

## CAPITULO II

# Abdomen agudo

### CONSIDERACIONES GENERALES

Los problemas diagnósticos y terapéuticos del vientre agudo ocupan en la práctica médica un lugar de máxima importancia.

Las posibilidades diagnósticas han sido consideradas siempre como muy relativas y esta opinión ha quedado consagrada en la frase clásica: el vientre agudo es una caja de sorpresas.

Debe convenirse que si esta frase ha representado la realidad en muchos casos, ella ha servido en muchísimos más para encubrir una ignorancia o para ahorrarse el trabajo de hacer un diagnóstico.

Hay errores, pero sobre su naturaleza e importancia es necesario entenderse.

El episodio agudo que ha motivado la intervención es habitualmente la complicación de una enfermedad existente con anterioridad. Se puede a veces reconocerla a través del relato del enfermo, otras simplemente sospecharla, pero muchas veces nada indicará su existencia.

Si para hablar de diagnóstico exacto se necesita individualizarla, es indudable que el diagnóstico de urgencia es frecuentemente incompleto si se ha omitido una opinión al respecto, o erróneo, si se han hecho afirmaciones en ese sentido.

Todo lo que es exigible en abdomen agudo es el reconocimiento exacto de la complicación de urgencia; si además se pueden hacer afirmaciones o aventurar hipótesis sobre la afección de base tanto mejor, pero los errores sobre esto último, deben ser considerados errores de segunda categoría, a separar netamente de los relativos a la apreciación de la situación de urgencia.

Se tiene sin embargo la costumbre de indicar el diagnóstico señalando en primer término lo que debería ser lo último, es decir la afección de base.

Se dice úlcera duodenal perforada, apendicitis aguda, ruptura de embarazo ectópico.

Lógicamente, desde el punto de vista de la cirugía de urgencia debería decirse, peritonitis generalizada por perforación de úlcera duodenal, peritonitis de la fosa ilíaca derecha de origen apendicular, hemorragia interna por ruptura de embarazo ectópico. Esto cuando es posible hacer afirmaciones sobre el último término, ya que a menudo ello sólo será agregado en forma dubitativa.

No será considerado entonces como error de diagnóstico abrir una fosa ilíaca y encontrar como origen de la peritonitis local,

-esta si afirmada- una tiflitis en lugar de la apendicitis aguda sospechada.

Son pues a nuestro modo de ver los errores respecto al episodio agudo en sí, a su naturaleza, los que deben merecer gran atención.

Es necesario a este respecto ser **exigente**.

No comprendemos bien a quienes consideran que en cirugía de urgencia es más importante llegar a una hipótesis de trabajo que a un diagnóstico. La hipótesis de trabajo -intervención exploradora o abstención- solo debe ser admitida cuando no es posible nada mejor.

La cirugía de urgencia se encuentra aún en una etapa clínica. Lo que no es resuelto por el examen extemporáneo del enfermo se deja para el acto operatorio.

Confundiendo todos los casos en uno, se hace mismo de la rapidez de la intervención, el hecho esencial, criticando todo examen complementario, en base al retardo operatorio por una parte, a la incomodidad o perjuicio hecho a un enfermo dolorido y disminuido en sus resistencias por otra.

Se es sin embargo tolerante para las laparotomías en blanco, para los abordajes inadecuados, para las rectificaciones de conducta una vez iniciada la operación.

Puede decirse que salvo casos que están perfectamente definidos y en general fáciles de etiquetar, el enfermo de vientre agudo puede ser sometido a los exámenes necesarios para confirmar un diagnóstico, para aclarar una duda.

Esos exámenes no son muchos: uno que otro examen de laboratorio y sobre todo un examen radiológico.

Este último ha demostrado ya en algunos sectores -oclusión intestinal- todo lo que puede dar. En otros, peritonitis, pancreatitis, etc., sus datos, son también de gran importancia y su estudio se encuentra actualmente en plena evolución.

Se llega así frecuentemente ya **sea** por la clínica sola, ya sea por ella completada por los exámenes de laboratorio o de rayos **X** a un **diagnóstico positivo**.

Es la condición ideal para iniciar una terapéutica.

Pero a este respecto las necesidades son diferentes dado que si para intervenir alcanza con ese diagnóstico, para imponer la abstención es necesario muchas veces que el sea un diagnóstico de seguridad. De allí que la operación es en general la solución cómoda, mientras que la abstención deja tras sí una preocupación. Ella obliga a seguir al enfermo a plazos cortos de 2, 3 horas, a una apreciación minuciosa de la evolución. En resumen ella representa un mayor trabajo y requiere más práctica de quien la instituye.

No siempre es posible un diagnóstico positivo y es necesario proceder al **diagnóstico diferencial**.

De estos diagnósticos diferenciales **la** práctica ha hecho una clasificación empírica.

Aqueilos referentes a afecciones que requieren un tratamiento quirúrgico son considerados de poca importancia dado que el error es corregido en el acto operatorio, en principio necesario o conveniente.

En cambio, los referentes a afecciones llamadas médicas son consideradas de máxima importancia.

Tan es así que en algunos tratados figura como primera etapa de todo diagnóstico de vientre agudo, la de descartar dichas afecciones médicas.

El conocimiento de estas afecciones es pues esencial y previo al estudio del vientre agudo.

Las afecciones torácicas agudas pleuropulmonares o cardio-aórticas, el cólico hepático, nefrítico, saturnino, las crisis gástricas del tabes, la colitis, la fiebre tifoidea, el púrpura, el reumatismo, deben pues ser ampliamente conocidos si no se quieren cometer lamentables errores de diagnóstico.

El panorama médico se amplía todavía más y aunque hay una gran exageración en la manera como se presentan y en la importancia que se les acuerda, deben citarse algunos episodios abdominales que se supone sean de origen endócrino, suprarenal, paratiroideo, hipofisiario.

El reconocimiento de una afección médica extraabdominal como causante de un supuesto cuadro abdominal es en general definitivo en la exacta apreciación del cuadro.

No es lo mismo cuando se ha individualizado una afección médica de asiento abdominal.

Es así que en afecciones originadas en vísceras abdominales es posible distinguir tres tipos de episodios agudos.

- 1º) el cólico en las vísceras huecas o la distensión visceral en las vísceras llenas.
- 2º) la inflamación visceral.
- 3º) la peritonitis.

Las tres pueden ser etapas sucesivas de un mismo proceso, lo interesante es que no sólo existen todos los términos de pasaje entre uno y otro, sino que es posible confundir entre si los términos extremos. Veremos precisamente esto a propósito de las lesiones vesiculares.

Las dificultades del diagnóstico varían mucho con el tiempo transcurrido. En general: el diagnóstico es fácil en las primeras 24 horas. Muchos casos son precisamente claros en su iniciación, la perforación ulcerosa, la oclusión intestinal, la apendicitis.

Las dudas que pueden haber en el comienzo no son siempre aclaradas en la evolución.

Más aún: quizás nada sea más difícil en el vientre agudo que los casos llegados al 3º, 4º día.

Las complicaciones peritoneales de los procesos oclusivos, las complicaciones oclusivas de los procesos peritoneales, la retrocesión o enquistamiento de un foco inicial, el desarrollo de focos alejados que pueden pasar al primer plano, dificultan a veces considerablemente el problema.

En estos casos la clínica puede ser impotente para solucionar el caso.

Nosotros veremos que el examen radiológico puede dar indicación, datos localizadores, de entera necesidad.

La indicación operatoria surgida del diagnóstico debe tener también en cuenta la gravedad del caso.

La cirugía de urgencia puede hacerse en toda su amplitud en los casos leves y de mediana gravedad.

En cambio los casos extremadamente graves, con estado general deficiente, con colapso, obligan a obrar con prudencia.

Cuando el colapso es por hemorragia, la línea de conducta es definida, sólo la intervención puede evitar la muerte.

Pero cuando es por peritonitis, por oclusión, por pancreatitis, el problema es diferente.

Es necesario calcular en ellos que es lo que pueden soportar; la intervención lógica adecuada a la lesión, es a menudo mortal.

El pancreático en colapso, el ocluido del 5º o 6º día, el peritoneal del 4º día son malos enfermos quirúrgicos. Sólo soportan en general las intervenciones cortas, sencillas, de fin concreto, definido, drenaje de una vesícula necrótica, cecostomía o yeyunos-tomía, abertura de absceso. Todo tiempo exploratorio es en ellos de suma gravedad. Las exeresis en general mortales.

Lo difícil es que el criterio para juzgar de la capacidad de resistencia es puramente clínico y que cabe el error.

Pero, después de años de experiencia se aprende a cargar con la enorme responsabilidad de no operar, completamente convencidos de que para hacerlo, sólo es posible en las condiciones señaladas anteriormente (actos de drenaje, anestesia local, incisión directa).

A falta de ellas se instituye un tratamiento médico y se tiene la sorpresa más de una vez, de ver una restauración total o suficiente para la institución del tratamiento adecuado.

Es dentro de esta manera de pensar que se ha desarrollado el criterio abstencionista en la pancreatitis aguda en Alemania y la operación aplazada en el tratamiento de la peritonitis apendicular del 3º o 4º día en Norte América e Inglaterra.