



Universidad del Sureste.

Docente: Dr. Guillermo del Solar Villarreal.

Alumna: Evelin Samira Andres Velazquez.

Licenciatura: Medicina Humana.

7º Semestre 2º Parcial.

Materia: Clínicas Quirúrgicas Complementarias.



ABDOMEN AGUDO |

ABDOMEN AGUDO



Síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente con repercusión del estado general.

Menos de 48 horas de evolución o hasta 6 días.

Se acompaña de uno o más signos de peritonismo.

Rigidez abdominal.

Incremento de la sensibilidad abdominal con o sin rebote.

Resistencia abdominal involuntaria.

Características del dolor.

Instalación brusca.

No cede: evoluciona y se agrava.

Pone en juego la vida del paciente.

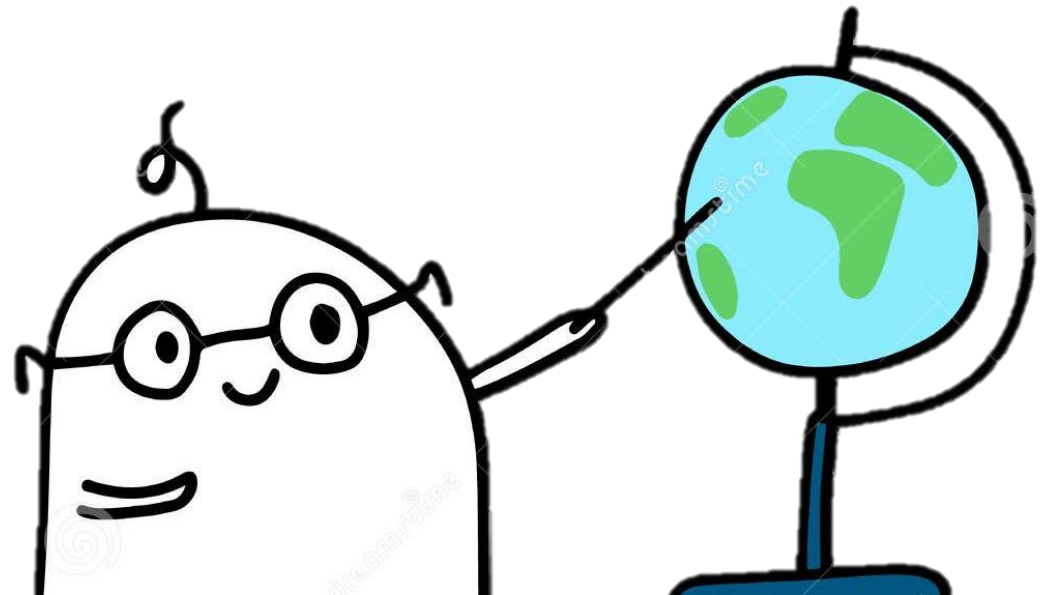
EPIDEMIOLOGÍA

Dolor.

- Causa más frecuente de consulta médica.
- Motivos de urgencia hospitalaria.

Dolor abdominal.

- 15-35% de las consultas.



CARACTERÍSTICAS.

Medico.

- Pancreatitis.
- Hepatitis.
- ITUS.
- Gastroenteritis, etc.

Quirúrgico.

- Apendicitis.
- Colecistitis, etc.

Ojo.

- Dolor abdominal + >6 horas de evolución = abdomen agudo de Tx quirúrgico.

Otras manifestaciones.

- Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, hiporexia.



Se puede asociar.

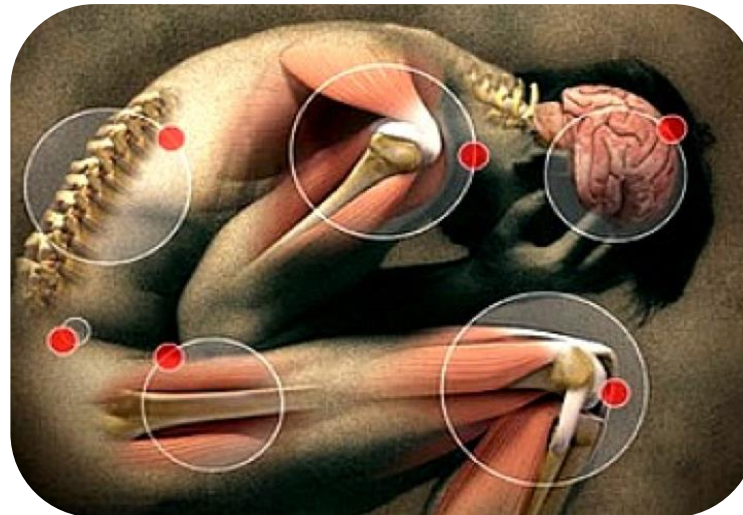
- Trastorno hidroelectrolítico y de ácido base, acidosis, alcalosis, hiponatremia, hipokalemia, hipocalcemia.

DOLOR ABDOMINAL



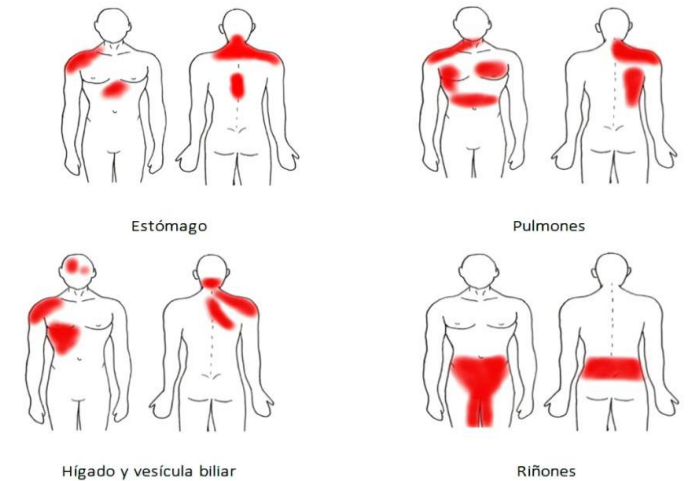
Dolor visceral.

- Se produce por distensión, espasmo, isquemia e irritación, síntoma profundo, difuso y mal localizado; en cuadros severos se acompaña de hiperestesia, hiperalgesia y rigidez muscular involuntaria.



Dolor somático.

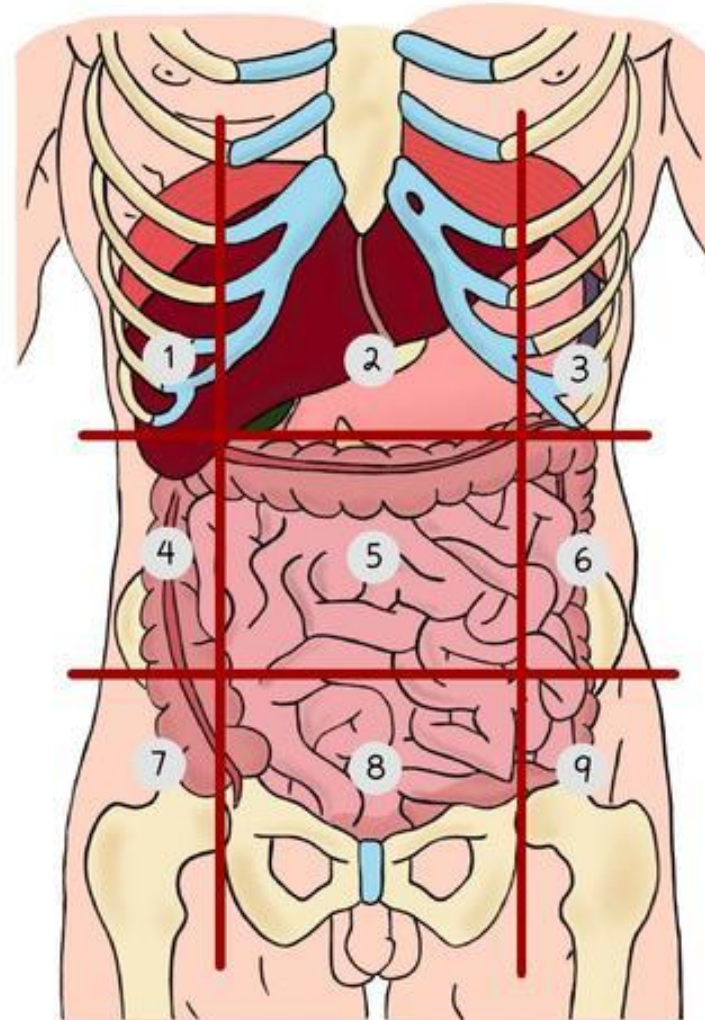
- Es el más agudo y mejor localizado, se origina desde el peritoneo parietal, raíz del mesenterio y diafragma.



Dolor referido.

- Relacionado con el sitio del proceso original manifestando en el trayecto de un segmento de la medula en dolor en otro sitio diferente al original.

Topografía Abdominal



1 Hipocondrio Derecho

- Lóbulo derecho del hígado
- Vesícula y vía biliar
- Polo superior de riñón derecho
- Ángulo hepático del colon

Tipos de dolor Cálculo biliar
Úlcera estomacal
Pancreatitis

4 Flanco Derecho

- Colon ascendente
- Asa del intestino delgado
- Polo inferior de riñón derecho

Tipos de dolor Cálculos renales
Infección urinaria
Estreñimiento
Hernia lumbar

7 Fosa Iliaca Derecho

- Ciego y Apéndice
- Ureter derecho
- Ovario derecho (mujer)
- Cordón espermático derecho

Tipos de dolor Apendicitis
Estreñimiento
Dolor pélvico
Dolor en la ingle
Hernia inguinal

2 Epigastrio

- Estómago
- Páncreas
- Duodeno

Tipos de dolor Úlcera estomacal
Acidez/indigestión
Pancreatitis
Hernia epigástrica

5 Mesogastrio

- Colon transversal
- Intestino delgado
- Aorta

Tipos de dolor Pancreatitis
Apendicitis
Úlcera estomacal
Intestino delgado
Hernia Umbilical

3 Hipocondrio Izquierdo

- Fundus gástrico
- Bazo
- Ángulo esplénico del colon
- Cola del páncreas
- Polo superior del riñón izquierdo

Tipos de dolor Úlcera duodenal
Úlcera estomacal
Cólico biliar
Pancreatitis

6 Flanco Izquierdo

- Colon descendente
- Asa de intestino delgado
- Polo inferior de riñón izquierdo

Tipos de dolor Cálculo renal
Enfermedad diverticular
Estreñimiento
Intestino inflamado

9 Fosa Iliaca Izquierdo

- Colon sigmoide
- Ureter izquierdo
- Ovario izquierdo
- Cordón espermático izquierdo

Tipos de dolor Dolor en la ingle
Hernia inguinal
Enfermedad diverticular
Dolor pélvico

8 Hipogastrio

- Vejiga
- Útero

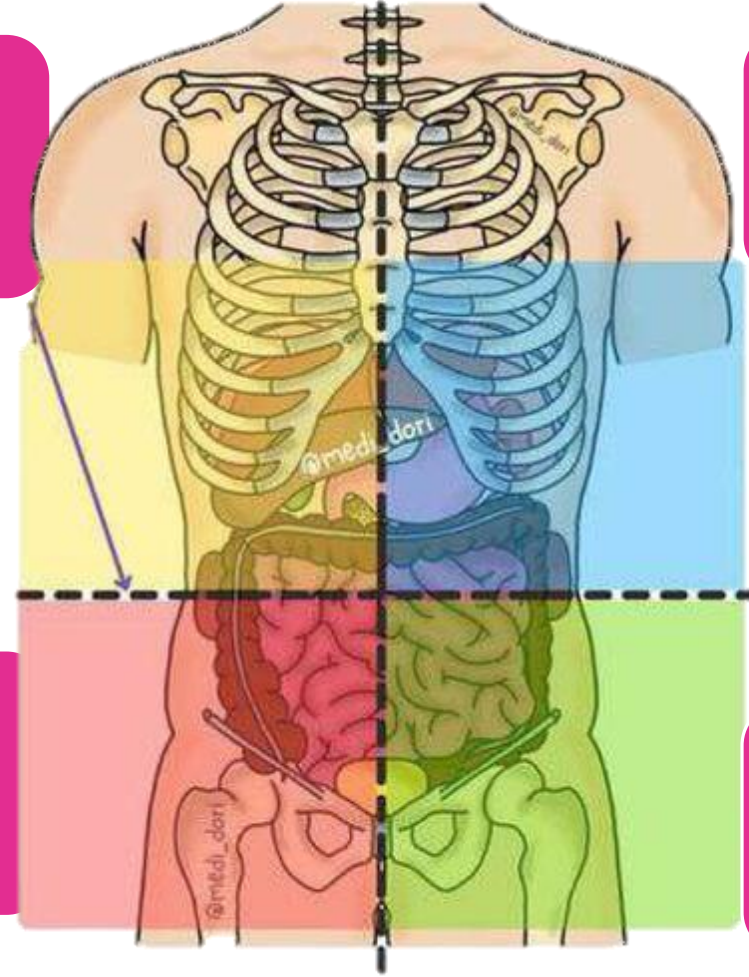
Tipos de dolor Infección urinaria
Apendicitis
Enfermedad diverticular
Intestino inflamado
Dolor pélvico

Cuadrante superior derecho.

- Absceso subdiafragmático.
- Colangitis.
- Úlcera péptica perforada.
- Neumonía basal.

Cuadrante inferior derecho.

- Apendicitis aguda.
- Hernia inguinal.
- Perforación de ciego.



Cuadrante superior izquierdo.

- Esplenomegalia.
- Úlcera péptica perforada.
- Rotura de bazo.
- Perforación de colón.
- Gastritis.

Cuadrante inferior izquierdo.

- Diverticulitis.
- Pielonefritis.
- Cólico nefrótico.

CAUSAS EXTRA-ABDOMINALES

Infarto agudo
del miocardio.

Pericarditis
aguda.

Insuficiencia
cardíaca.

Neumonía con
irritación
diafragmática.

Cetoacidosis
suprarrenal
aguda.

Insuficiencia
suprarrenal
aguda.

Hematológicas.

- Anemia de células falciformes.



ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO |

DEFINICIÓN

Situación crítica que cursa con síntomas abdominales graves que van a terminar con corrección o tratamiento quirúrgico.



Suele estar asociado a compromiso peritoneal.
De corta evolución
48-72 hrs.

CLASIFICACIÓN DE CHRISTMANN



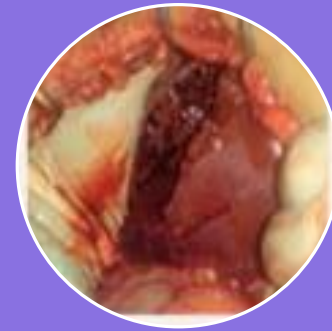
Abdomen
agudo
inflamatorio.
60-70%



Abdomen
agudo
obstructivo.
30-40%



Abdomen
agudo
perforativo.



Abdomen
agudo
hemorrágico.
10-15%



Abdomen
agudo
oclusivo
vascular.



SÍNDROME	SIGNOS Y SÍNTOMAS	ETIOLOGIA
✓ INFLAMATORIO	Defensa, fiebre y dolor a la descompresión.	Apendicitis, colecistitis, diverticulitis.
✓ OBSTRUCTIVO	Distensión y vómitos.	Bridas, tumores.
✓ PERFORATIVO	Abdomen en tabla.	Úlcera gastroduodenal, divertículos y Ca de colon.
✓ HEMORRÁGICO	Hipo gastralgia y lipotimia	Embarazo ectópico complicado.
✓ VASCULAR	Por descarte.	Obstrucción mesentérica.

ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO

Definición.

- Inflamación aguda de un órgano abdominal con repercusión de cavidad peritoneal.



Etología.

- Apendicitis.
- Peritonitis.
- Diverticulitis complicada.
- Abscesos intraabdominales.
- Pancreatitis hemorrágica/necrosante.
- Salpingitis complicada.
- Úlcera péptica complicada.

Clínica.

- Dolor abdominal de comienzo brusco.
- Fiebre, taquicardia.
- Náuseas, vómito, hiperestesia cutánea.
- Examen físico.
 - Blumberg (+)
 - Gueneau de Mussy (+).

ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO

Definición.

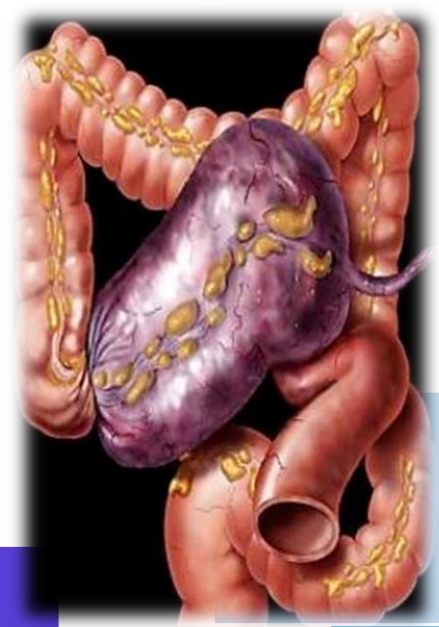
- Detención del tránsito intestinal por un obstáculo anatómico.

Etiología.

- Bridas y adherencias.
- Hernias.
- Vólvulos.
- Cáncer.
- Invaginación.
- Cuerpos extraños y parásitos.

Clínica.

- Dolor abdominal tipo cólico.
- Distensión abdominal.
- Taquicardia, vómito, timpanismo.
- Ausencia de eliminación de gas y materia fecal.



ABDOMEN AGUDO HEMORRÁGICO



Definición.

- Producido por pérdidas graves de sangre.
- Cuadros graves de hemorragia del tubo gástrico intestinal.

Etología.

- Hemorragia digestiva alta y baja.
- Trauma abdominal.
- Enfermedad vascular.
- Embarazo ectópico roto.
- Quistes hemorrágicos.

Clínica.

- Dolor abdominal de comienzo brusco.
- Taquicardia, hipotensión, ansiedad, lipotimia.
- Palidez, sudoración, frialdad.
- Dolor a la palpación, neumoperitoneo.

ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO

Definición.

- Perforación de una víscera con pasaje del contenido intestinal a la cavidad dando lugar al íleon paralítico.



Figura 1. Divertículo de Meckel necrosado y perforado

Etiología.

- Úlcera gástrica o duodenal.
- Traumatismo abdominal cerrado (contusión).
- Traumatismo abdominal abierto (herida penetrante).
- Neoplasias.

Clínica.

- Dolor abdominal punzante.
- Px inmóvil, fiebre, taquicardia.
- Abdomen en tabla, ausencia de movimientos respiratorios.
- Signo de Gueneau de Mussy, Jobert y Popper.

ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO VASCULAR

Definición.

- Se produce por la afección de una arteria que irriga el intestino provocando isquemia y necrosis de las vísceras irrigadas.



Etiología.

- Oclusión arterial.
 - Embolos y trovos en la arteria mesentérica superior.
- Oclusión venosa.
 - Estado de hipercoagulabilidad, inflamaciones agudas, hipertensión portal.

Clínica.

- Dolor agudo de máxima intensidad, súbito, violento, generalizado.
- Vómitos a repetición, taquicardia, facie toxica, hipotensión.
- Distension abdominal, compromiso del estado general.
- Enterorragia.

Por trauma.

Los síntomas dependen del compromiso.

Hipotensión.

Compromiso de la conciencia.

Postoperatorio.

Se relaciona con sepsis del foco operativo SIRS

Toxico metabólico.

ETIOLOGÍAS FRECUENTES

Apendicitis
aguda.

Colecistitis
aguda.

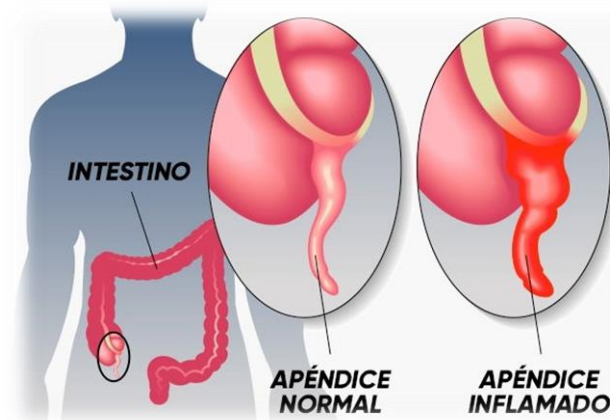
Obstrucción
intestinal.

Pancreatitis
aguda.

Embarazo
ectópico.

Quiste
ovárico roto.

APENDICITIS AGUDA



La causa principal es la obstrucción de la luz apendicular.

Un 65% a hiperplasia linfoide y fecalito un 35% cuerpos extraños como parásitos.

1% .

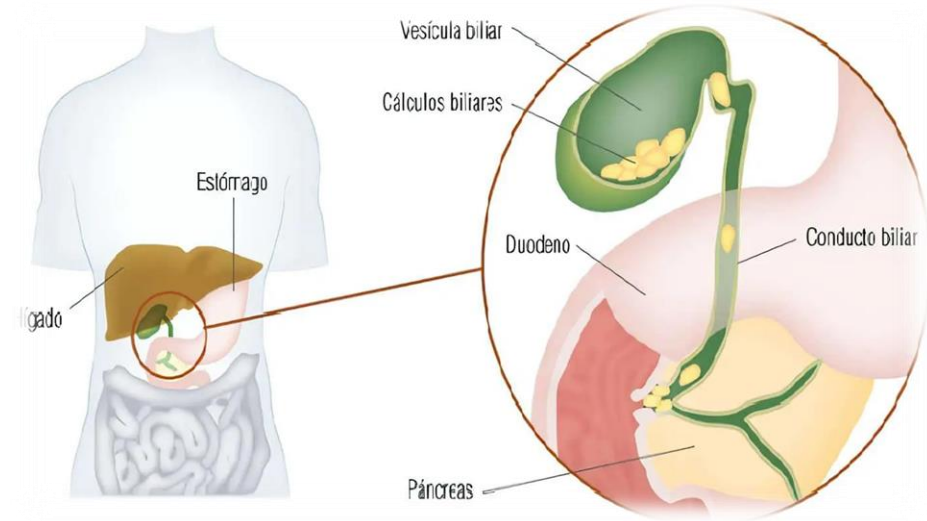
- Tumores primarios.
 - Carcinoide, adenocarcinoma, sarcoma de Kaposi, linfoma, etcétera.
- Metastásicos.
 - colon y mama.

Afecta a 7-12% de la población en general.

Mayor incidencia entre 7-30 años , 20% + en varones.

Representa 2/3 partes de laparotomías de Abdomen agudo.

COLECISTITIS AGUDA



Un porcentaje mínimo (<1%) de las colecistitis resultan de tumores oclusivos del conducto cístico.

Se produce cuando la bilis queda atrapada en la vesícula biliar.

Se caracteriza por una susceptibilidad aumentada a la colonización bacteriana en una bilis estática.

- Muchas veces dentro del contexto de pacientes con afecciones sistémicas agudas (Halpin).

Sucede porque un cálculo biliar bloquea el conducto cístico, el conducto a través del cual la bilis viaja dentro y fuera de la vesícula biliar.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Las causas más comunes de obstrucción mecánica.

- Las adherencias o bridas, las hernias y los tumores.



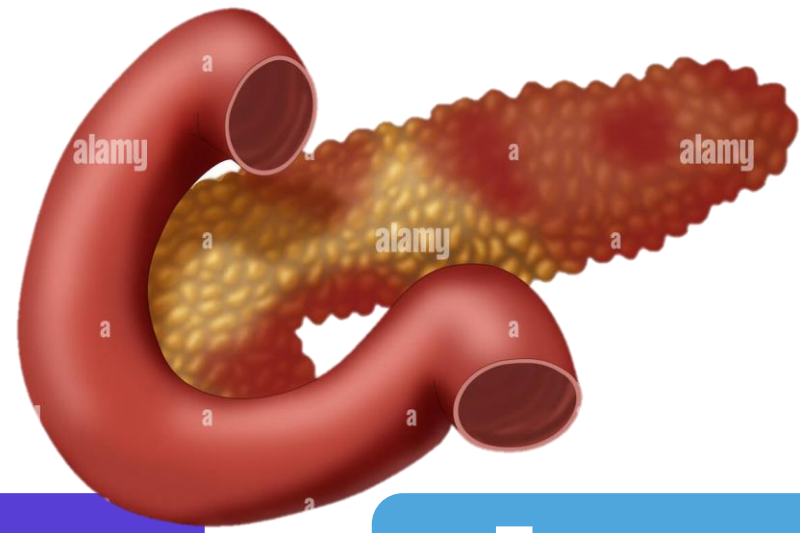
Otras causas generales.

- Diverticulitis.
- Cuerpos extraños (incluidos cálculos biliares).
- Vólvulo (torsión del intestino sobre su mesenterio).
- Intususcepción intestinal (introducción de un segmento de intestino en otro).
- Fecalomas.

Cada segmento del intestino es afectado de manera diferente.



PANCREATITIS AGUDA



Obstrucción ductal.

Litiasis, alcohol, tumores mucinosos, páncreas divisum, disfunción del esfínter de Oddi.

Daño de células Acinares.

Alcohol, traumatismo, isquemia, medicamentos (esteroides, azatioprina, tlazidas).

Transporta defectuoso intracelular.

Alcohol, herencia, hipercalcemia, hipertrigliceridemia.

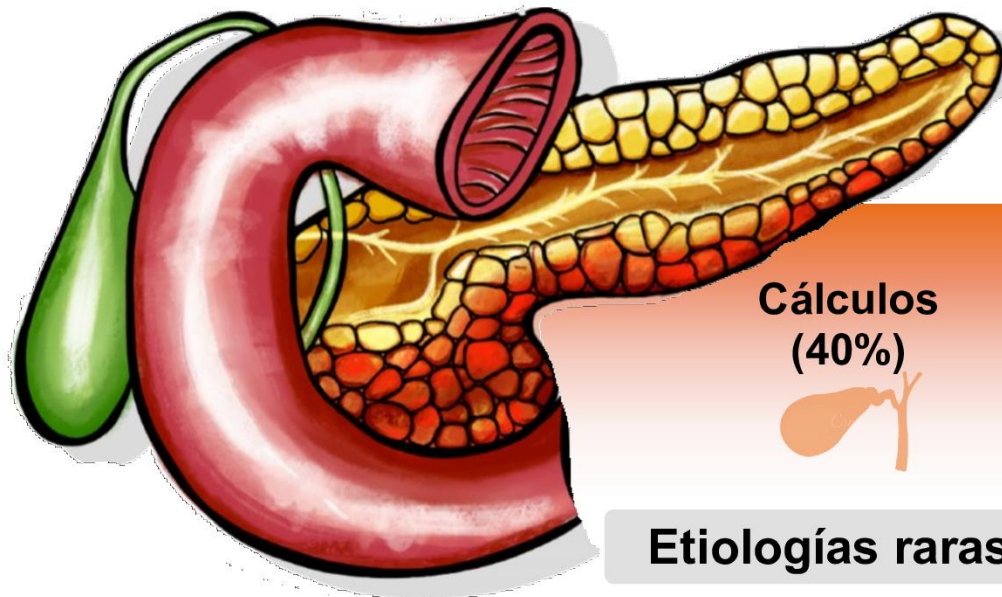
PANCREATITIS AGUDA



Necesita ≥ 2 o 3

Criterios diagn3sticos

1. Dolor en abdomen superior
2. Lipasa s3rica >3x l3mite superior normal
3. Tomograf3a (TC) positiva



Etiolog3as comunes

C3lculos
(40%)



Etanol
(35%)



Idiop3tico
(10%)



↑ Triglic3ridos
(10%)



Etiolog3as raras

Estructurales

- Trauma
- CPRE*
- P3ncreas anular
- Divisum
- Tumor

T3xicas/metab3licas

- Metanol
- Tabaquismo
- Escorpiones
- $\uparrow Ca^{++}$
- Medicaci3n (ej. azatioprina)

Infecciosas

- Virus hepatitis B/A
- Parotiditis (Paperas)
- Enterovirus
- Leptospirosis
- Ascariasis
- Clonorquiiasis

Autoinmunes

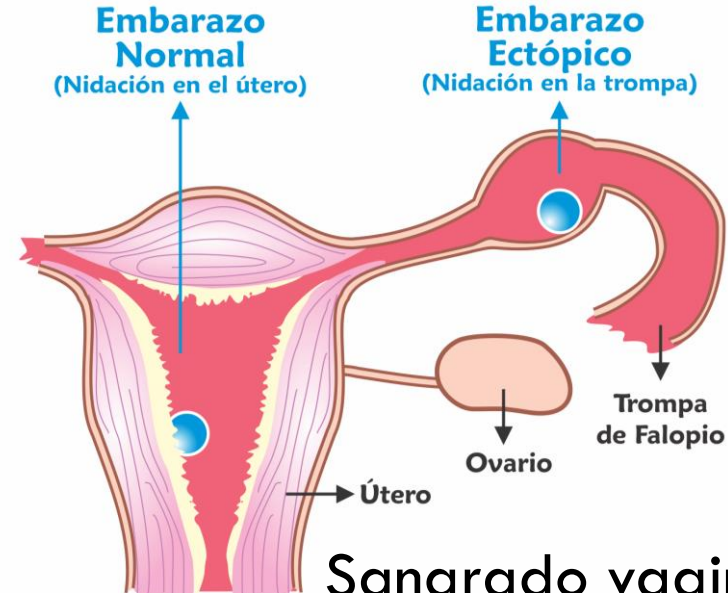
- IgG4

Vasculares

- Isquemia
- Vasculitis

*CPRE: Colangiopancreatograf3a retr3-grada endosc3pica

EMBARAZO ECTÓPICO



Sangrado vaginal y dolor pélvico.

Si la sangre se filtra por la trompa de Falopio.

Los síntomas específicos dependerán del lugar donde se acumula la sangre y los nervios que están irritados.

Los primeros
signos de
advertencia.

EXAMEN GENERAL

Funciones vitales.

- Descartar o detectar sepsis.

Estado de las mucosas.

- Hidratación.
- Ictericia.

Estado general.

- Nivel de nutrición.
- Órganos que puedan estar en falla.

ANAMNESIS

Antecedentes personales.

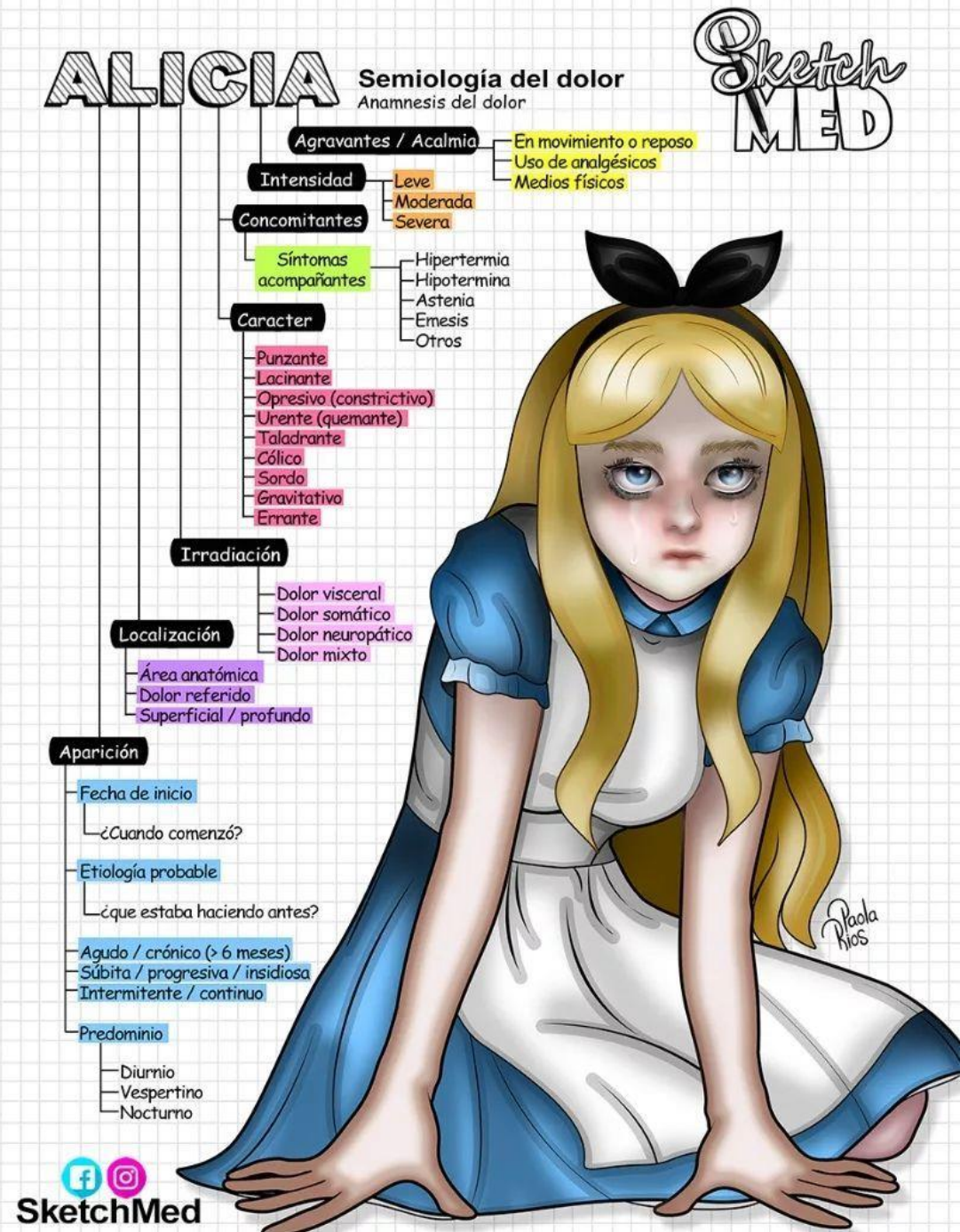
Características del dolor.

- ALICIA.

Características del vomito.

Modificación del tránsito intestinal.

Síntomas de alteraciones locales.



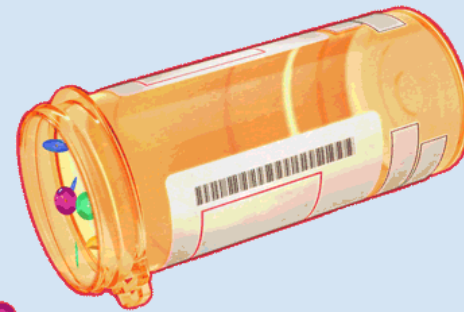
Antecedentes personales

Uso de medicamentos.

- Anticoagulantes.
- Antibióticos.
- Analgésicos.
- AINE.
- Antiespasmódicos.

Cirugía previa.

- Síndrome adherencial.



Características del vómito



Preceder al dolor.

Gastroenteritis aguda.

Sigue el dolor.

Apendicitis aguda,
colecistitis, obstrucción
intestinal.

Aspecto.

Bilioso.

- Dolor cólico.

Hemático.

- Lesión gástrica.

Fecaloide.

- Obstrucción intestinal baja.

Modificaciones del tránsito intestinal



Estreñimiento.

- Abdomen agudo quirúrgico.

Diarrea.

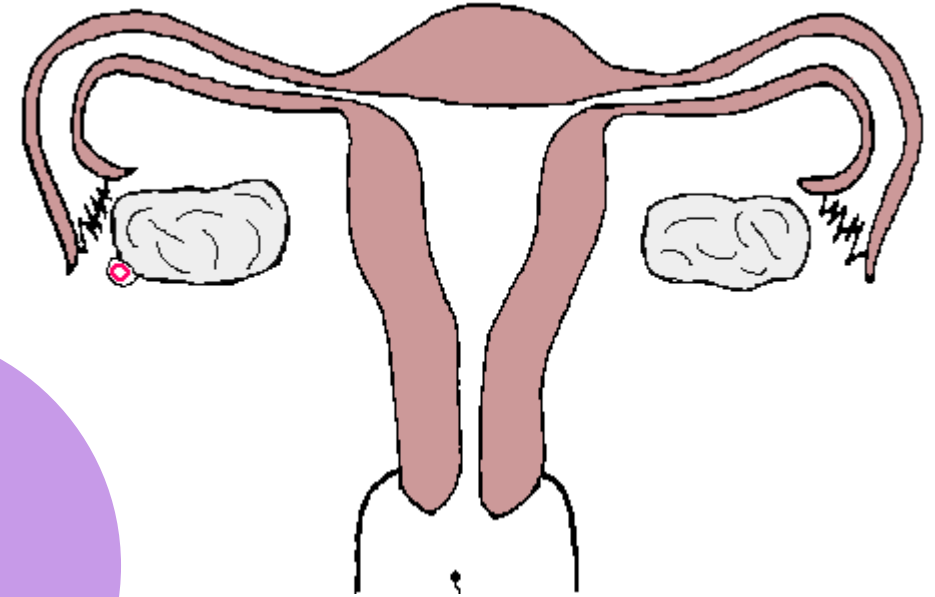
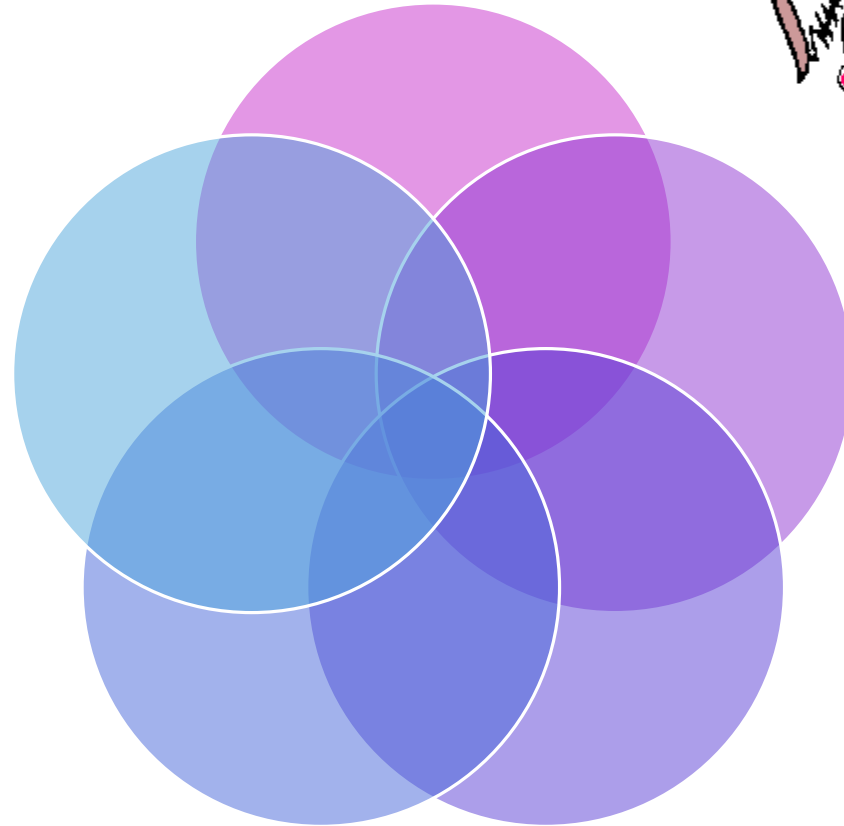
- Apendicitis aguda retrocecal.



Síntomas de alteraciones locales

Síntomas ginecológicos.

- Amenorrea secundaria y metrorragia.
 - Embarazo ectópico.
- Leucorrea + DIU.
 - EPI.



Síntomas miccionales.

- ITU.

EXAMEN FÍSICO



Inspección.



Auscultación.



Percusión.



Palpación.



Inspección

Distendido.

- Obstrucción intestinal.

Rigidez visible.

- Peritonitis.

Abdomen escafoide.

- Hernia diafragmática.

Masas.

- Henias.



Distensión abdominal



Cullen



Hemoperitoneo



Grey Turner

Auscultación

Ausencia de ruidos hidroaéreos.

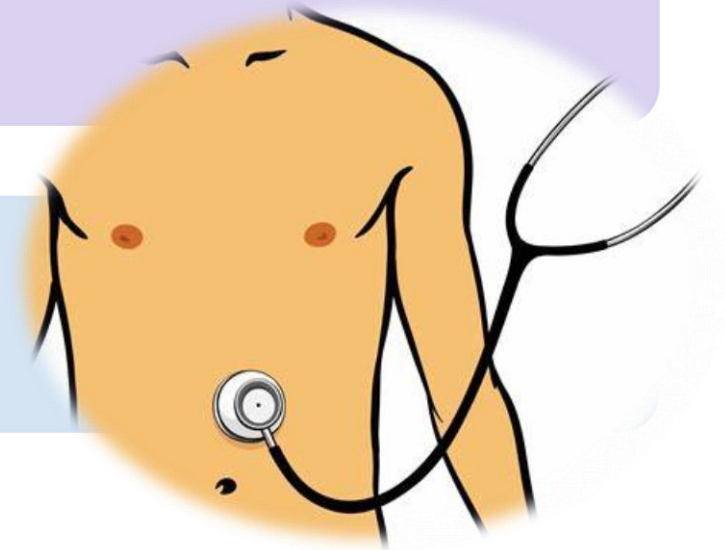
- No peristaltismo, peritonitis, isquemia o gangrena intestinal, íleo adinámico.

Ruidos intermitentes.

- Sincrónicos con el dolor por obstrucción.
- Cuadro gastroentérico.

Ruidos de timbre metálico o de ducha.

- Obstrucción intestinal.

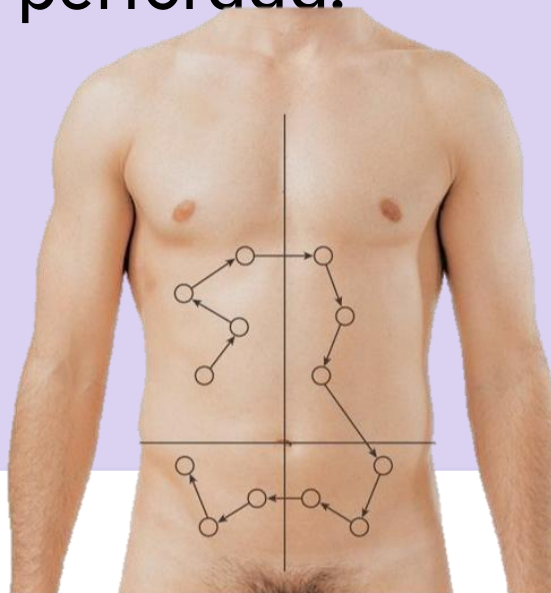


Percusión

- Útil para confirmar áreas de máxima molestia.
- Timpanismo para descartar aire libre intraperitoneal.
- Distensión de asas.

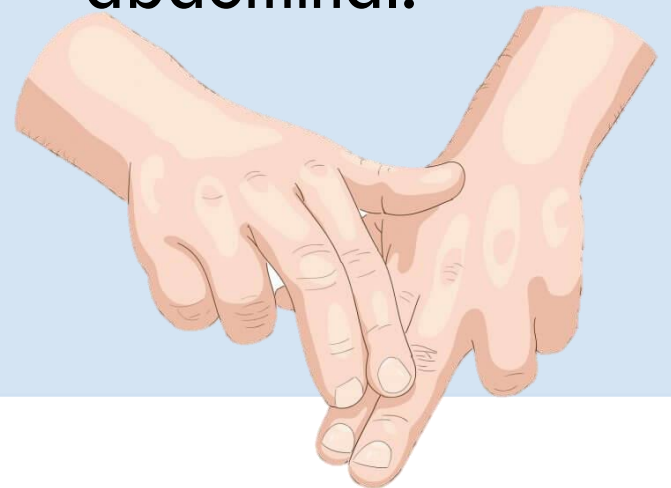
Matidez hepática.

- Ausente en caso de víscera hueca perforada.



Matidez desplazable.

- Presencia de líquido libre en cavidad abdominal.



Palpación

- Según la zona dolora.
- Etiología del cuadro.
- Resistencia muscular involuntaria.
 - Presencia de compromiso peritoneal.
- Masas en los cuadrantes.

Signos peritoneales.

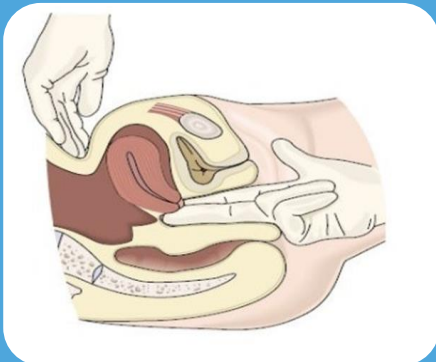
- Rigidez causada por espasmo.
- Signo de rebote o Blumberg.
- Signo de Mc Burney.
- Signo de Muphy.

Tactos



Tacto rectal.

- Dolor, próstata, tumefacciones y masas, plastrones, zonas de supuración, inspección del guante en busca de sangre y secreciones, dolor del esfínter.



Tacto vaginal.

- Temperatura, leucorrea, sangrado, descartar embarazo normal o extrauterino, quistes, colecciones en fondo de saco Douglas.

SIGNOS IMPORTANTES

SIGNO	DESCRIPCIÓN	DIAGNÓSTICO
Blumberg	Descompresión brusca dolorosa del abdomen	Peritonitis
Chandelier	Dolor de hipogastrio y dolor pélvico al mover el cérvix	Enfermedad pélvica inflamatoria
Charcot	Dolor intermitente en CSD, fiebre e ictericia	Coledocolitiasis
Courvoiser	Vesícula palpable en presencia de ictericia indolora	Tumor periampular
Cullen	Hematoma periumbilical	Hemoperitoneo
Grey Turner	Decoloración local alrededor de la cicatriz umbilical y flancos	Pancreatitis necro-hemorrágica
Iliopsoas	Elevación y extensión de la pierna contra resistencia causa dolor	Apendicitis con absceso retrocecal
Murphy	Dolor a la inspiración mientras se presiona el hipocondrio derecho	Colecistitis aguda
Obturador	Flexión y rotación externa de muslo derecho en supinación genera dolor en hipogastrio	Masa o absceso pélvico
Rovsing	Dolor en el punto de McBurney al comprimir la fosa iliaca izquierda	Apendicitis aguda

LABORATORIOS

Hemograma.

- Recuento leucocitario y fórmula.
- La leucocitosis puede ser menor o no aparecer.
- La presencia de anemia nos puede orientar a un sangrado, proceso maligno.

Bioquímica.

- Glucosa, creatinina, urea e iones: nos permiten valorar el estado de hidratación y la función renal.
- Iones (Na, K, Cl): hipo-Cl- hipo-K en pacientes con vómitos y depleción de volumen grave.
- Perfil hepático, amilasa (no específico de pancreatitis).

Gasometría venosa.

- Valora las alteraciones del equilibrio ácido-base (vómitos, diarreas, cetoacidosis diabética).

Coagulación.

- Ante sospecha de sepsis, hepatopatía y posibilidad de indicación quirúrgica.

Sedimento de orina.

- La hematuria y/o datos compatibles con infección del tracto urinario orientan el diagnóstico hacia patología urológica.

IMAGEN

Radiografía simple de abdomen.

- Útil para cuadros obstructivos, objetivar neumoperitoneos, gas intraluminal o extraluminal o dentro de órganos sólidos, objetivar masas o litos.

Ecografía.

- Útil ante la sospecha clínica de: Patología hepato-bilo-pancreática: colecistitis, colangitis, dilatación de vías biliares.
- Masas abdominales inflamatorias: apendicitis, diverticulitis. Abscesos y colecciones intraabdominales.
- Patología genitourinaria: pielonefritis, obstrucción urinaria aguda.
- Disección de aneurisma aórtico.

Tomografía axial computarizada.

- Brinda un 95% de precisión. Útil en: Traumas penetrantes y no penetrantes, Enfermedad diverticular aguda y complicada, Enfermedades del bazo, Pankreatitis, Litiasis renal, Obstrucción intestinal.

Estudios de contraste.

- Enema opaco: para valorar obstrucción de colon.
- Contraste hidrosoluble oral: para valoración de perforaciones o fístulas.

Endoscopia digestiva.

- Localiza el sitio de sangrado en hemorragias altas y bajas.

Laparoscopia.

- Aclara el diagnóstico en el 86% de casos y evita practicar una laparotomía innecesaria en 57%.
- En abdomen agudo es diagnóstica y terapéutica.

CLASIFICACIÓN DE BOCKUS

Grupo A.

Padecimientos intraabdominales que requieren cirugía inmediata.

Grupo B.

Padecimiento que no requiere cirugía.

Grupos C.

Padecimiento extraabdominales que simulan abdomen agudo.

GRUPO A. PADECIMIENTOS INTRAABDOMINALES QUE **REQUIEREN CIRUGÍA INMEDIATA.**

- 1) **Apendicitis aguda complicada** (Absceso o perforación)
- 2) **Obstrucción intestinal con estrangulación**
- 3) **Perforación de víscera hueca** : Úlcera péptica perforada, perforación diverticular de colon, perforación de íleon terminal, perforación de ciego o sigmoides secundarios a tumor maligno.
- 4) **Colecistitis aguda complicada** (piocolecisto, enfisematosa en el diabético)
- 5) **Aneurisma disecante de aorta abdominal**
- 6) **Trombosis mesentérica**
- 7) **Ginecológicas** : quiste de ovario torcido, embarazo ectópico roto
- 8) **Torsión testicular**
- 9) **Pancreatitis aguda grave** (necroticohemorrágica)

GRUPO B. PADECIMIENTO ABDOMINALES QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA.

- 1) Enfermedad ácido péptica no complicada**
- 2) Padecimientos hepáticos :** hepatitis aguda, absceso hepático
- 3) Padecimientos intestinales** (gastroenteritis, ileítis terminal, intoxicación alimentaria)
- 4) Infección de vías urinarias, cólico nefro-ureteral**
- 5) Padecimientos ginecológicos :** enfermedad pélvica inflamatoria aguda, dolor por ovulación o dolor intermenstrual
- 6) Peritonitis primaria espontánea** (en cirróticos)
- 7) Hemorragia intramural del intestino grueso secundaria a anticoagulantes**
- 8) Causas poco frecuentes:** Porfiria, saturnismo, vasculitis, etc.

GRUPO C. PADECIMIENTO EXTRAABDOMINALES QUE SIMULAN ABDOMEN AGUDO

- 1) Infarto agudo del miocardio**
- 2) Pericarditis aguda**
- 3) Congestión pasiva del hígado**
- 4) Neumonía**
- 5) Cetoacidosis diabética**
- 6) Insuficiencia suprarrenal aguda**
- 7) Hematológicas:** anemia de células falciformes, púrpura de Henoch - Schonlein