



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: José Francisco Pérez Pérez

Nombre del tema: Abdomen agudo / Infecciones intraabdominales

Parcial: 3ro

Nombre de la Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villareal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7° semestre

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es una condición que se caracteriza principalmente por el dolor abdominal que puede presentarse como agudo o crónico, y además presentará manifestaciones clínicas adicionales de acuerdo al órgano que se encuentra afectado, puesto que el abdomen agudo es una condición compleja que conglomera diversas patologías. La razón de conocer esta entidad es de suma importancia con la finalidad de actuar oportunamente, aliviando la sintomatología del paciente y preveniendo complicaciones graves o incluso la muerte.

La información que se presentará más adelante es extraída de 5 principales fuentes. Más adelante lo identificarán...

ABDOMEN AGUDO

Abdomen agudo es definido como: Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente (Laparotomía y/o Laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el Adulto México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. P.11)

Como segunda definición: El abdomen agudo se define como un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología cuyo punto principal es un intenso dolor que dura varias horas o días, y que obliga al paciente a buscar ayuda médica (Archundia García – 2013. P.191)

Como tercera definición: Es el conjunto de manifestaciones clínicas con fisiopatología común y diversas causas posibles, cuya principal características clínica es el dolor abdominal intenso. (Villalobos – 2006)

Cuarta definición: Es un síndrome caracterizado por dolor abdominal de inicio brusco con pocas horas de evolución y con importante repercusión en el estado general. (Ayala, Vázquez – 2017)

Abdomen agudo puede ser causado por cualquier entidad, de acuerdo al órgano afectado por lo que es de suma importancia reconocer los demás signos y síntomas que el paciente presenta (además del dolor abdominal). En muchos de los casos que un paciente refiere dolor abdominal es no grave, que, comunmente no requiere atención quirúrgica y solo tratamiento médico puesto que son autolimitadas. Por otro lado, puede pasar por alto y realmente se trate de una enfermedad de alto riesgo que si no se atiende a tiempo puede causarle la muerte al paciente 4.

Del 100% de los pacientes evaluados en la sala de urgencias, el 10% corresponde a abdomen agudo y al menos 2 de 3 no se requiere de atención quirúrgica, unicamente con la atención medica es suficiente para redimir el síndrome. Cuando no se puede establecer un diagnostico exacto, se enfatiza al tratar de hacer un diagnóstico sindromático tratando de identificar a aquellos pacientes en los cuales pueda ser de beneficio una exploración quirúrgica 3. En un metaanálisis se identificó que el dolor abdominal en la atención primaria, se encontro una prevalencia de consulta de 2.8%, un tercio de los pacientes no tuvieron una causa especifica del dolor abdominal, la etiología más común fue gastroenteritis (7.2 a 18%) síndrome de intestino irritable (2.6-13.3%) causas urológicas

(5.3%) y gastritis (5.2%) y uno de cada 10 pacientes que presentó abdomen agudo ponía en riesgo su vida, las causas más comunes fueron apendicitis en 1.9%, diverticulitis 3%, pancreatitis biliar 4% y de origen neoplásico 4%.

Las personas que acuden a consulta por dolor abdominal agudo e intenso plantean al médico el reto de elaborar como punto de partida una hipótesis diagnóstica apropiada, y el proceso no es sencillo; se requiere de toda la atención a los detalles de la anamnesis, de la exploración física y de juicio crítico en el análisis de la información que se recoge 1. Para poder hacer un diagnóstico de abdomen agudo, debe valorarse al paciente en forma integral, con una historia clínica y una exploración física completa, evaluar si el dolor es por horas, días, semanas o meses. En enfermedades agudas hay que determinar si necesitan atención quirúrgica inmediata, hacer un diagnóstico tentativo, una adecuada semiología: localización e irradiación, intensidad y carácter, circunstancias, factores que los agravan o alivian, síntomas y signos contaminantes, realizarla en forma sistemática, inspección general completa (cabeza, cuello, extremidades, tórax y abdomen). Aspecto del paciente: taquicardia, fiebre, diaforesis, sepsis por peritonitis, colangitis, pielonefritis, entre otros. Los pacientes con dolor visceral puro cambian de posición; no obstante, un paciente con peritonitis evita moverse. . Auscultar la peristalsis o ruidos vasculares, explorar el abdomen en busca de distensión por oclusión intestinal o ascitis, examinar sitios potenciales de hernia, palpación suave al inicio lejos del área de dolor. Solicitar auxiliares de diagnóstico como laboratorios, radiografías simples de abdomen, ultrasonido, endoscopia y tomografía, entre otros. Nunca perder de vista que el objetivo principal es establecer la necesidad de efectuar o no tratamiento quirúrgico y si la cirugía es inmediata o urgente.

Es de suma importancia conocer la neuroanatomía y neurofisiología del dolor, ya que constituyen la base para la interpretación del dolor abdominal y proceder a un mejor diagnóstico y tratamiento adecuado. El dolor es una sensación subjetiva, sensorial y emocional, apreciada en forma única por cada persona como expresión de daño orgánico, funcional, o ambos, que resulta de la transmisión central de estímulos nocivos que proceden de la periferia, y como no hay receptores diferenciados de manera específica para dolor en el abdomen, los pacientes tienen dificultad para señalar con exactitud la localización de su dolor abdominal, hay varios factores neuroanatómicos involucrados que se explican a continuación:

El dolor se transmite al sistema nervioso central (SNC) por dos tipos de fibras:

1. A-delta finas mielinizadas: Las fibras A delta finas mielinizadas conducen sensaciones de 3 a 4 mm de diámetro, se distribuyen en piel y músculo, llevan el dolor agudo, repentino, bien localizado, consecutivo a una lesión aguda también llamada dolor epicrítico.
2. C-finas no mielinizadas: Las fibras C-finas no mielinizadas se encuentran en periostio, músculo, peritoneo visceral y vísceras, la sensación que transmiten tiende a ser sorda, mortificante, mal localizada de inicio impreciso y gradual, así como de mayor duración también llamado dolor protopático. El dolor abdominal intraperitoneal pertenece a este tipo.

De esta manera, la sensibilidad de las vísceras abdominales, mesenterio, superficies peritoneales de la mucosa y capa muscular de los órganos huecos es mediada por fibras “C” aferentes produciendo sensación de calambres, dolor insidioso o mal localizado

El estímulo principal del dolor visceral se produce cuando hay contracción, espasmo, distensión, estiramiento, inflamación o isquemia, lo que ocasiona una variedad de estímulos químicos que incluyen sustancia P, serotonina, prostaglandinas, H⁺ iones que se perciben como nocivos por los quimiorreceptores viscerales. Las vísceras no son sensibles a punción, sección, desgarro, aplastamiento o cambios térmicos. Las vísceras abdominales carecen de la red densa de fibras aferentes somáticas que se encuentran en la piel, lo cual limita la localización precisa de los estímulos, un nervio aferente espláncnico único aporta impulsos sensitivos de varios órganos y penetra en la médula espinal a más de un nivel, lo que contribuye a la localización imprecisa. A nivel embriológico la mayor parte de los órganos abdominales se derivan de estructuras de la línea media y retienen inervación bilateral. Como resultado de esta inervación bilateral, la mayor parte de los dolores abdominales se lateralizan mal y se informan en la línea media. La excepción se presenta cuando los órganos asumen una posición más lateral como riñones, uréteres, ovarios y vesícula biliar. En estos órganos, el dolor producido por estados patológicos se experimenta del lado afectado. La localización superior o inferior del dolor en el abdomen constituyen un indicador impreciso del órgano afectado, pero sugieren un origen de intestino anterior, medio o posterior. Los nervios neumogástricos no transmiten el dolor del intestino, 90% de sus fibras son sensoriales, por lo que la vagotomía no altera la capacidad de percibir el dolor de las vísceras abdominales. Cuando se produce el dolor visceral, los impulsos nerviosos son transmitidos por las fibras aferentes que acompañan a los nervios simpáticos, las fibras nerviosas siguen a lo largo de los vasos sanguíneos, hasta llegar a la aorta abdominal, atraviesan los ganglios de la cadena simpática y llegan a las raíces

posteriores en donde se encuentra la neurona sensitiva y penetran a la médula a través de la raíz dorsal en donde hacen conexión con neuronas del haz espinotalámico por donde asciende al núcleo central posterior del tálamo y, por medio de una sinapsis con una tercera neurona llegan los impulsos hasta la corteza cerebral. La percepción y el lugar donde va a referirse el dolor, depende del órgano afectado y el lugar donde van a penetrar los impulsos sensitivos en la médula espinal que es en más de un nivel. De esta manera, el dolor del esófago se transmite a la médula espinal por ramas aferentes de nervios simpáticos. Las ramas aferentes que parten de la cápsula hepática, ligamentos hepáticos y posición central del diafragma; cápsula esplénica y pericardio, en conjunto derivan de los dermatomas C3 a C5 y llegan al SNC a través del nervio frénico. Las fibras que provienen de la periferia del diafragma, vesícula biliar, estómago, páncreas e intestino delgado, viajan por el plexo celiaco y los nervios espláncnicos mayores y penetran a la médula espinal desde T6 a T9. Los estímulos de colon, apéndice y vísceras pélvicas, penetran a los segmentos torácicos décimo y undécimo a través del plexo mesentérico y los nervios espláncnicos menores. El colon sigmoides, recto, pelvis renal, uréter y testículos, están inervados por fibras que llegan a los segmentos T11 a L1 por el nervio espláncnico bajo. La vejiga y recto sigmoides envían aferentes a través del plexo hipogástrico, para llegar a la médula desde S2 a S4 4.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

La cirugía abdominal previa puede hacer sospecha de oclusión por adherencias, disritmias cardiacas como fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, cateterismo reciente. Los fumadores crónicos con claudicación intermitente, orientan la sospecha hacia enfermedad arterial mesentérica, aórtica o ambas. Mujeres en edad fértil y antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria son susceptibles a embarazo ectópico. Cetoacidosis diabética, hipercalcemia, enfermedad de Addison, crisis de células falciformes, uremia, saturnismo, angioedema hereditario y porfiria, pueden condicionar dolor abdominal agudo. Litiasis ureteral en pacientes con dolor súbito intenso y antecedente personal o familiar de litiasis renal, antecedente de traumatismo abdominal en paciente con dolor abdominal y dificultad ventilatoria podría suponer hernia diafragmática. En el adulto mayor, distensión grave y cuadro oclusivo supone vólvulo de sigmoides; sangrado de tubo digestivo y dolor abdominal deberá descartarse cáncer gástrico o de colon o divertículo de colon complicado.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

El dolor en cuadrantes inferiores del abdomen en mujeres en edad reproductiva, aun con antecedente de uso de algún método anticonceptivo deberá descartarse embarazo no diagnosticado o ectópico, evitar uso radiación diagnóstica. La apendicitis aguda ocurre en una de cada 1 700 de las embarazadas es más común durante el segundo trimestre de la gestación. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera es causa grave de abdomen agudo en el embarazo. Dolor en hipogastrio, asociado con flujo vaginal es causante habitual de enfermedad pélvica infl amatoria. Quiste torcido de ovario o anexiales pueden presentarse como tríada dolor, irritación peritoneal y ataque al estado general, después de un movimiento rápido del cuerpo. En paciente con dolor de repetición asociado con el ciclo menstrual debe considerarse la endometriosis.

MEDICAMENTOS

La utilización de los AINE es el factor más importante para la perforación de úlcera péptica. El riesgo de perforación aumenta con el uso simultáneo de varios AINE, o con el empleo de uno sólo a dosis altas. Tabaquismo, Helicobacter pylori y uso de AINE aumenta riesgo de úlcera péptica, hemorragia y perforación. Antibióticos, analgésicos y esteroides pueden retardar el diagnóstico al modifi car la sintomatología 4.

SEMIOLOGÍA DEL DOLOR

Esta debe incluir la forma de inicio, duración, frecuencia, características, localización, cronología, irradiaciones e intesndiad de dolor, asi como los factores que lo empeoran o lo mejoran y los síntomas previamente isquémico.

- Forma de aparición: el inicio súbito del dolor con datos de choque puede ser debido a un fenómeno hemorrágico agudo (ruptura de embarazo ectópico o perforación visceral), el incremento súbito, implica diseminación o compromiso vascular de un asa intestinal preciamente isquémica).
- Localización: El dolor de la pared peritoneal es estable y localizado directamente sobre el área inflamada, su referencia es posible gracias a la inervación somática del peritoneo parietal, su intensidad depende del tipo y cantidad de material al que se expone la superficie peritoneal y al tiempo que lo hace, se acentúa invariablemente por la tension de mismo, ya sean producidos por la palpación o el movimiento. En la peritonitis difusa el paciente permance en decubito, con los muslos flexionados, inmóvil y con movimientos

respiratorios superficiales. En la pancreatitis aguda comunmente se encuentra sentado con el cuerpo flexionado hacia adelante, en el cólico renal está inquieto, no adopta posición especial o está deambulando. En la úlcera péptica perforada el dolor inia en el epigastrio para cambiar después a la fosa iliaca derecha y a continuación generalizarse a todo el abdomen. En la apendicitis aguda el dolor puede sentirse al inicio en el epigastrio, para pasar después al mesogastrio y finalmente localizarse alrededor del punto de Mc Burney. En la obstrucción intestinal el dolor es menos localizado, inicialmente se ubica en el epigastrio y luego se generaliza.

- Tipo: Puede ser de dos tipos fundamentalmente: dolor constante, fijo, bien localizado, el cual generalmente se asocia con inflamación, isquemia y hemorragia (afección peritoneal, apendicitis o colecistitis, y el dolor tipo colico o intermitente, mal localizado (obstrucción, trombosis mesenterica).
- Irradiación: Es útil para la orientación diagnóstica. Por ejemplo, el dolor en el hipocondrio derecho que irradia a la región subescapular del mismo lado, orienta a colecistitis o perforación de úlcera péptica, mientras el dolor en el hipocondrio que irradia al testículo ipsilateral hace pensar en el origen renoureteral.
- Vómito: Es común en la obstrucción intestinal, cuanto más proximal es el sitio obstruido más temprano se presenta, mientras más distal es el sitio obstruido, la apariencia es mas fecaloide. Por lo general el dolor precede al vómito en casos quirurgicos y éste precede a la defecación en casos médicos. La anorexia es común, en algunos pacientes con peritonitis difusa hay apetito pero si ingieren alimento presentan vómito.
- Diarrea: La diarrea acuosa con cólicos sugiere gastroenteritis y puede acompañar a la cetoacidosis diabética. La imposibilidad de expulsar gases ocurre en la obstrucción intestinal completa; sin embargo, estos pacientes pueden inicialmente expulsar gases y heces distales al sitio obstruido.

DOLOR VISCERAL

La sensación visceral es mediada fundamentalmente por fibras C localizadas en las paretes de las Vísceras huecas u en las cápsulas de los órganos sólidos; a diferencia del dolor cutáneo, el dolor visceral es desencadenado por distensión, inflamación o isquemia, estimulando las neuronas receptoras o por lesión directa de los nervios sensoriales (como en la infiltración tumoral).

DOLOR PARIETAL

En contraste, el dolor parietal es mediado tanto por fibras nerviosas C como por fibras A delta, estas últimas son responsables de la transmisión de un dolor más agudo, preciso y bien localizado. La irritación directa del peritoneo parietal conduce a un dolor más localizado. Los estímulos se transmiten por los nervios periféricos correspondientes a los dermatomas, hasta el asta posterior medular².

EXPLORACIÓN FÍSICA

Al igual que en la obtención de la historia clínica, la exploración física debe ser realizada de una manera sistemática, organizada y cuidadosa, ya que la información obtenida por este método es invaluable y así existe menor riesgo de pasar por alto datos de importancia.

El examen físico debe buscar causas extra-abdominales del dolor así como datos de enfermedades sistémicas antes de enfocar la atención en el abdomen del paciente, es decir, signos de choque (diaforesis, palidez, hipotermia, taquipnea) que denotan una condición intraabdominal avanzada y que pudieran ser una indicación de laparotomía inmediata. La exploración comienza con la evaluación de la apariencia general del paciente (habitus exterior) el grado de dolor obvio, si existe palidez (hemorragias), la posición adoptada por el paciente ya que por ejemplo un abdomen en gusano es más probable que se presente un cuadro de peritonitis generalizada. El primer paso es la inspección cuidadosa de la pared anterior y posterior del abdomen, los flancos, periné y genitales; para buscar la presencia de cicatrices quirúrgicas de posibles adherencias; hernias encarceladas o estranguladas; masas como vesícula biliar distendida, abscesos, tumores; zonas de equimosis o abrasiones (trauma).

ABSCESO INTRAABDOMINAL

Los abscesos intrabdominales es una forma de peritonitis localizada caracterizada por una colección líquida purulenta rodeada de pared inflamatoria. Por su origen se reconocen dos grandes grupos: los obtenidos en la comunidad y los postoperatorios. En el primer caso se trata de peritonitis originadas en procesos locales que en su evolución dan lugar a abscesos locales y a distancia Ej.: sigmoiditis aguda, apendicitis, colecistitis, ulcera perforada, etc. Los abscesos postoperatorios están vinculados a la patología motivo de la operación o a una infección del sitio quirúrgico, por perforaciones o dehiscencias de suturas del tubo digestivo.

PATOGENIA

Los gérmenes capaces de producir un absceso son de origen intestinal y en menor frecuencia del exterior por traumatismos abdominales. La llegada de gérmenes en caso de abscesos viscerales es por vía sanguínea y en los hepáticos también por vía canalicular biliar. Los gérmenes en los abscesos intraabdominales provienen de procesos inflamatorios originalmente localizados (apendicitis, colecistitis, etc.), por la perforación del tracto digestivo (ulcera perforada, perforación de megacolon, fístulas anastomóticas, etc.) o por heridas penetrantes de la pared abdominal. Los gérmenes causantes también pueden llegar por un mecanismo conocido como traslocación de gérmenes como ocurre en los abscesos pancreáticos con flora intestinal sin que en éste exista un proceso inflamatorio ni perforación. Este mecanismo también se observa en los abscesos formados a partir de cuerpos extraños intraperitoneales (cálculos, gasas). La experiencia de Moro lo pone en evidencia, materias extrañas (dacron, poliuretano) dejados intraperitoneal en animales se contaminan con flora intestinal (E.Coli, P. Aeruginosa, E. Faecalis) en 3 días mientras que los mismos materiales dejados en celular subcutáneo permanecen estériles. El proceso comienza con una contaminación que continua como una infección pese a los mecanismos normales de defensa del peritoneo. Estos mecanismos son: la difusión por vía linfática, los macrófagos peritoneales, afluencia de neutrófilos y repuesta linfocitaria. El desarrollo bacteriano depende del tipo y número de bacterias, del sinergismo bacteriano, de la presencia de materias extrañas, estados mórbidos y repuesta inflamatoria³². El sinergismo bacteriano se da frecuentemente dado que la mayor parte de las infecciones intraabdominales son polimicrobianas en donde grupos de bacterias favorecen el desarrollo de otros más virulentos. En los primeros días predominan fenómenos provocados por endotoxinas de gérmenes Gram negativos como la Escherichia coli. El mayor consumo de oxígeno

permite la proliferación de gérmenes anaerobios que son los más comprometidos en la formación de abscesos que aparecen después de algunos días (5to al 7mo.día o más). La presencia de materiales extraños como sangre, bilis, cálculos biliares, etc. facilitan el desarrollo de gérmenes. Los estados mórbidos del paciente son también causa que favorecen la infección y formación de abscesos, como son la desnutrición, diabetes, obesidad, alcoholismo crónico, inmunosupresión (sida, esteroides, etc.) La repuesta inflamatoria deficitaria también es importante cuando no llega a erradicar los gérmenes y lograr la recuperación tisular.

UBICACIÓN

La mayor parte de los abscesos intraabdominales se forman en vecindad con la fuente que lo produce, como son los abscesos perisigmooiditis, pericolecistitis o los relacionados a fístulas digestivas. Los abscesos en su crecimiento pueden fisurarse y propagar su contenido en cavidad peritoneal. La difusión esta sujeta a la anatomía y a los movimientos que normalmente siguen los líquidos en peritoneo. En la parte superior del abdomen, supramesocolónica, la tendencia es ir a los espacios subfrénicos y en la parte inferior hacia pelvis al fondo de saco de Douglas a donde van a converger líquidos que bajan por las goteras parietocólicas derecha e izquierda y de la zona inframesentérica.

BACTERIOLOGÍA

Los abscesos más frecuentes como complicación de una peritonitis secundaria tienen flora mixta, siendo los aerobios los más frecuentes. como la Escherichia Coli y Enterococcus y dentro de los anaerobios los bacteroides y peptostreptococcus. En los abscesos nosocomiales y peritonitis terciaria hay variaciones importantes como la mayor frecuencia de gérmenes Gram (-) resistentes y algunos casos de candida.

CLINICA

Los antecedentes clínicos y su evolución son importantes para la sospecha clínica de los abscesos. El paciente puede tener una infección adquirida en la comunidad o en el postoperatorio. En el primer caso puede tratarse de una colecistitis, apendicitis, úlcera perforada, infección ginecológica, etc. y en el segundo caso se debe a una contaminación intranocomial o a fallas técnicas quirúrgicas como son las dehiscencias anastomóticas. Deben hacer sospechar un absceso: la evolución más prolongada, dolor persistente, fiebre generalmente vespertina a veces acompañada

de escalofríos, a lo que se agrega leucocitosis. El examen físico y principalmente los estudios por imágenes contribuirán al diagnóstico. Examen físico. Ayuda a precisar la zona dolorosa del abdomen. Algunas veces es posible palpar un abovedamiento doloroso en la zona y que por su ubicación se puede sospechar el sector relacionado. Ej. Absceso en fosa ilíaca izquierda a consecuencia de una sigmoiditis diverticular.

LABORATORIO

El laboratorio corriente es inespecífico en cuanto al diagnóstico de absceso. Es frecuente encontrar leucocitosis con predominio de neutrófilos y eritrosedimentación elevada guardando relación con el agravamiento de la infección y su descenso con la mejoría.

IMÁGENES

La radiología simple de abdomen y tórax son de interés en la evaluación del paciente o inducir al diagnóstico pero no sustituyen a los estudios anteriores. El método de elección tanto para el diagnóstico como el tratamiento es la tomografía computada, seguida por la ecografía. En la práctica no solo la sensibilidad juega su papel en la elección de un procedimiento sino también la disponibilidad y costo. De ahí es que la ecografía sea muy utilizada, recurriendo a la tomografía cuando el examen ecográfico fue considerado insuficiente, especialmente en los pacientes obesos, o cuando se trata de abscesos pequeños y profundos.

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN Y TÓRAX

Un absceso puede observarse como una zona indefinida que provoca desplazamientos de asas intestinales. La presencia de aire fuera de la luz del tubo digestivo es sugerente de absceso. En los abscesos subfrénicos se observa elevación del diafragma y en la radioscopia muestra disminución o falta de movilidad del diafragma. es posible observar derrame pleural o zonas de atelectasia basal.

TERAPIA ANTIBIÓTICA

Generalmente el tratamiento antibiótico de entrada es empírico hasta que se tenga material del absceso y el estudio microbiológico y antibiograma del mismo. No obstante en la actualidad la existencia de los Comités de Infecciosas deben basar la forma en actuar en la experiencia acumulada en el Centro donde actúa y si no tienen un Comité de Infecciosas seguir las directivas de algún Centro cercano. La curación de un absceso solo con antibióticos es excepcional. Los antibióticos

por lo general no llegan al interior del absceso pero si contribuyen a evitar la bacteriemia y delimitar la infección. El drenaje constituye una medida importante que debe efectuarse siempre. Únicamente se justifica no dejar drenaje cuando no es posible, como ocurre en abscesos pequeños (<3cm.) en que se realizó aspiración de su contenido.

DRENAJE

El método de elección es el drenaje percutáneo que tiene buenos resultados en el 80 a 90%. La condición para su empleo es que los abscesos sean circunscriptos, no lobulados y que exista una ventana por donde tener acceso sin interposición de vísceras huecas. El método utilizado es el de Sedlinger. Se punciona con una aguja el absceso con lo que se obtiene material para estudio bacteriológico. Se introduce por la aguja un alambre guía, que servirá para el uso de dilatadores del trayecto, terminando con la introducción del tubo de drenaje (catéter de 12 a 14 Fr). En caso que por el espesor y los detritus no se funcione bien se podrá reemplazar por otro de mayor calibre. Todas estas maniobras se efectuarán con control ecográfico o tomográfico. Es importante el cuidado del funcionamiento del catéter, el que debe mantenerse permeable realizando lavados con solución fisiológica las veces que sea necesario. La buena repuesta del uso del catéter se constata con la mejoría del paciente, disminución de los leucocitos y el débito del drenaje. La falta de drenaje aun después de lavar suavemente el catéter son indicadores para retirarlo. El abordaje quirúrgico queda reservado para abscesos complejos, multilobulados, los ubicados entre asas intestinales o con materias necróticas o extraños. Este debe ser en lo posible extraperitoneal. No obstante se debe señalar que abscesos complejos y multilobulados pueden ser tratados utilizando drenajes múltiples. También en abscesos que se consideran del resorte de la cirugía abierta son tratados en forma percutánea cuando los pacientes no están en condiciones de afrontar una laparotomía, la finalidad es mejorar el paciente para someterlo a la operación en condiciones más favorables.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo antes explicado se identifica que el abdomen agudo comprende un sinnúmero de patologías distintas y nuevamente se repite, la afectación y las manifestaciones serán de acuerdo al órgano afectado, también puede que el motivo del dolor agudo es por una apendicitis, que, por lo

regular cuando se presenta apendicitis y causa dolor abdominal y por que dicha patología ya se complicó, como una inflamación excesiva o por una ruptura que este conllevará posteriormente mayores complicaciones como una sepsis, shock septico e incluso la muerte.

-
1. ⁱⁱⁱⁱLaparotomía y/o Laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el Adulto México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
 2. Abel Archundia García, Moisés Ortiz Fernández – 2013 – Cirugía 2, Abdomen agudo – Mc Graw Hill Education editorial
 3. Dr. José de Jesús Villalobos Pérez-2006- Gastroenterología, Abdomen Agudo - Méndez Editores
 4. José Humberto Vázquez Sanders, Samuel Kleinfinger Marcuschamer – 2017 – Tratado de cirugía general, tercera edición – Editorial El Manual Moderno – Síndrome de abdomen agudo
 5. GALINDO F, VASEN W y FAERBERG A - Peritonitis y abscesos intraabdominales Cirugía Digestiva, F. Galindo, www.sacd.org.ar, 2009; II-277, pág. 1-19.