horas, en el entorno del concepto clásico de "vigilancia armada", sin que esta espera en observación suponga un perjuicio para la evolución de la enfermedad^{12, 13, 14, 15}. Estos estudios y la experiencia continuada demuestran que no es sensato tomar una decisión terapéutica definitiva sobre las bases proporcionadas por un solo examen en el momento del ingreso del paciente. Dos técnicas diagnósticas pueden utili-

zarse y de hecho se utilizan en la actualidad en algunos centros para mejorar la selectividad del diagnóstico y son en primer lugar la laparoscopia, menos invasiva que la laparotomía, especialmente cuando se trata de esclarecer el diagnóstico diferencial con el abdomen agudo ginecológico^{16, 17, 18}, aunque en general su uso está en expansión y desarrollo técnico, obteniéndose experiencia con ella de forma gradual y progresiva, con lo que sus indicaciones en el diagnóstico y tratamiento del abdomen agudo pueden aumentar en el futuro. La otra técnica menos invasiva aún es la



Abdomen agudo. Íleo intestinal. Servicio de Cirugía. Son Dureta 1993



Abdomen agudo. Diverticulitis de colon. Servicio de Cirugía. Son Dureta 1993

ecografía de alta resolución en la que se citan sensibilidades diagnósticas en el caso de apendicitis agudas del orden del 75 a 96 %^{16, 19, 20, 21} aunque con los inconvenientes de los obesos o los abdómenes frecuentemente distendidos de la patología abdominal aguda, sin embargo es notoria su eficacia diagnóstica en la patología biliar aguda, el abdomen agudo postraumático y el diagnóstico diferencial del abdomen agudo en fosa ilíaca derecha.

A pesar de que las exploraciones complementarias novedosas antes citadas puedan aportar ayuda, la valoración del abdomen agudo continua siendo un

ejercicio diario de práctica quirúrgica y médica, la más importante medida en el manejo del abdomen agudo es la selección de los pacientes que requieren una intervención urgente y a esto se llega con un cuidadoso examen físico, medios diagnósticos complementarios y la experiencia del cirujano²². Muchos autores coinciden que incluso los ya actuales sofisticados programas diagnósticos por ordenador no pueden dar respuestas fiables si no se les ha introducido unos datos de semiología y exploraciones correctos^{23, 24, 25}, priorizando por encima de todo ello la experiencia del médico y cirujano.

Bibliografía

1. Arnaud JP, Turbelin JM. Conduite à tenir devant un abdomen aigu. *Encycl Med Chir, Paris Urgences*, 1982; 3: 24039 B¹⁰.
2. Ramos Rodríguez JL, Joven Navalón JM, Ruiz de Adana JC, Moreno Azcoitia M. Tratamiento del enfermo con traumatismo abdominal cerrado. *GASTRUM* 1993; 95: 47-56.
3. Jones PF. Acute abdominal pain in childhood, with special reference to cases not due to acute appendicitis. *Br Med J* 1969; i: 284-286.
4. De Dombal FT, Leaper DJ, Stanilan JR, McCann AP, Horrocks JC. Computer-aided diagnosis of acute abdominal pain. *Br Med J* 1972; ii: 9-13.
5. Etienne JC, Fingerhut A, Eugène C, Wesenfelder L. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Encycl Med Chir, Paris Urgences*, 1994; 24-039-B10.
6. Ikonen JK, Rokkanen PU, Gronroos P, Kataja JM, Nykanen P, De Dombal FT, Softley A. Presentation and diagnosis of acute abdominal pain in Finland: a computer aided study. *Ann Chir Gynaecol* 1983; 72: 322-326.
7. O'Donnell B. *Abdominal Pain in Children*. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1985; 3-44.
8. Jones PF. Hay que ser prácticos en el tratamiento del abdomen agudo. *Br J Surg (Ed. Española)*, 1990; 1: 5-7.
9. Berry J, Malt RA. Appendicitis near its centenary. *Ann Surg* 1984; 200: 567-575.
10. Lett H. Present position of acute appendicitis and its complications. *Lancet* 1914; i: 295-297.
11. Office of Population Censuses and Surveys. *Mortality Statistics: Causes, England and Wales, 1985*. London: HMSO. 1987.
12. White JJ, Santillana M, Haller JA. Intensive in-hospital observation: a safe way to decrease unne-

- cessary appendectomy. *Am Surg* 1975; 41: 793-798.
13. Jones PF. Active observation in management of acute abdominal pain in childhood. *Br Med J* 1976; ii: 551-553.
14. Neutra RR. Appendicitis: decreasing normal removals without increasing perforations. *Med Care* 1978; 16: 956-961.
15. Thomson HJ, Jones PF. Active observation in acute abdominal pain. *Am J Surg* 1986; 152: 522-525.
16. Hoffmann J, Rasmussen O. Aids in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg*, 1989; 76: 82-85.
17. Paterson-Brown S, Vipond MN, Gatzen C, Thompson JN, Dudley HAF. Clinical decision making and laparoscopy versus computer prediction in the management of the acute abdomen. *Br J Surg* 1989; 76: 1011-1013.
18. Pasterson-Brown S. The acute abdomen: the role of laparoscopy. *Baillieres Clin Gastroenterol*, 1991; 5(3): 691-703.
19. Davies AH, Mastorakou I, Cobb R, Rogers C, Lindsell D, McC Mortensen NJ. *Ecografía en el abdomen agudo*. *Br J Surg (Ed. esp.)*, 1991; 7: 20-22.
20. Laing FC. Ultrasonography of the acute abdomen. *Radiol Clin North Am*, 1992; 30(2): 389-404.
21. McGrath FP, Keeling F. The role of early sonography in the management of the acute abdomen. *Clin Radiol* 1991; 44(3): 172-174.
22. Merkle P. Strategy in acute abdomen. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd*, 1991; 96-98.
23. Sutton GC. Computer-aided diagnosis: a review. *Br J Surg* 1989; 76: 82-85.
24. Gunn AA. Diagnosis and management of abdominal pain. *Br J Surg* 1989; 76: 422. (letter).
25. Gunn AA. The role of computer-assisted diagnosis. *Baillieres Clin Gastroenterol*, 1991; 5(3): 639-665.