

CAPÍTULO 10

ABDOMEN AGUDO

Peñaloza Morán G., Calle Sacoto J., Riofrio Gutiérrez K., González Encalada C.
DOI: 10.55204/pmea.13.c71

Génesis Salomé Peñaloza Morán, 0000-0003-2806-7998

Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), Unidad Académica de Salud y Bienestar, Av. de las Américas y Humboldt 010107, Cuenca, Ecuador.
gspenalozam79@est.ucacue.edu.ec , salitopenaloza99@gmail.com

Jenny Fernanda Calle Sacoto, 0000-0002-7545-378

Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), Unidad Académica de Salud y Bienestar, Av. de las Américas y Humboldt 010107, Cuenca, Ecuador.
jfcalle90@est.ucacue.edu.ec

Klever Vicente Riofrio Gutiérrez, 0000-0002-6256-6849

Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), Unidad Académica de Salud y Bienestar, Av. de las Américas y Humboldt 010107, Cuenca, Ecuador. matriz
klever.riofrio@est.ucacue.edu.ec

Carlos Daniel González Encalada, 0000-0001-9785-9978

Universidad Católica de Cuenca (UCACUE), Unidad Académica de Salud y Bienestar, Av. de las Américas y Humboldt 010107, Cuenca, Ecuador. matriz
cdgonzaleze12@est.ucacue.edu.ec

Resumen. El término abdomen agudo (AA) es definido como dolor abdominal intenso de inicio esporádico o se desarrolla durante 24 horas o más, con diversas manifestaciones de descompensación circulatoria; que requiere tratamiento médico o quirúrgico urgente. Engloba una serie de patologías y el conocer datos exactos es complicado, pero se estima según el CDC que entre el 7% y 10% de las visitas a emergencia se deben a abdomen agudo. ¹ La fisiopatología del dolor abdominal agudo puede ser visceral, somático y referido, cada uno de ellos difiere en la forma en la que se produce, presenta y transmite; además, según el mecanismo del estímulo doloroso puede ser físico en vísceras y químicas en las terminaciones nerviosas. ² Los signos clásicos son signo del rebote y resistencia muscular y los síntomas se asocian con dolor abdominal. ³ En cuanto al tratamiento, el enfoque principal se basa en la anamnesis y el examen físico, posterior a este análisis centramos el tratamiento específico y dirigido mediante diferentes métodos de diagnóstico. Es de vital importancia descartar algunas patologías que representan una emergencia ya sea de tipo quirúrgico o tratamiento ambulatorio. ⁴ Al mencionar las complicaciones se habla un bajo riesgo en relación a la intervención quirúrgica abdominal, entre ellos mencionando a procesos infecciosos, abscesos, entre otros, es decir este tipo de procedimientos se tratan de manera controlada. ⁴

Palabras claves: Abdomen Agudo, Visceral, Somático, Referido, Dolor Abdominal, Quirúrgico, Absceso.

Summary. The term acute abdomen (AA) is defined as severe abdominal pain of sporadic onset or that develops for 24 hours or more, with various manifestations of circulatory decompensation; requiring urgent medical or surgical treatment. It encompasses a series of pathologies and knowing exact data is complicated, but it is estimated according to the CDC that between 7% and 10% of emergency visits are due to acute abdomen. ¹ The pathophysiology of acute abdominal pain can be visceral, somatic and referred, each of which differs in the way it is produced, presented and transmitted; In addition, depending on the mechanism of the painful stimulus, it can be physical in the viscera and chemical in the nerve endings. ² The classic signs are rebound sign and muscular resistance and the symptoms are associated with abdominal pain. ³ Regarding treatment, the main approach is based on the

history and physical examination, after this analysis we focus on specific and targeted treatment using different diagnostic methods. It is vitally important to rule out some pathologies that represent an emergency, either surgical or outpatient treatment. 4When mentioning complications, there is a low risk in relation to abdominal surgery, including mentioning infectious processes, abscesses, among others, that is, these types of procedures are treated in a controlled manner. 4

Keywords: Acute Abdomen, Visceral, Somatic, Referred, Abdominal Pain, Surgical, Abscess.

1 INTRODUCCIÓN.

El término abdomen agudo (AA) es definido como dolor abdominal intenso de inicio esporádico o se desarrolla durante 24 horas o más con diversas manifestaciones de descompensación circulatoria; que requiere tratamiento médico o quirúrgico urgente. Engloba una serie de patologías tales como: apendicitis, úlcera perforada, pancreatitis, colecistitis, vólvulo, aneurisma aórtico, causas ováricas, entre otras.¹ Todas ellas pueden ser causadas por infecciones, inflamación, oclusión vascular u obstrucción. Por ello, esta condición representa un desafío para el médico porque llegar a un diagnóstico se puede tornar complicado, pero, la clave para abordar este cuadro es una buena anamnesis y examen físico completo.²

Es una situación crítica que si no se trata a tiempo puede traer complicaciones como: septicemia, necrosis, fístula y la muerte del paciente. Por lo tanto, se debe actuar de forma inmediata apoyándose de técnicas de auscultación, localización del dolor, exámenes de laboratorio, ecografía y tomografía.³

2 EPIDEMIOLOGÍA.

El conocer datos exactos es complicado, debido a los cuadros asociados, pero se estima según el Centro para el CDC que entre el 7% y el 10% de las visitas a emergencias se deben a abdomen agudo.³

En países como Alemania en el 2016 fueron tratados 135.000 pacientes con dolor abdominal y pélvico y durante el mismo período en Austria unos 15.000; la incidencia es tal que si tomamos en cuenta a la apendicitis aguda tiene una incidencia de 100 casos nuevos por 100 000 personas por año y es la causa más común de abdomen agudo.¹⁻⁴ En Ecuador durante el 2017 el AA representó el 25,33% de motivo de consulta en emergencias, siendo la apendicitis la primera causa de morbi-mortalidad a nivel nacional con un porcentaje de 22.97 por cada 10.000 habitantes, seguida de la colelitiasis.⁵

3 FISIOPATOLOGÍA.

La fisiopatología del AA presenta una estrecha relación con el patrón, intensidad y frecuencia del dolor abdominal:

Tabla 1 Fisiopatología del Dolor Abdominal.

VISCERAL	Producido:	Estímulo del peritoneo visceral. Distensión, espasmo, isquemia e irritación.
	Presenta:	Dolor profundo, difuso, constante y mal localizado, que en cuadros severos se acompaña de hiperestesia, hiperalgesia y rigidez muscular involuntaria.
	Transmite:	Se transmite por los nervios del sistema nervioso autónomo, viaja por vía simpática a las astas dorsales de la médula y de allí a los centros nerviosos superiores.
SOMÁTICO	Características:	Estímulo del peritoneo parietal. Dolor más agudo (curva por picos).
	Producido:	Peritoneo parietal, raíz del mesenterio y diafragma.
	Transmite:	Se transmite a través de las fibras somáticas de los nervios espinales lo transportan hacia la médula.
REFERIDO	Producido:	Estructuras viscerales y musculares. Irritación peritoneal.
	Presenta:	Extensión inflamatoria o infecciosa.
	Transmite:	Es conducido por axones propioceptivos y termina en la asta dorsal, el cerebro no discrimina cuál axón ingresa el estímulo y proyecta la sensación a la piel.

Nota: La fisiopatología del Abdomen Agudo, se basa exclusivamente en los tipos de dolor: visceral, somático y referido. Adaptado de Abdomen agudo quirúrgico en el paciente geriátrico.⁶

Tabla 2 Según el mecanismo del estímulo doloroso.

Estímulos físicos en vísceras	Estímulos por alteraciones químicas en terminaciones nerviosas
Distensión, contracción de asas, tracción de mesos, distensión de cápsulas (hígado, bazo).	Inflamación, hiperemia, isquemia, etc.

Nota: El mecanismo del dolor depende de los estímulos físicos y químicos. Adaptado de Abdomen agudo durante la pandemia COVID 19.⁷

Tabla 3 Mecanismos que producen dolor abdominal.

Inflamación del peritoneo parietal	Obstrucción de víscera hueca	Trastornos vasculares
El tipo de dolor es constante, de referencia exacta ya que se localiza en la zona afectada. La intensidad depende del tipo y cantidad de noxa frente a los que expone la superficie peritoneal, por ejemplo, la liberación súbita en la cavidad peritoneal de líquido gástrico ácido y estéril produce mayor dolor que la materia fecal (neutra y contaminada).	Cuando la obstrucción es por estrangulación el dolor puede irradiarse hacia la zona lumbar inferior, por tracción del mesenterio, cuando la distensión es colónica el dolor es de menor intensidad e irradia a zonas lumbares. La obstrucción súbita de la vía biliar produce un dolor constante que no tiene característica espasmódica. La distensión vesicular produce dolor en hipocondrio derecho, irradiado a la región posterior.	Si bien los trastornos como la ruptura de un aneurisma de aorta abdominal o la obstrucción arterial aguda de la arteria mesentérica superior pueden producir dolor de aparición brusca e intensa, no siempre se cumple.

Nota: Se puede observar las diferentes causas que provocan un dolor abdominal.

Adaptado de Abdomen agudo un reto diagnóstico.⁸

4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El síndrome de abdomen agudo está comprendido por una gamma de síntomas y signos, pero se basa principalmente en el dolor que viene acompañada de otras manifestaciones clínicas.

Tabla 4 Manifestaciones clínicas del Abdomen Agudo

Tipo	Clínica	Frecuencia	%
Signos	Fiebre	19	33.9
	Deshidratación	23	41.1
	Palidez	20	35.7
	Signo del rebote	41	73.2
	Resistencia muscular	33	58.9
	Rigidez muscular	25	44.6
	Murphy	13	23.2
	Mc Burney	23	41.1
Síntomas	Dolor abdominal	52	92.9
	Náuseas	29	51.8
	Vómitos	19	33.9
	Estreñimiento	13	23.6

Nota: Un estudio publicado en México del 2017 con una muestra de 56 pacientes, se puede observar la frecuencia y porcentaje de la sintomatología de los pacientes. El signo principal es el de rebote y el dolor abdominal predomina los síntomas. Adaptado de Abdomen agudo un reto diagnóstico.⁸

5 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

Se los considera en cirugía general como métodos auxiliares básicos e indispensables, por el importante aporte en el diagnóstico y por su facilidad de ser realizados en todo centro asistencial de primer nivel.⁹

Hemograma, hemoglobina y hematocrito

Si existe un incremento de los leucocitos con aumento de bastones nos indica desviaciones a la izquierda, que orienta a patologías de origen infeccioso. Mientras que, si la hemoglobina o el hematocrito disminuyen y la historia clínica muestra traumatismo de abdomen, nos inclinamos a un diagnóstico de hemorragias intraabdominales.¹⁰

Sedimento de orina

Muy importante, para demostrar infecciones en el tracto urinario. La hematuria y signos característicos de ITU orienta un diagnóstico de patologías urológicas.¹⁰

Bioquímica

Valorar urea, iones, glucosa, creatinina nos ayuda a una valoración de la hidratación, correcta función renal. Alteraciones urea/creatinina nos demuestra deshidratación. Tener en cuenta perfil hepático y amilasa, esta última no es específica de pancreatitis.¹⁰

Radiografía de abdomen

En este examen se debe tener en cuenta 3 puntos clave que nos proporcionaría importante información en el diagnóstico, estas son¹¹:

- a. Placas abdominales de pie: Observamos importantes niveles hidroaéreos.
- b. Placas de abdomen en decúbito dorsal: como un complemento se obtendría placa en decúbito laterales lo que nos muestra niveles hidroaéreos en la parte superior y el líquido se mantiene en la zona declive.
- c. Placas abdominales en pronación: El aire se observa desplazado a las áreas laterales y a la zona de la ampolla rectal.¹¹

A. Ecografía de Abdomen

Signos ecográficos en abdomen agudo

- a. Colecistitis Aguda: Se visualiza engrosamientos en la pared de la vesícula por encima de 3mm, signos de paredes dobles. Alteraciones morfológicas: mas redondo, se observa cálculos, es característico el signo de Murphy presente al momento de pasar el transductor.¹¹
- b. Pancreatitis Aguda: Se visualiza aumento del tamaño pancreático de manera difusa, la medición del diámetro antero posterior superior a 3cm, ecoestructura hiperecogénicas a causa del edema inflamatorio.¹¹
- c. Apendicitis Aguda: Se observa engrosamientos de las paredes, rigidez que no se deforma a la presión, el lumen se observa sonoluciente y ecogénico.¹¹

B. Tomografía Axial Computarizada

La TAC, es una herramienta muy usada hoy en día en las salas de emergencia, puesto que esta nos va a servir para valorar a personas de edades mayores con dolor abdominal de tipo agudo, sabiendo que esto servirá para la toma de decisiones. Se puede recurrir a este método cuando la clínica y las pruebas que fueron realizadas con anterioridad nos dejen algún tipo de duda.¹²

La TAC está indicada en:¹²

- Abscesos abdominales
- Aneurisma de la aorta.
- Isquemia mesentérica
- Procesos intestinales
- Pancreatitis aguda o grave.
- Patología retroesternal

6 TRATAMIENTO.

Para establecer un tratamiento, en lo primero que nos debemos enfocar es en la anamnesis y el examen físico, para después de haber analizado este punto proceder a dar un diagnóstico certero a nuestro paciente. Cabe recalcar también que se debe realizar es un diagnóstico diferencial entre las entidades que requieran una emergencia quirúrgica o un tratamiento médico.¹³

Por consiguiente, el cirujano debe estar consciente que la vida del paciente va a depender de la decisión que él tome. Es por esta razón que frente a cada caso que se presente se debe analizar cuidadosamente el triple accionar.¹³

1. Intervenir al paciente de inmediato.
2. Esperar, para luego de esto determinar si se trata de una conducta quirúrgica o médica.
3. No realizar ninguna intervención, ya que la misma puede agravar las condiciones en las que se encuentra el paciente o esta esté contraindicada.¹³

Ante esta situación, lo primordial es salvaguardar la vida del paciente, para esto debemos tomar en cuenta los siguientes pasos iniciales.

1. Evaluar si existe stock o no, en el caso de que haya, se debe establecer si es neurogénico o hipovolémico para proceder aplicar la terapéutica adecuada.
2. Completar la anamnesis y examen físico que ya fueron realizados anteriormente.
3. Por último, se debe individualizar las acciones dependiendo de cada caso.¹³

Par aquello se debe tomar en cuenta los criterios del tratamiento quirúrgico en donde encontramos los siguientes:

1. Peritonitis, ya sea localizada o difusa.
2. Perforación de víscera huecas
3. Obstrucción intestinal completa.

Por otro lado, se puede requerir un tratamiento quirúrgico cuando exista una: diverticulitis de carácter agudo, pancreatitis aguda, colecistitis aguda o megacolon toxico.

Para proceder a realizar el tratamiento quirúrgico, se debe enviar al paciente en las mejores condiciones, en donde nos vamos a enfocar en el manejo correcto de las alteraciones hidroeléctricas, profilaxis preoperatoria, entre otro.¹⁴

7 COMPLICACIONES.

De acuerdo a diferentes estudios se habla del bajo riesgo que conlleva el realizar la cirugía laparoscópica y sus repercusiones de la misma, así tenemos el desarrollo de procesos infecciosos en el lugar del procedimiento, sin embargo se concluyó que el hematoma del lecho se considera la principal complicación quirúrgica, la misma se debe al proceso de resangrado, quedando en segundo lugar los absceso de tipo intraabdominal

y el coleperitoneo, en cifras poco significativas por lo cual se considera este tipo de procedimientos como una forma segura control refiriéndose de este modo cuanto menos abierto permanezca el abdomen, menor será la tasa de complicaciones.¹⁴⁻¹⁵

Tabla 5: Complicaciones quirúrgicas

Complicaciones quirúrgicas	No. (N=135)	%
Hematoma del lecho	5	3,7
Absceso intraabdominal	2	1,4
Coleperitoneo	3	2,2
Total	10	7,3

Nota: metaanálisis de las complicaciones del abdomen agudo tratado con cirugía laparoscópica

8 BIBLIOGRAFÍA.

1. Scharitzer M, Mang T, Herold C. Acute abdomen. Radiologe [Internet]. 2019;59(2):93–4. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00117-018-0487-0>
2. Bokemeyer A, Ochs K, Fuhrmann V. Akutes Abdomen : Diagnostik. 2020;Dtsch Med:1544–51. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1007-4264>
3. John W. Patterson 1, Sarang Kashyap 2 ED. Acute Abdomen [Internet]. 2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083722/>
4. Téoule P, de Laffolie J, Rolle U, Reißfelder C. Acute appendicitis in childhood and adolescence-an everyday clinical challenge. Dtsch Arztebl Int 2020. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(45):764–74.
5. Montenegro Cruz Ariana Liseth., Isabella. CMC. Prevalencia de abdomen agudo en pacientes de 18 a 64 años atendidos en la emergencia del hospital básico durán. Pap Knowl Towar a Media Hist Doc [Internet]. 2014; Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14917/1/T-UCSG-PRE-MED-951.pdf>
6. Alejandro H, Rodríguez C, Carr AB. Surgical Acute Abdomen in the Geriatric Patient Introducción. 2020;2020(4):1–15.
7. Galiano Gil JM, González González JL, Mederos Curbelo ON. Abdomen agudo durante la pandemia COVID-19. Rev Cuba cir [Internet]. 2020;59(2):e957–e957. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000200009%0Ahttp://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/957
8. Eloy García-Valenzuela S, Valente Bonilla-Catalán P, Quintero-García B, Samuel Trujillo Bracamontes F, del Carmen Ríos-Beltrán J, Alberto Sánchez-Cuén J, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir Gen [Internet]. 2017;39(4):203–8. Available from: www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.

9. Latorre Asensio M, Pellón Dabén R, Nieto Martínez S. Unexpected acute abdomen. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2019;219(6):342–3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.11.007>
10. León Miranda R, Palacios Ball J, Reoyo Pascual JF. Acute abdomen caused by actinomycosis. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2019;152(2):80–1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.04.014>
11. Bonilla T, San-Miguelc JV del RMBRGAM. Bowel ultrasonography in acute abdomen: beyond acute appendicitis. *Radiologe* [Internet]. 2021;63(2):193–205. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833821000230>
12. González-Moreno IM, Plasencia-Martínez JM, Blanco-Barrio A, Moreno-Pastor A. Is positive oral contrast material necessary for computed tomography in patients with suspected acute abdomen? *Radiologia* [Internet]. 2019;61(2):161–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2018.10.006>
13. Santoyo-Villalba J, Triguero-Cabrera J, García-Jiménez A. Acute abdomen secondary to massive bleeding due to rupture of liver metastases of a gastrointestinal stroma tumor. *Cir y Cir (English Ed)*. 2021;89:93–6.
14. Bártulos PMGL-FL-JV. Acute abdominal pain in patients with Crohn's disease: what urgent imaging tests should be done? *Radiologia* [Internet]. 61(4):333–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833819300013>
15. Ferrer Robaina H, Clavijo Torres R. Tratamiento del abdomen agudo quirúrgico por cirugía endoscópica. *Rev Cuba Cirugía* [Internet]. 2018;57(2):1–8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000200003