

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

ABDOMEN AGUDO

Definición

- Dolor abdominal severo de comienzo reciente y que puede necesitar tratamiento quirúrgico, el médico es el que tiene que indicar o eliminar esa posibilidad.
- Aire de urgencia, necesita diagnóstico y tratamiento en tiempo corto.
- Todo se basa en la historia clínica y exploración física son la base del diagnóstico.

Causas del dolor abdominal en urgencias

- Inespecífico en 35-45%: se deja espontáneamente a la resolución
- Apendicitis 17 %
- Obstrucción intestinal 15%
- Urológico 6%
- Vía biliar 5%

Necesitan cirugía mas o menos el 50%

Historia clínica

- Síntoma guía del cuadro clínico es el dolor abdominal
 - o Localización e irradiación
 - o Comienzo brusco o lento, evolución, duración (>6 h suele requerir cirugía)
 - o Cólico (inquietud) o constante (inmóvil)
- Antecedentes personales: episodios previos, cirugía previa, historia familiar, ciclo menstrual, historia ginecológica , adicción a drogas
- Otros síntomas abdominales: náuseas, vómitos, ictericia...
- Otros órganos

Dolor abdominal

- Es una experiencia sensorial subjetiva
- El peritoneo visceral rodea al endodermo, el que esta por fuera es el parietal, importante ya que tienen diferente inervación. El visceral tiene una inervación más lenta, más definida y referida a la línea media, la del parietal es una inervación por fibras más rápidas por nervios raquídeos y q recoge estímulos mas conocidos para nosotros
- DOLOR PERITONEO VISCERAL: se refiere e la línea media del abdomen, mas alto o mas bajo según el tramo intestinal del que provenga el dolor. Inervación SN vegetativo, fibras nerviosas sensitivas lentas. Pared vísceras huecas, cápsula órganos sólidos, mesenterio...
 - o Es un dolor cólico y se localiza como profundo, de difícil localización (referido a línea media)
 - o Estímulos Distensión, contracción, isquemia, inflamación, tracción
 - o Cortejo vegetativo (náuseas ,vómitos)
 - o Epigástrico: si proviene del intestino anterior
 - o Mesogástrico: del intestino medio
 - o Hipogástrico: desde el intestino posterior y cloaca
- DOLOR PERITONEO PARIETAL: Inervación somática (nervios espinales), fibras nerviosas de alta velocidad
 - o Estímulos: corte, pinchazo, golpe, químicos, infección, inflamación
 - o Reflejo medular " defensa muscular" debido a la irritación del peritoneo. Esto y las historia clínica nos orientan al diagnóstico . Esta defensa muscular se refiere a un aumento del tono muscular de la zona debajo de la cual esta el proceso patológico. Hay que comparar un lado del abdomen con el otro para llegar a la conclusión de que ahí hay un aumento de la defensa. Ocasionalmente hay un aumento de la defensa en los dos lados , la experiencia nos dice que el abdomen está defendido. A la exploración por más que le decimos al paciente que no mueva el abdomen, que no lo contraiga, no es capaz de hacerlo. Hay personas donde es difícil porque el paciente lo hace voluntariamente, esto es diferente la defensa muscular es un aumento del tono involuntario. Algo ha pasado dentro del abdomen que ha irritado todo el peritoneo parietal.
 - o Es un dolor constante, agudo, severo bien definido y localizado (ipsilateral) que se agrava por el movimiento
 - o Es mas probable que necesite cirugía
 - o Evolucionona desde la línea media

- DOLOR ABDOMINAL REFERIDO: mucho menos frecuente. Se siente en un lugar diferente al que se origina- vías nerviosas compartidas por neuronas aferentes que recogen información de puntos diferentes
 - o Diafragma: inervado por nervios metaméricos, se irrita va a nervios y al cerebro, en ese unirse líneas conductoras que vienen de sitios diferente pero que inicialmente procedieron de uno común se hace referencia a este sitio común aunque venga de lugares distantes. La patología del diafragma es un dolor referido a los hombros por el desarrollo embrionario
 - o Cólico renal: irradiado a genitales que comienza en fosa renal. Fibras recorren uréter para ir a SNC y hay confusión de localización
 - o Páncreas: dolor característicamente posterior de espalda (interescapular). Los nervios de cara posterior del páncreas irritados por patología del páncreas, ya sea tumor que invada y irrite fibras nerviosas, pancreatitis, etc.
 - o Signo de Kehr de la rotura esplénica

Exploración física

- Aspecto (grave), facies , actitud (inquieto, inmóvil)
- Inspección: distensión, masa, hernias
- Auscultación
 - o Ruidos: hiperactividad de estos traduce obstrucción intestinal, en cambio la disminución o ausencia se asocia con perforación, apendicitis y pequeñas obstrucciones
 - o Soplos
- Palpación : es el principal acción a realizar en abdomen agudo puede revelar dolor, defensa muscular, masas, hernias, tacto rectal (dolor, masas, dedo con sangre...)
- Percusión: muy útil en la demostración de signos peritoneales. Evidencia gas, líquido, dolor. Vamos a apreciar fundamentalmente:
 - o Timpanismo: suele encontrarse en la obstrucción y en la perforación
 - o Matidez : suele relacionarse con la presencia de ascitis
- Hay que explorarlo desde la raíz de los muslos hacia las mamilas

Etiología

- Inflamatoria: apendicitis, diverticulitis, ulcus perforados. Generalmente cursan con fiebre
- Obstruictiva: hernia encarcerada, adherencias.... Aparece distensión abdominal
- Vascular: isquemia mesentérica, aneurisma roto. Con antecedentes de isquemia , ACV isquémicos, IAM, problemas arterioesclerótico
- Neoplásica: cáncer de colon. No da cuadro clínico característico
- Traumática: trauma cerrado o abierto, antecedente fundamental
- Congénita (pediatría)
- Requiere un juicio inmediato y decisiones de manejo: medidas de soporte durante el estudio.
- Evaluación de alteraciones fisiopatológicas, mas que diagnósticos específicos

Cuadro diagnóstico diferencial

HIPOCONDRIO DERECHO	EPIGASTRIO	HIPOCONDRIO IZQUIERDO
Neumonía basal derecha Pielonefritis aguda, cólico Enf hepática , hepatitis, congestión, absceso Colecistitis aguda	Ulcus péptidos Pancreatitis Hernias de hiato Angina, infarto miocardio	Neumonía basal izquierda Angina- infarto miocardio Ulcus péptico Pancreatitis Pielonefritis aguda Rotura de bazo
FLANCO DERECHO	MESOGASTRIO	FLANCO IZQUIERDO
Ulcus perforado Pielonefritis aguda, cólico Apéndice neocecal Tumor de colon derecho	Pancreatitis aguda Aneurisma aórtico roto Enteritis, obstrucción ID, isquemia mesentérica, Meckel	Pancreatitis aguda Meckel, enteritis, obstrucción ID, isquemia mesentérica Tumor color izquierdo Aneurisma aórtico roto, Pielonefritis aguda

FID	HIPOGASTRIO	FII
Apendicitis aguda Linfadenitis mesentérica Tumor de ciego Ileitis tumoral Salpingitis, aguda, quiste ovárico, embarazo ectópico Pielonefritis aguda, cólico Epididimitis, tensión testicular	Globo vesical, perforación vesical Diverticulitis aguda Tumor de sigma Salpingitis aguda, quiste ovárico, embarazo ectópico	Diverticulitis aguda Tumor de sigma Salpingitis aguda, quiste ovárico, embarazo ectópico Pielonefritis aguda, cólico, Epididimitis, tensión testicular

Pruebas complementarias

- Analítica: series, bioquímica, orina
 - o Análisis de orina: presencia de productos patológicos
 - o Hemograma
 - o Bioquímica: electrolitos, urea, creatinina, glucemia. La determinación de amilasa y bilirrubina es útil en presencia de dolor en hemiabdomen superior
 - o Test de embarazo
- Rx abdomen: poco útil (sólo 10% datos +) por lo que no se realiza de manera rutinaria
- Otros
 - o ECO: su uso es controvertido
 - o TAC: es la más específica
 - o Radiografía por contraste
 - o Punción abdominal y lavado peritoneal permite diagnosticar la presencia de sangre pus, bilis o contenido intestinal en la cavidad peritoneal, aunque si es negativa no excluye su presencia
 - o Menos usados: laparoscopia y laparotomía

Abdomen agudo no quirúrgico

- Por patología no abdominal, o que no requiere cirugía
- Tórax inferior: neumonía aguda, infarto agudo de miocardio
- Metabólica: cetoacidosis diabética, porfiria, insuficiencia suprarrenal, uremia, hipercalcemia, intoxicación por plomo (saturnismo), picaduras de insectos, escorpión, serpientes, síndrome de abstinencia a drogas
- Otras: crisis hemolíticas, hematoma de la vaina de los rectos, herpes zoster, tumor médula espinal, compresión nerviosa