

CIRUGÍA

Abdomen Agudo Quirúrgico no Traumático

*Dr. Virgilio Banegas A.**

No es nuestro propósito agotar el tema del Abdomen Agudo Quirúrgico, cuya etiología no incumbe a las esferas gineco-obstétricas ni traumáticas, por consiguiente, no revisaremos la **sintomatología** ni la sicología de este cuadro tan extenso y menos entrar a dilucidar su **diagnóstico** diferencial.

Centenares de artículos han sido escritos en lo que va del siglo, sin embargo, el VIII Congreso Médico Nacional ha considerado que aún algo se puede aprender, al encargarnos del presente Capítulo que **hemos** creído conveniente presentar bajo un aspecto estadístico**, que, **aunque solamente** abarca el período de dos años (1959-1960) nos puede mostrar una indicación de lo que vemos y hacemos en el Abdomen Agudo **Quirúrgico V** bajo ese punto de vista hemos tabulado los casos del Hospital General "San Felipe", que pertenece al Estado, y de dos instituciones particulares, los hospitales de "La Policlínica, S. A." y del "Centro Médico Hondureño".

No es fácil definir el Abdomen **Agudo** Quirúrgico. debemos considerarlo como sinónimo de operación **inmediata**, previo indudablemente a la corrección del estado general del paciente, **ayudado** de los exámenes complementarios y de las intervenciones. Con los médicos especializados que el caso requiera, lo definiremos pues, como toda perturbación orgánica del contenido abdominal de iniciación brusca, cuyo sintoma predominante es el dolor y que requiere tratamiento operatorio inmediato o inmediato, según el caso.

Existen pocas enfermedades en que el retardo de la intervención quirúrgica acarree consecuencias desastrosas. Cirugía de urgencia no equivale a tratamiento operatorio precipitado.

Consecuencia con lo expresado, no hemos incluido en el presente trabajo las pancreatitis agudas por no ser consideradas al presente como emergencia quirúrgica abdominal.

Las situaciones capaces, de determinar el abdomen agudo quirúrgico pueden englobarse en 5 grandes **grupos**: 1. Inflamatorio. 2. Perforativo. 3. Oclusivo. 4. Hemorrágico y 5. Vascular.

Nuestras consideraciones versarán sobre 220 casos repartidos proporcionalmente en 4 enfermedades: a) Apendicitis agudas; b) Obstrucciones Intestinales; c) Colecistitis Agudas y d) Perforaciones gastrointestinales, distribuidos en la siguiente forma:

* Catedrático Titular de Ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Cirujano del «Centro Médico Hondureño». Agradecimiento al Dr. Ramiro Coello y al Br. Clemente Mendou por su colaboración.

CUADRO N° 1

	H.G.*	H.P.**	Total	Porcentaje
Apendicitis Agudas	75	85	160	73 %
Obstrucciones Intestinales	30	8	38	17.3%
Colecistitis Agudas	6	6	12	5.4%
Perforaciones Gastrointestinales	7	2	9	4.1%
S U M A	118	101	219	99.8%

El caso que falta es un Hemoperitoneo causado por ruptura dentro de la cavidad abdominal de un riñon **hidronefrótico**.

No entraron en la presente estadística los casos de errores diagnósticos que fueron llevados a laparotomías de urgencia, entre los cuales encontramos: Absceso hepático, absceso perinefrítico, cólico nefrítico, cólico hepático, apéndices normales comprobados por Anatomía Patológica, jalpingitis agudas, adenitis mesentéricas acudas, cáncer de ciego, rotura de foliculo de Graff y aborto incompleto. Igualmente no se incluyeron los casos en que se consideró el diagnóstico como apenaicitis sub-aguda y los que teniendo el diagnóstico de aguda el estudio del protocolo respectivo no lo comprobó.

Revisando la literatura mundial, coincidimos en que la apendicitis aguda ocupa el primer lugar en la causa más frecuente de fies emergencias quirúrgicas, las demás enfermedades mostraron algunas diferencias.

Salvando lo notorio de la discrepancia numérica, hacemos una comparación de la estadística presentada por Binks (1) de Australia, en 1958. en que hace referencia a las causas del abdomen agudo quirúrgico en un número de 1.320 casos=:

CUADRO N° 2

	Autor	Binki
Apendicitis Agudas	73	69.6
Obstrucciones Intestinales	17.3	10.8
Colecistitis Agudas	5.4	1.3
Perforaciones gastrointestinales	4.1	11.6
Trombosis mesenlérica	0	1

El restante 6% de Binks está distribuido en las siguientes causas: peritonitis tuberculosa aguda, peritonitis primaria, diverticulitis de Meckel, hemorragia intraperitoneal idiopática y otras.

Haremos un análisis de las 4 enfermedades más frecuentes:

Apenciaitis Anuda.- El 68% de los casos correspondió a la edad comprendida entre los 10 y los 30 años, el más viejo fue de 88 y el más joven de 5. El sexo se mostró prácticamente indiferente aunque en los 160 casos 73 fueron varones y 87 mujeres. La temperatura estuvo en relación con el tiempo de evolución de la enfermedad y en 26 casos fue normal, en el 77% se elevó a más de 37 grados centígrados y solamente en tres casos llegó a 40», justamente en los pacientes más jóvenes. La elevación del pulso correspondió a la temperatura respectiva, sin embargo, en el 60% de los que presentaron temperaturas normales el pulso estaba sobre las 80 pulsaciones p. m. La mayor taquicardia reportada fue de 130. La leucocitosis aumentó con el período de evolución y en los protocolos investigados encontramos que el 90% tenía un recuento de glóbulos mayor de 10.000, siendo el menor de 5.750 y el mayor de 28.350. En el 88 de los casos la neutrofilia fue mayor de 70%, el más alto de 97% de neutrófilos y el menor de 45% en un niño de 8 años.

En el 50% de los casos fue informada la presencia de glóbulos rojos en el examen de orina, con expresión de positivo, pocos, escasos o abundantes. El 22.5% necesitaron estudios radiológicos para el diagnóstico. Solamente el 26% de los apéndices extraídos fueron enviados para su estudio al Departamento de Anatomía Patológica. Un caso se trató de un muñón apendicular residual. El 5.7% de las mujeres con apenciaitis estaban en estado de embarazo. No se registró mortalidad.