

## **Descripción de las manifestaciones clínicas y las principales etiologías del abdomen agudo**

**Autor (a): Dania González Fernández \***

\*Estudiante de medicina de 2do año. Alumna Ayudante de Cirugía General.

**Tutor: Néstor Azcano González \*\***

\*\*Profesor Asistente

### **Resumen**

El abdomen agudo es una emergencia médica que puede ser provocada por múltiples afecciones. Si esta no se diagnostica con brevedad ni se trata de manera adecuada, puede constituir un potencial de gravedad para el paciente que lo padece. Las entidades que se presentan como abdomen agudo constituyen un importante número de consultas en diferentes especialidades como cirugía, pediatría, ginecología, entre otras. Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed y se revisaron los textos principales de las asignaturas de Medicina interna y Cirugía. En este trabajo se describen las principales características clínicas del abdomen agudo, así como sus etiologías y el diagnóstico diferencial con las afecciones no quirúrgicas que pueden simular dicho cuadro. Es de vital importancia el conocimiento de esta afección, pues el error diagnóstico y la tardanza en el tratamiento pueden hacer peligrar la vida del paciente.

Palabras clave: abdomen agudo, etiología, manifestaciones clínicas.

### **Abstract**

Acute abdomen is a medical emergency that can be caused by several affections. If is not briefly diagnosed or is treated correctly, it can become dangerous for the patient. Diseases that occur as an acute abdomen constitute an important number of consultations in different specialties such as surgery, pediatrics, gynecology, among others. A search was made in the PubMed database and the main texts of the Internal Medicine and Surgery subjects were reviewed. This paper describes the main clinical characteristics of the acute abdomen, as well as its etiologies and the differential diagnosis with non-surgical conditions that can simulate this condition. Knowledge of this condition is of vital importance, since diagnostic error and delay in treatment can endanger the patient's life.

Keywords: acute abdomen, etiology, clinical manifestations.

## **Introducción**

El dolor abdominal es un síntoma muy frecuente originado por un amplio espectro de enfermedades y trastornos que son, en su mayoría, de origen benigno; sin embargo, en algunas situaciones, se debe a un proceso grave o enfermedad que pone en peligro la vida.<sup>(1)</sup>

Existen documentos en la literatura médica donde se describen procesos abdominales agudos desde la época de Hipócrates y además, en la primera mitad del siglo XVIII, informes sobre enfermedades abdominales intervenidas de urgencia por cirujanos de la época, pero no es hasta finales del pasado siglo cuando John B. Deaver (1855-1931), profesor de Cirugía de la Universidad de Pennsylvania y cirujano del Hospital Lankenau de Filadelfia, introdujo el término abdomen agudo. Dicha expresión aunque abstracta está completamente difundida en todo el mundo y los médicos la emplean para calificar “cualquier afección aguda de la cavidad abdominal que necesita tratamiento urgente, en ocasiones médico, pero la mayoría de las veces quirúrgico en cuyo caso se denomina abdomen agudo quirúrgico”.<sup>(2)</sup>

El abdomen agudo constituye una de las urgencias médicas más comunes dentro de las afecciones quirúrgicas. Sus causas, así como los órganos involucrados en estos procesos, son muy numerosas y, por lo general, complejizan la evolución clínica (en especial), el diagnóstico y la terapéutica que se puede seguir en el paciente. Por eso es esencial para el médico conocer las características clínicas de este cuadro y las afecciones médicas que pueden simularlo.

Todo lo anterior motivó realizar esta revisión bibliográfica.

## **Objetivos**

- 1- Describir las principales características clínicas del abdomen agudo.
- 2- Identificar las principales etiologías del abdomen agudo.
- 3- Identificar las afecciones no quirúrgicas que pueden simular dicho cuadro.

## **Desarrollo**

El abdomen agudo es una entidad médica de carácter grave y evolución rápida que se desarrolla en la cavidad peritoneal y que, por lo general, exige la intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves o la muerte. Se caracteriza por síntomas y signos locales en el abdomen que hacen sospechar la existencia de una enfermedad grave que afecta alguno de los órganos intraabdominales. Por lo general se debe a causas sépticas, infamatorias, fenómenos de obstrucción intestinal, traumatismos, procesos de origen neoplásico o a una combinación de estos.<sup>(3)</sup>

Conducta del médico ante un paciente con dolor abdominal agudo:

Lo primero que debe determinar el médico ante un paciente con dolor abdominal, es si ese dolor lo provoca un abdomen agudo, y por lo tanto, necesita tratamiento quirúrgico, o por el contrario, si se trata de una afección que requiere tratamiento médico. Para lograr esto se deben cumplir estos pasos:

- Realizar una historia clínica lo más completa posible y tratar de hacer el diagnóstico positivo y diferencial precozmente. La experiencia ha demostrado que la pobre recolección de los síntomas y signos y antecedentes del paciente, la realización de un examen físico incompleto y la omisión del tacto rectal o vaginal, van seguidos del error en el diagnóstico.
- El paciente no debe ser medicado hasta no hacer el diagnóstico, pues puede enmascarse el cuadro clínico y dificultar este.
- Realizar los exámenes complementarios urgentes o indispensables capaces de confirmar el diagnóstico clínico.
- En los casos que existan dudas, debe reexaminarse al paciente tantas veces como sea necesario, hasta definir el diagnóstico correcto.
- Los pacientes portadores de traumatismo abdominal deben permanecer en observación, con una vigilancia estrecha durante las siguientes 24h a 48h, pues en ellos puede aparecer una peritonitis por perforación de víscera hueca o una hemorragia intraperitoneal por lesión subcapsular del hígado o del bazo, al romperse esta cápsula. (4)

#### Examen físico:

Al examinar un paciente con un posible abdomen agudo, el médico no debe nunca concretarse a examinar solamente el abdomen. La palidez de la cara puede traducir un síndrome hemorrágico, la sequedad de la lengua, un síndrome obstructivo, el color amarillo en los ojos un síndrome peritoneal por colecistitis aguda. En el tórax, la polipnea puede orientar hacia la toxemia de una peritonitis o la hipovolemia de una hemorragia.

El pulso y la temperatura forman una parte importante del examen de un paciente en quien se sospecha un abdomen agudo.

#### - Inspección:

Frente a cualquier paciente con manifestaciones abdominales, el médico debe exponer todo el abdomen, incluyendo las regiones inguinales donde en una hernia estrangulada puede radicar la causa de una oclusión intestinal. Descubierta el abdomen se precisará si este acompaña o no los movimientos respiratorios, después se ordenará el enfermo a toser o a pujar mientras se observa la expresión de la cara; es frecuente que expresen dolor y hasta señalen el área donde se percibe.

Después se le ordenará, mientras se encuentren acostados y con los brazos pegados a los flancos, que se incorporen, con la sola ayuda de sus músculos abdominales; si el paciente no lo logra o falla al hacerlo por el dolor, se considerará la maniobra positiva de irritación peritoneal (prueba de Chapman). La presencia de cicatrices quirúrgicas debe siempre tomarse como un signo de

oclusión mecánica, si el paciente presenta además otros síntomas. La región del ombligo se observará para descartar hernias o equimosis como signo de pancreatitis.

El abdomen puede aparecer excavado en pacientes con perforaciones agudas de úlceras gastroduodenales (por la gran contracción de los músculos de la pared) sobre todo en pacientes jóvenes y musculosos.

La distensión simétrica se puede presentar en oclusiones del intestino grueso por tumor o distensiones asimétricas cuando hay vólvulos del sigmoides.

Las ondas peristálticas visibles se pueden apreciar en las oclusiones intestinales, aunque también pueden estar presentes en personas normales con paredes delgadas.

- Palpación:

El médico se situará siempre a la derecha del paciente y con las manos calientes iniciará la palpación por las zonas más alejadas del área afectada. Se aconseja, mientras se palpa, distraer la atención del paciente conversando con él, a fin de que no tome conciencia de la mano que palpa. La palpación comenzará de forma superficial para precisar la sensibilidad dolorosa y los cambios en el tono muscular.

Muchos procesos agudos pueden detectarse con este tipo de palpación, pues cuando se palpa profundamente se aumenta la contractura y la rigidez de la pared abdominal. En síndromes peritoneales graves, la resistencia muscular y la rigidez pueden no evidenciarse en pacientes con paredes gruesas, en ancianos o depauperados y también en los profundamente intoxicados donde los reflejos están disminuidos por la absorción de las toxinas. El peritoneo de la pared abdominal anterior es el área más sensitiva al estímulo, y el peritoneo pelviano, el área menos sensitiva.

Dentro de la palpación se describe el dolor al rebote. Cuando después de palpar lo más profundamente el abdomen se retira la mano de manera brusca, los músculos abdominales puestos en tensión regresan, arrastrando con ellos el peritoneo adherido que si está inflamado producirá dolor.

La palpación del abdomen incluye también el examen de la región umbilical, los orificios herniarios y los latidos femorales.

- Percusión:

Se hará de rutina en todos los casos donde se presuma un abdomen agudo, con ella se recoge la situación de los órganos y sus límites debido a los sonidos que normalmente se conocen. La distensión por los gases en las oclusiones intestinales se descubre al recoger resonancia mientras se percute. La presencia de gas libre en las peritonitis perforativas, se sospecha al borrar la matidez hepática, cuando se percute.

Cuando hay líquido acumulado en la cavidad se puede obtener matidez

percutiendo las zonas declives. Si presenta sangre acumulada, habrá timpanismo en la superficie anterior (por íleo paralítico) y matidez en los flancos (por la sangre acumulada).

La percusión para provocar dolor siempre debe realizarse de rutina cuando se sospeche peritonitis (signo de Holman).

- Auscultación:

En los casos de abdomen agudo, Requarth lo considera uno de los métodos de mayor valor para el diagnóstico, su fundamento se basa en los sonidos provocados por los movimientos intestinales. El foco de auscultación del abdomen radica a 1 cm o 2 cm por debajo y a la derecha del ombligo donde los ruidos se perciben bien, sobre todo entre las dos comidas y por la noche. Ningún enfermo se considerará que no tiene ruidos intestinales si no ha sido auscultado por más de 5 min en dos áreas del abdomen además del foco de auscultación. La ausencia de ruidos se interpretará como un signo de íleo paralítico y si previamente el paciente tenía los ruidos aumentados por una oclusión mecánica, ahora se sospechará compromiso vascular, gangrena o perforación.

- Tacto rectal:

En los niños pequeños carece de valor, pues es imposible interpretar si hay dolor causado por una inflamación o si solo se debe a la introducción del dedo al recto.

Mediante el tacto rectal se pueden llegar a apreciar lesiones accesibles al dedo, que expliquen un síndrome obstructivo o el abombamiento y dolor en el fondo de saco de Douglas, que expliquen hemorragia o peritonitis.

- Tacto vaginal:

Se efectuará en los casos en que sea posible y mediante este se pueden llegar a verificar peritonitis, hemorragias o torsiones de los órganos genitales internos.  
(2)

Exámenes complementarios:

En la realización de los exámenes complementarios es importante considerar que estos estudios iniciales ayudan generalmente a confirmar un diagnóstico y que en ningún modo deben ser las únicas guías de la decisión terapéutica, pues lo fundamental es el cuadro clínico del paciente, así como su evolución repetida y sistemática.

El hemograma forma parte del estudio rutinario en prácticamente cualquier estudio diagnóstico. Es determinante valorar la concentración de la hemoglobina, pues indica pérdidas hemáticas por hemorragia, traumáticas o espontáneas (aneurisma disecante de la aorta, embarazo extrauterino u otras causas). La determinación del hematocrito en situaciones no hemorrágicas es útil para valorar el grado de deshidratación (pérdida de líquido extracelular) por vómitos, así como el secuestro de líquido en las asas

intestinales.

El recuento de leucocitos está alterado en los procesos inflamatorios, donde se observa leucocitosis y neutrofilia. Este es un dato inespecífico y tiene valor muy limitado, por lo que debe ser valorado junto con el cuadro clínico y otras exploraciones. Es preciso recordar que un recuento leucocitario normal no excluye la infección activa y que, en pacientes inmunodeprimidos, ancianos o con déficit nutricionales, la respuesta leucocitaria a la inflamación puede retrasarse o no presentarse. La intensidad de la leucocitosis tampoco tiene relación con la gravedad del proceso, aunque es común encontrar recuentos elevados en procesos graves, como en la isquemia intestinal y la peritonitis. La neutropenia tampoco es específica de ningún proceso, aunque cuando aparece en procesos abdominales que evolucionan con sepsis es signo de mal pronóstico. La eosinofilia aparece en ciertos procesos digestivos como los linfomas, la gastritis eosinófila, la hidatidosis complicada y la eosinopenia. Junto con un cuadro clínico compatible aparece en la fiebre tifoidea.

Las pruebas de coagulación tienen su utilidad para una intervención quirúrgica con vistas a la valoración del riesgo hemorrágico. También proporcionan un índice de la funcionalidad hepática pues están alteradas en procesos como la cirrosis hepática, las hepatopatías agudas graves y los estadios finales del choque.

La determinación de amilasa ( $>300$  UI), aunque puede estar alterada en múltiples procesos abdominales y extraabdominales, es sugestiva de pancreatitis aguda. Este es un complementario que será revalorado durante la exposición del capítulo sobre pancreatitis aguda. Otras determinaciones como glucosa, urea y creatinina ayudan a valorar el estado general del paciente, su función renal y estado de hidratación.

El estudio del ionograma debe realizarse siempre en pacientes que han presentado numerosos vómitos. Existe acidosis metabólica en los procesos que evolucionan con lesión necrótica intraabdominal, como la isquemia mesentérica y la pancreatitis necrohemorrágica. Puede aparecer una alcalosis metabólica en los cuadros que evolucionan con vómitos de repetición.

El análisis de orina no debe faltar en el estudio diagnóstico de un dolor abdominal, sobre todo si se sospecha una afección renal o de las vías urinarias. La presencia de hematuria junto con un cuadro clínico compatible indica una litiasis renoureteral. La leucocituria o la existencia de nitritos en la orina explica la presencia de un cuadro infeccioso urinario. No debe olvidarse la realización de una prueba de embarazo en las mujeres jóvenes con cuadros de dolor abdominal de inicio brusco para descartar la existencia de un embarazo ectópico.

Realizar de manera rutinaria un electrocardiograma ante cualquier enfermo con dolor abdominal en el hemiabdomen superior es importante para descartar una afección isquémica cardíaca como causante del dolor referido. También lo

es como estudio preoperatorio, sobre todo en los pacientes añosos o con factores de riesgo.

La radiografía simple, aunque es una técnica de imagen de escasa resolución, es importante por la gran cantidad de datos que puede suministrar, sobre todo en el paciente que acude con un cuadro de dolor abdominal agudo. Se suele realizar una serie radiológica que incluye tórax posteroanterior y abdomen en decúbito y de pie. El caso más característico será la sospecha de perforación de una víscera hueca.

En la radiografía de tórax se debe valorar la existencia de procesos pulmonares como neumonías basales, atelectasias laminares, derrame pleural y neumomediastino, que puede indicar una rotura esofágica; elevaciones diafragmáticas como signo indirecto de abscesos subfrénicos; presencia de vísceras con aire en tórax (hernias diafragmáticas) y, sobre todo, neumoperitoneo, que en pacientes sin historia previa de intervenciones quirúrgicas recientes o exploraciones invasivas (laparoscopia, punción lavado peritoneal) indica la rotura de una víscera hueca.

En la radiografía de abdomen simple en decúbito supino se podrá detectar si existen fracturas costales bajas (posibilidad de lesión de hígado o bazo), vertebrales (posibilidad de íleo paralítico reactivo), apófisis transversas lumbares (traumatismo renal) y pelvis (posible lesión vesical). El borramiento de las sombras del psoas puede orientar sobre afecciones retroperitoneales (abscesos, hematomas, apendicitis retrocecal).

A veces puede observarse un asa dilatada con gas en su interior (asa centinela) en la pancreatitis, la colecistitis, la apendicitis y el cólico nefrítico. No es más que el reflejo de un íleo segmentario en la proximidad del proceso inflamatorio. En los vólvulos del colon sigmoidees se ve una gran asa dilatada que ocupa casi todo el abdomen y que está fija en todas las proyecciones.

El gas en el retroperitoneo casi siempre se debe a perforaciones de segmentos extraperitoneales del tubo digestivo o por infección por gérmenes productores de gas. La aerobilia se producirá por comunicación espontánea o quirúrgica de la vía biliar con el tubo digestivo, y se considera un signo característico de íleo biliar. También puede aparecer por relajación espontánea del esfínter de Oddi o por esfinterotomía. Las calcificaciones en el área biliar, las fosas renales y en el trayecto ureteral son signos de litiasis. En la fosa iliaca derecha puede ser un apendicolito o un teratoma ovárico. La ecografía abdominal es un examen imprescindible en numerosas afecciones del abdomen agudo. Resulta un procedimiento diagnóstico inocuo y fable, y su principal utilidad radica en la identificación de afecciones en todo el abdomen. Una de sus principales indicaciones es la identificación de afecciones hepatobiliares (colecistitis, colangitis, ictericia obstructiva, procesos intrahepáticos).

La ecografía abdominal de urgencia ha revolucionado el arsenal diagnóstico y es de valor inestimable en los pacientes con afecciones agudas, sobre todo por su disponibilidad y fácil acceso, incluso en la cabecera de paciente. Este medio diagnóstico ha ampliado su efectividad por la mejor calidad de sus imágenes

y permite ocasionalmente desarrollar acciones terapéuticas. Actualmente se incluye en protocolos de atención al paciente gravemente enfermo, y como un elemento adicional del examen físico. Los avances producidos en los equipos y su creciente disponibilidad, el entrenamiento básico en su uso por la mayoría de las especialidades y su aplicación sin necesidad de un especialista en imágenes hacen que esta técnica se emplee cada vez más con elevado porcentaje de eficacia en los pacientes con abdomen agudo.

La tomografía axial computarizada (TAC) es una exploración complementaria útil, pero de empleo en procesos abdominales de gran duda diagnóstica. Es exacta en la localización de colecciones, y da la opción de realizar su drenaje, aunque también localiza las lesiones inflamatorias y las lesiones ocupantes de espacio. Tiene el inconveniente de irradiar al paciente, de ser más cara que la ecografía y de que no siempre está disponible.

Desde la reciente generalización del uso de la laparoscopia están apareciendo nuevas indicaciones para su utilización. En la actualidad está todavía por definir de manera clara sus indicaciones. Como ventajas se puede aducir efectividad diagnóstica cercana al 100 %, la posibilidad de realizar maniobras terapéuticas que eviten una laparotomía y la reducción de la necesidad de una laparotomía exploradora en cuadros abdominales de difícil filiación. (3)

#### Afecciones médicas agudas que pueden simular un abdomen agudo:

Existen múltiples enfermedades que simulan un abdomen agudo; con dolor, vómitos, signos de obstrucción intestinal, peritonismo, y hasta defensa abdominal; por lo que, quien actúe ante cualquier enfermo con estas características, tendrá que realizar el diagnóstico diferencial de las siguientes afecciones:

- Adenitis mesentérica.
- Proceso inflamatorio de la base del pulmón, pleuresía diafragmática, infarto pulmonar, neumotórax espontáneo; en todos estos procesos puede existir dolor abdominal, pero los síntomas y signos respiratorios serán definitorios.
- Infarto agudo del miocardio de cara posterior.
- Pericarditis purulenta en niños simulando síntomas y signos de un cuadro abdominal agudo.
- Crisis de la tabes dorsal.
- Meningitis tuberculosa.
- Herpes Zóster.
- Del tractus urinario.
  - . Litiasis renouretral.
  - . Sepsis urinaria.



-Ginecológicas.

. Aborto, contracciones uterinas, inflamaciones pélvicas.

. Dolor abdominal, vómitos; previos y durante la menstruación.

- Acidosis diabética.

- Enterocolitis, fiebre tifoidea, tuberculosis intestinal.

- Crisis abdominal de la sicklemlia.

- Púrpura anafilactoide de Henoch-Scholeim; con dolor abdominal intenso (por extravasación de sangre y edema de la pared gástrica e intestinal), manifestaciones cutáneas.

- Porfiria aguda, saturnismo.

(5)

### Clasificación:

Existen varias clasificaciones del abdomen agudo, entre las que se encuentran:

- Prini: lo clasifica en abdomen agudo de sintomatología definida, sintomatología indefinida y grandes dramas abdominales.

- Christmann: en hemorrágico, perforativo, oclusivo por íleon, oclusivo vascular e inflamatorio.

- Dassaut: en peritoneal, oclusivo, hemorrágico y vascular.

- Rodlles: lo hace desde el punto de vista clinopatológico, en oclusivo, peritoneal, hemorrágico, de torción e isquémico o vascular.

- Escuela sajona: en peritonítico, oclusivo y hemorrágico.

- Existe una clasificación evolutiva del abdomen agudo que lo divide en periodo de inicio, de estado y final.

- Escuela cubana: lo hace en peritonítico, oclusivo, hemorrágico y mixto o indefinido. (4)

En la actualidad hay tendencia a no clasificar el abdomen agudo. Para la descripción de los síntomas y signos, se utiliza la clasificación cubana.

### *Síndrome Peritoneal:*

El síndrome peritoneal es el provocado por la inflamación del peritoneo, y a su vez se divide en primitivo y secundario.

El síndrome peritoneal primitivo es causado por gérmenes que no provienen de los órganos intraabdominales y cuya procedencia no ha podido ser demostrada. El secundario se origina por la inflamación de vísceras abdominales o por líquidos irritantes, ya sean químicos o sépticos, que caen en la cavidad peritoneal, por perforación. (4)

En consecuencia, el síndrome peritoneal se clasifica en:

- Síndrome infamatorio visceral:

- Apendicitis aguda.
- Colecistitis aguda.
- Diverticulitis del colon.
- Diverticulitis de Meckel.
- Epiploítis.
- Enfermedad pélvica aguda.
- Síndrome perforativo:
  - Úlcera gastroduodenal perforada.
  - Diverticulitis perforada.
  - Tumor gastrointestinal perforado.

(3)

La gravedad del síndrome peritonítico depende de la extensión del proceso, germen que lo provoca, virulencia de este, edad del paciente y estado de salud previo al cuadro de abdomen agudo. (4)

Cuadro clínico:

- Síntomas subjetivos:

- Dolor abdominal: puede ser de comienzo brusco o, por el contrario, progresivo. Su intensidad varía según el grado de irritación que sufra el peritoneo; en las úlceras gastroduodenales perforadas la irritación es tan intensa que el paciente compara el dolor con una puñalada.

La propagación del dolor tiene una gran variación que depende de la causa del proceso; en líneas generales se puede señalar que los procesos inflamatorios del hemiabdomen superior se irradian hacia el hombro, espalda, base del hemitórax y flanco.

- Vómitos: generalmente están presentes y se acompañan de estado nauseoso, al inicio se deben a una irritación nerviosa refleja y luego al íleon paralítico establecido. Tienen la característica de no aliviar el dolor que los acompaña:

- Tránsito intestinal y micción: el tránsito intestinal disminuye generalmente por el establecimiento de un íleon paralítico. En las irritaciones del peritoneo pélvico suele existir tenesmo rectal con expulsión de gases y micciones frecuentes o dolor miccional.

- Síntomas objetivos:

- Dolor: que provoca la palpación del abdomen es un signo característico de este síndrome; por lo general se localiza en el sitio donde se originó, aunque naturalmente esto depende del estadio evolutivo. El dolor provocado por la descompresión brusca del abdomen está presente; es la llamada reacción peritoneal, que si se localiza en la fosa ilíaca derecha, recibe el nombre de signo de Blumberg y, si es generalizado, signo de Gueneau de Musy. Otra característica palpatoria es la presencia de contractura abdominal, cuyo grado,

intensidad y duración varían en dependencia de la naturaleza del proceso que la originó. Tanto la contractura como la intensidad del dolor imposibilitan los movimientos respiratorios abdominales, lo que se detecta fácilmente por inspección. La magnitud de la contractura esta en relación con la naturaleza del líquido contaminante; la úlcera gastroduodenal perforada provoca el llamado “vientre en tabla”, expresión máxima de esta contractura por el carácter extremadamente irritante de ese líquido.

- Percusión de la pared abdominal: esta maniobra, a veces también realizada en la región lumbar, exacerba el dolor (signo de Gassman). La percusión de la región hepática puede demostrar ausencia de matidez por presencia de neumoperitoneo (signo de Joubert).

- Auscultación: la auscultación del abdomen muestra ausencia o disminución de ruidos hidroaéreos.

- Tacto rectal o vaginal: puede provocar dolor por irritación del peritoneo pelviano. Kulenkampff lo describió como un signo siempre presente en las úlceras perforadas.

- Síntomas generales:

La temperatura habitualmente se eleva por la característica infecciosa de este síndrome, con variaciones según la causa del proceso. Tiene gran valor la disociación axilo-rectal en más de un grado. La taquicardia es otra manifestación del cortejo sintomático y muchas veces no guarda relación con la elevación de la temperatura.

La presencia de la facies hipocráticas (ojos hundidos, nariz afilada y mejillas definidas), acompañada de un grado variable de deshidratación y alteración del equilibrio acidobásico, dependen del estadio evolutivo del síndrome. (4)

### *Síndrome oclusivo*

Este síndrome ocurre por la detención al libre tránsito por el intestino de las heces y los gases. (anexo 1 y 2)

Desde el punto de vista etiológico el síndrome oclusivo se clasifica de esta manera:

- Mecánico:

- Estrechamiento del calibre del intestino de origen: Inflamatorio.

Traumático.

Vascular.

Tumoral.

- Obstrucción de la luz del intestino

por: Parásitos.

Cálculos.

Fecalomas.

Cuerpo extraño.

- Compresión del intestino por bridas o adherencias de origen: Congénito.

Inflamatorio.

Traumático

Neoplásico.

- Hernias internas o externas

- 

Vólvulos.

- 

Invaginación.

- Nomalías del desarrollo.

- Compresión externa por neoplasia.

- Por desequilibrio nervioso:

- Íleo paralítico.

- Íleo espasmódico.

- Por obstrucción vascular:

- Embolia mesentérica.

- Trombosis mesentérica.

Desde el punto de vista topográfico, las oclusiones intestinales se clasifican en:

- Oclusión del intestino delgado:

- Alta (desde el duodeno hasta la primera asa yeyunal).

- Baja (hasta la válvula ileocecal).

- Oclusión del intestino grueso.

Cuadro clínico

- Síntomas subjetivos:

- Dolor abdominal: es uno de los síntomas más importantes, de aparición precoz, tipo cólico, de intensidad variable, localizado en el epigastrio o región umbilical en las oclusiones del intestino delgado y hacia la parte inferior del abdomen en las oclusiones del colon. El dolor se debe al esfuerzo del peristaltismo por vencer el sitio del obstáculo. Cuando el dolor de la oclusión se torna sordo mantenido, generalmente es debido a compromiso vascular.

- Vómitos: en la oclusión intestinal no es constante y su característica y frecuencia está en relación directa con el sitio de la oclusión; así, el vómito es frecuente y copioso en las oclusiones altas y va disminuyendo en a medida que es más distal de la oclusión; en ocasiones está ausente o tiene una aparición tardía. Otro detalle que se debe tener en cuenta es el contenido del vómito: si se tiene grandes cantidades de bilis clara, la oclusión está próxima al ligamento

de treitz, si es amarillo oscuro está a nivel del yeyuno, y cuando su aspecto es fecaloideo el punto de oclusión está en el íleon o en el colon.

- Tránsito intestinal: otro de los síntomas primordiales del síndrome oclusivo es la no expulsión de heces ni gases. Existen alguna variantes en las que el paciente mantiene el tránsito intestinal, como ocurre en las oclusiones altas, en las parciales y en las no muy bajas, en que se evacua el contenido del intestino de la porción distal a la oclusión. Otro dato importante lo constituye la presencia de sangre en forma de gleras, enterorragias (hematoquecia) o melena, como sucede en la invaginación, trombosis mesentérica, divertículo de Meckel y vólvulos.

- Síntomas objetivos:

- Inspección del abdomen: descubre un abdomen distendido en forma difusa o localizada, en cuyo último caso aparece asimétrica (síndrome del Von Wahl). La oclusión del íleon provoca distensión en la parte central del abdomen, mientras que la del colon la provoca hacia los flancos. En los pacientes delgados pueden observarse los movimientos peristálticos del intestino a través de la pared abdominal (signo de Bouverreg), en el caso del intestino delgado a través de la pared central del abdomen, mientras que la del colon los provoca hacia los flancos.

- Palpación del abdomen: no debe olvidarse nunca el examen sistemático de las regiones inguinocrurales para descartar la posibilidad de una hernia, tampoco la realización del tacto rectal o vaginal que permita descubrir una tumoración, invaginación, existencia de sangre, entre otros. El hallazgo de zonas dolorosas en el abdomen con contractura y reacción peritoneal es índice de compromiso vascular.

- Percusión del abdomen: permite apreciar el grado de distensión aérea existente y diferenciar los aumentos de volumen abdominales provocados por otras afecciones.

- Auscultación del abdomen: se encuentran los ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia, así como la variación de los tonos, en las oclusiones con abolición de los ruidos hidroaéreos debe sospecharse un íleon paralítico o una oclusión con muchas horas de evolución, en el que el intestino se agota y se distiende sin provocar ondas peristálticas.

Síntomas generales:

La magnitud de estos síntomas es directamente proporcional al grado, tipo y tiempo de evolución de la oclusión intestinal. Por lo general, la temperatura, el pulso y la tensión arterial se mantiene dentro de los límites normales, pero pueden alterarse; también aparecen signos de deshidratación, desequilibrio electrolítico y choque, en los pacientes portadores de oclusión con compromiso vascular o peritonitis. (4)

## *Síndrome hemorrágico*

El síndrome hemorrágico es provocado por la presencia de sangre libre en la cavidad peritoneal. Las causas más frecuentes de este síndrome son:

- Embarazo ectópico o fisurado. (anexo 3)
- Ruptura de un folículo o cuerpo amarillo.
- Ruptura de un quiste endometriósico.
- Ruptura de una víscera maciza de forma espontánea o traumática.
- Ruptura de un aneurisma.
- Desgarro mesentérico de origen traumático.
- Hemorragias posoperatorias.

La intensidad del cuadro clínico depende de la causa del síndrome, de la magnitud del sangramiento y del tiempo de evolución.

Resulta muy importante la recolección de los antecedentes en este tipo de paciente. En caso de traumatismo debe investigarse cómo se produjo, el tiempo transcurrido y la dirección y localización del golpe. Cuando la causa es de la esfera ginecológica, se debe interrogar sobre una posible amenorrea o cualquier otra alteración de la menstruación.

### Cuadro clínico

- Síntomas subjetivos
  - Dolor abdominal: es el síntoma más constante, suele ser de aparición aguda o paulatina, con localización hipogástrica en los procesos ginecológicos o en otras partes del abdomen según la víscera lesionada, rápidamente se irradia al resto del abdomen o hacia uno de los hombros, lo que constituye el signo de Laffont o dolor tardío elevado en el embarazo ectópico roto. O el signo de Kehr o dolor referido al hombro izquierdo, en la ruptura esplénica.
  - Vómitos: de forma ocasional acompañan al dolor y se deben a la irritación provocada al derramarse la sangre en la cavidad peritoneal.
  - Tránsito intestinal y micción: están disminuidos o ausentes, según la intensidad del cuadro. Debe tenerse presente que en los embarazos ectópicos rotos y debido a la irritación del peritoneo pelviano, a veces aparecen manifestaciones de tenesmo vesical o rectal, que obligan a la paciente a concurrir repetidas veces al baño sin efectuar ninguna evacuación de sus emuntorios, donde puede además, sufrir una caída por la anoxia cerebral causada por la anemia aguda.
- Síntomas objetivos
  - Durante el examen del abdomen se puede determinar la existencia de dolor espontáneo a la inspiración profunda o a la tos, así como un aumento de volumen de este, que depende de la magnitud del sangramiento intraabdominal.
  - Signo de Hoffstatter- Cullen- Hellendal o coloración del ombligo, aparece en muy raras ocasiones.
  - A la palpación el abdomen aparece algo tenso, no contracturado y con

dolor a la descompresión brusca.

- La percusión puede ocasionar dolor (signo de Stor) y demostrar matidez declive cuando la cantidad de sangre intraabdominal es apreciable.
- Matidez en el hipocondrio izquierdo causada por la presencia de coágulos en la celda esplénica y no desplazable con los cambios de posición (signo de Ballance), hallazgo compatible con ruptura esplénica.
- El tacto vaginal demuestra dolor intenso localizado en el fondo del saco de Douglas (signo de Proust) o también dolor al desplazar el cuello del útero hacia delante (signo de Banki) en el embarazo ectópico roto.
- La punción abdominal o la del fondo del saco de Douglas demuestran la presencia de sangre y son de un valor innegable para el diagnóstico de este síndrome.
- Síntomas generales
  - Manifestaciones de anemia aguda como palidez de piel y mucosas, mareos, taquicardia e hipotensión postural que pueden llegar al choque hipovolémico con hipotensión o ausencia de tensión arterial, pulsos periféricos muy débiles o ausentes, frialdad de las extremidades (gradiente térmico) cianosis, trastornos de la conciencia y oliguria/anuria. (4)

*Síndrome mixto:*

Se denomina así por lo abigarrado del cuadro clínico. Es provocado de la mezcla de los signos y síntomas de la peritonitis, la hemorragia y la oclusión. Las afecciones comprendidas en este síndrome son:

- Pancreatitis aguda
- Torsión del pedículo de anejos, tumores y quistes ginecológicos.
- Torsión del pedículo esplénico.
- Torsión del epiplón mayor.
- Infarto del bazo y el epiplón mayor.
- Necrobiosis de fibromas uterinos.

Cuadro clínico:

- Síntomas subjetivos:

El dolor abdominal generalmente es de aparición brusca, intenso, a veces brutal y se acompaña con frecuencia de estado sincopal, todo esto guarda relación directa con las causas del síndrome. Se puede haber presentado en otras ocasiones, aunque con menos intensidad, y desaparecido con la misma brusquedad con que se instaló. Su localización inicial por lo general está en relación con el órgano afectado y posee la característica de que a pesar de atenuarse después de su inicio brutal, persiste casi siempre, sin que el paciente presente alivio alguno.

Los vómitos constituyen el síntoma constante y casi siempre concomitan con el dolor o son consecutivos a este. A menudo son frecuentes, a veces ininterrumpidos, incoercibles, y varían en sus características, primero son alimentarios y después biliosos o mucoacuosos y a veces porráceos.

Las alteraciones del tránsito intestinal son menos frecuentes que el dolor y los vómitos y no tienen un carácter absoluto, ya que se trata de un íleon parálítico, o sea que existe detención de heces y gases, pero a veces incompleta.

- Síntomas Objetivos:

A veces sucede que los síntomas objetivos no guarden relación directa con la intensidad de los fenómenos funcionales y generales, lo que constituye una paradoja que debe tenerse en cuenta. Por esto los datos que aporta el examen físico del abdomen son extremadamente variables en sus características. Es posible encontrar abombamiento de una región determinada del abdomen, presencia o no de contracturas, meteorismo circunscrito o generalizado o matidez declive sobre una tumoración. El tracto vaginal permite apreciar tumoraciones anexiales dolorosas en las pacientes de quistes torcidos del ovario.

- Síntomas generales:

Los síntomas generales, también variables, dependen de la causa del síndrome, la intensidad del cuadro clínico y el tiempo de evolución. Inicialmente puede existir un estado de shock transitorio o permanente, con pulso rápido, la tensión arterial normal o baja, y temperatura elevada, normal o hipotermia. (4)

Abdomen agudo en situaciones atípicas:

- Abdomen agudo quirúrgico (AAQ) en la embarazada en el segundo y tercer trimestres.

- AAQ en el enfermo grave (ingresado en terapias).

- AAQ en pacientes inmunodeprimidos.

- AAQ en el adulto mayor.

- AAQ en el niño, en especial en el recién nacido y el lactante.

- AAQ en traumatizado.

- AAQ en enfermos psiquiátricos.

- AAQ en pacientes operados en menos de 10 días.

\_ AAQ en el enfermo con obesidad mórbida. (3)

Presentación de caso:

Giordano y colaboradores, en Italia, reportaron un caso de perforación de colon 7 días después de realizada una liposucción abdominal y una mastopexia bilateral. La paciente presentó hallazgos clínicos y radiológicos de síndrome obstructivo de colon y tromboembolismo pulmonar periférico bilateral. Se le



realizó una laparoscopia diagnóstica urgente y fue confirmado el diagnóstico de perforación de colon.

En la discusión plantean que la perforación de colon es conocida pero poco reportada como complicación de la liposucción abdominal, y está caracterizado por tener diagnóstico difícil y severas complicaciones. En este caso las manifestaciones de peritonitis fueron poco evidentes, lo que atrasó el diagnóstico. El desarrollo de la laparoscopia ha cambiado la manera de manejar estas condiciones, donde el diagnóstico es dudoso. En particular, cuando ocurre un abdomen agudo, la laparoscopia puede tener tres papeles diferentes: para confirmar o no el diagnóstico, para facilitar y guiar una laparotomía subsecuente o, finalmente, para tratar completamente la enfermedad.

### **Conclusiones**

El abdomen agudo incluye numerosas manifestaciones clínicas dentro de las cuales predomina el dolor abdominal. Dichas manifestaciones dependen de la etiología del cuadro y se pueden resumir en cuatro grandes síndromes: peritoneal, oclusivo, hemorrágico y mixto.

Las etiologías del abdomen agudo son muy variadas, predominando las de origen inflamatorio, los tumores, las perforaciones de vísceras y las hemorragias intraabdominales espontáneas o traumática.

Resulta muy importante el conocimiento de las afecciones no quirúrgicas que pueden simular un abdomen agudo para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial del mismo.

## **Bibliografía**

- 1- García-Valenzuela S, Bonilla Catalán P, Quintero García B, Trujillo Bracamontes F, Ríos Beltrán J, Sánchez Cuén J, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cirujano General*, 2017; 39 (4): 203-208. Disponible en: [www.medigraphic.com/cirujanogeneral](http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral).
- 2- Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. *Temas de Cirugía*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014.
- 3- Soler Vaillant R, Mederos Curbelo O. *Cirugía: Afecciones quirúrgicas frecuentes*. La Habana: ECIMED, 2018.
- 4- Roca Goderich. *Temas de Medicina Interna*. 5ta ed. La Habana: ECIMED, 2017.
- 5- Soler Vaillant R. *Abdomen agudo no traumático*. La Habana: ECIMED, 2011.
- 6- Giordano A, Alemanno G, Bici K, Prospero P, Bisogni D, Iacopini V, et al. A dramatic and rare complication: bowel perforation following abdominal liposuction. *G Chir*, 2019; 40 (5): 429-432.

## Anexos



Anexo 1. Radiografía simple del abdomen en posición de pie en un paciente con una oclusión del intestino delgado. Véanse los niveles hidroaéreos, que aparecen en las radiografías en posición vertical y las válvulas conniventes características del intestino delgado.



Anexo 2. Radiografía del colon sigmoideo con un enema baritado, donde se muestra una gran distensión de este órgano por una oclusión mecánica provocada por un vólvulo y la característica imagen en llama de vela en el enema baritado.



Anexo 3. Trompa engrosada y perforada por un embarazo extrauterino, cuyo feto macerado con la placenta se muestra a la derecha (cortesía del profesor Dr. Hernán Pérez Oramas).