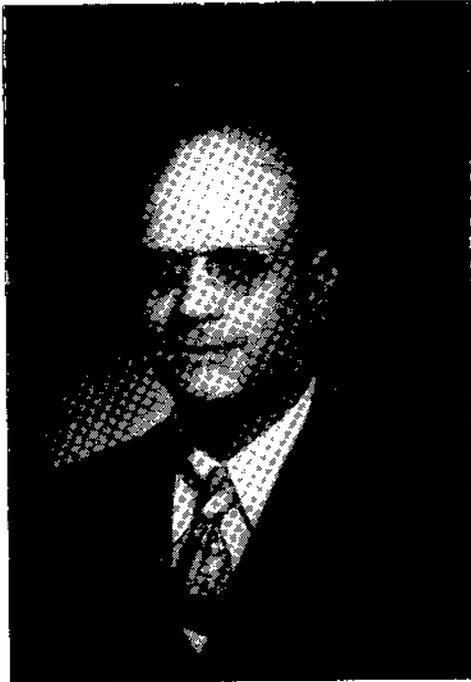


NUEVO ACADEMICO



Dr. Ramón Flores López

Académico de número en la Sección
de Gastroenterología

Datos Biográficos del
DR. RAMON FLORES LOPEZ

Nació en México, D. F., el 2 de enero de 1904, siendo hijo del señor Don Francisco Flores Arriaga y de la señora Doña Concepción López del Vallado de Flores.

Hizo sus estudios preparatorios en el Instituto Científico y Literario del Estado de México y los Profesionales en la Facultad Nacional de Medicina, donde sustentó examen en junio de 1928.

Ha sido sucesivamente: Jefe de Practicantes, Médico Adjunto, Médico Interno y Médico Adjunto por oposición del Servicio de Gastroenterología en el Hospital General.

Ha desempeñado, sucesivamente desde 1930, los cargos docentes de: Ayudante Adjunto de Clínica Propedéutica y de Primer Curso de Clínica Médica; Ayudante de Clínica Médica, Profesor de Patología Médica y Profesor de Clinopatología Médica (Aparato Digestivo) y Coordinador del Curso de Gastroenterología para graduados en el Hospital General.

Es miembro de la Asociación de Gastroenterología (fundador); de la Sociedad de Estudios Anatómicos y de Técnica Operatoria, de la Sociedad de Medicina y Cirugía México-Italiana y de la Sociedad Médica del Hospital General. Ha escrito numerosos artículos sobre temas de Gastroenterología.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO*

por el Dr. RAMON FLORES LOPEZ
académico de número

El diagnóstico diferencial de "Abdomen Agudo", seguramente es de los más apasionantes, pues con él se llega al conocimiento de la causa exacta que lo provoca; de ahí que tanto el médico general como el Cirujano deban esforzarse por establecerlo. Tanto uno como el otro, deben estar alertas de todas las posibilidades.

Con mucha frecuencia debe tomarse una decisión inmediata teniendo por base un diagnóstico precipitado, que en algunas ocasiones puede ser acertado pero la mayoría de las veces es poco seguro y defectuoso.

No podemos fiar del diagnóstico por primera impresión. Llegar pronto al diagnóstico es indispensable en estos padecimientos de urgencia quirúrgica, por lo que el cirujano debe habituarse a practicar rutinariamente un examen que siga un plan definido que tendrá ligeras variantes en algunos casos pero que le ahorra tiempo y le permite ser completo.

Es necesario además de los preceptos habituales en este plan, tener en la mente las recomendaciones de H. W. Meyer(1) que dice: 1º)—a) Es más importante practicar el tacto rectal que tomar la temperatura del enfermo; b) es más importante palpar el peritoneo pélvico, que tomar el pulso; c) el examen de la orina es tan importante como investigar si el enfermo ha expulsado gases y heces fecales; d) a la palpa-

* Trabajo de ingreso como académico de número, Sección de Gastroenterología. Leído en la sesión del 22 de noviembre de 1950.

ción del abdomen puede encontrarse rigidez muscular, pero la exploración del tórax puede revelar datos de pleuresía o neumonía.

Es indiscutible que en el diagnóstico del abdomen agudo, lo más interesante es el reconocimiento de la afección que le ha dado origen, lo más pronto posible, antes que aparezcan síntomas claros de infección peritoneal más o menos avanzada que la hacen irreversible y que desgraciadamente es su terminación fatal en un lapso más bien corto.

Siendo el "Abdomen agudo" el término que se usa corrientemente para designar cualquier afección que se produzca dentro del vientre y que requiere operación inmediata, se comprende que el médico necesita profundizar en el conocimiento del mismo y tener siempre presentes los síntomas habituales de cada uno de los padecimientos abdominales agudos, así como sus variaciones y modalidades sintomáticas.

Teniendo en cuenta esto, no será posible en este trabajo hacer un estudio completo de las diferentes enfermedades que acarrea el llamado "Abdomen agudo" pero nos esforzaremos en mencionar las principales, haciendo hincapié en los padecimientos más frecuentes de los que tengamos alguna experiencia, refiriéndonos exclusivamente a los relacionados con la Gastroenterología.

Sin detenernos en presentar la pauta de la exploración de un enfermo con vientre agudo, que por otra parte se encuentra descrito de manera perfecta en el libro de Z. Cope(2), dividiremos para su estudio el "abdomen agudo" en: 1.—OBSTRUCTIVO, 2.—VASCULAR, 3.—PERFORATIVO, 4.—HEMORRAGICO, 5.—INFECCIOSO y 6.—DIVERSOS.

1) OBSTRUCTIVO (Wangesteen modificada) (3)	Mecánico	Simple	{ Estenosis de la pared Obturación (cálculos) Compresión extrínseca, etc.
		Con estrangulación	{ Hernias externas e internas Vólvulo intestinal Invaginación Anomalías del desarrollo
	Nervioso	{ Ileo por inhibición (paralítico o adinámico) Ileo espástico-dinámico	

2) VASCULAR

Trombosis y embolia de los vasos mesentéricos

3) PERFORATIVO

Estómago-duodeno	{	Úlcera gastro-duodenal Cáncer gástrico
Intestino delgado	{	Fiebre tifoidea Heítis regionales Tuberculosis Divertículo de Meckel
Apéndice	{	Cuerpos extraños (coprolitos) Gangrena (Trombosis vascular. Infección)
Colon	{	Colitis ulcerosa Amibiasis Disenteria bacilar Diverticulosis Tumores malignos
Vesícula biliar	{	Litiasis Empiema Colecistitis aguda infecciosa Gangrena (Trombosis vascular Infección).

4) HEMORRAGICO

{	Ruptura de víscera maciza. (Hígado, bazo y riñón)
{	Embarazo, ectópico
{	Hemoperitoneo espontáneo, etc.

5) INFECCIOSO

{	Apendicitis aguda no perforada
{	Salpingitis aguda, etc.
{	Primitiva (Septicemias)
{	Peritonitis { Secundaria (A cualquiera de los padecimientos mencionados comprendiendo el Absceso subfrénico)

6) POR CAUSAS DIVERSAS

{	Pancreatitis aguda
{	Torsión de tumores pediculados
{	Vólvulos de estómago y vesícula biliar
{	Dilatación aguda del estómago

1.—ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO. El abdomen agudo obstructivo, tal vez es la variedad más frecuentemente encontrada en la clínica habitual después de la apendicitis y se refiere especialmente a la oclusión intestinal o "ileo". En estos casos, el éxito del tratamiento depende, más que en ningún otro tipo de abdomen agudo, del diagnóstico de la causa; siendo éstas muy variadas y diferentes las alteraciones anatómo-patológicas que determinan, es indispensable contar con un criterio útil, que permita establecer en un momento dado, el diagnóstico de la variedad de ileo. Tratando de expresar este criterio, hemos adoptado la clasificación de Wangnestein modificada por nosotros y Luna Olivares, ya que está hecha sobre bases clínicas y anatómo-patológicas, a la vez que establece la indicación terapéutica. Parte de esta clasificación ha sido tomada para hacer el cuadro anterior.

Es de extremada utilidad para llegar al diagnóstico de la variedad de ileo el conocimiento de los antecedentes patológicos del enfermo; por ejemplo, al síndrome obstructivo puede preceder una crisis vesicular violenta y prolongada, manifestación del establecimiento de una fístula colecisto-intestinal, con paso de cálculos al interior del intestino y aparición, posteriormente, del paroxismo obstructivo. Lo mismo podríamos decir del antecedente de una tuberculosis intestinal en cualquiera de sus formas, o de una neoplasia uterina, renal o hepática con sus síndromes evolutivos propios. Las intervenciones anteriores pueden hacer pensar en bridas peritoneales o adherencias viscerales. Las heridas punzo-cortantes doble penetrantes y las contusiones profundas del tórax o abdomen, intervienen en la producción de hernias diafragmáticas, como hemos tenido oportunidad de observar algunos casos del Servicio de Gastroenterología del Hospital General. Son también importantes los antecedentes de parasitosis en la determinación de un ileo mecánico obstructivo, etc., etc.

Debe también tomarse en consideración, la edad y sexo del paciente; la invaginación se presenta sobre todo en los niños del sexo masculino y el vólvulo de la sigmoidea se presenta casi exclusivamente en personas de edad avanzada.

Como ya hemos dicho en un trabajo anterior, hay que tratar de llegar a diagnóstico lo más preciso posible, haciendo un interrogatorio minucioso y hábil, así como una exploración física correcta, en la cual

son indispensables los tactos rectal y vaginal, la revisión de las regiones que pueden presentar hernias externas, la auscultación del abdomen y en un buen número de casos la punción peritoneal.

El estudio radiológico inmediato debe comprender según los casos fluoroscopia, radiografías simples en diversas posiciones y cuando está indicado, la introducción de un enema de bario bajo control radioscópico en algunas afecciones del colon, o por medio de una sonda de Miller Abbott en las estenosis del delgado, lo que permite retirar el medio de contraste inmediatamente después que se haya terminado el estudio; esto habrá de ser completado con nuevas radiografías. En algunos casos puede ser indispensable un estudio radiológico de tórax, pelvis o columna vertebral.

Los exámenes de laboratorio más útiles son el hematocrito, la citología hemática; dosificación de urea, cloruros, glucosa y diastasa circulante en la sangre y un examen de orina.

Es indudable que el diagnóstico más importante es el del tipo de obstrucción, cuyas variedades podemos reducir a tres formas "ileo simple", "ileo con estrangulación" e "ileo por inhibición"; es claro que la conducta terapéutica a seguir en cada caso es diferente.

En el ileo simple se encuentran varios antecedentes patológicos particularmente si traduce el desenlace de una estenosis crónica con previo Síndrome de König; la enteralgia suele ser de poca intensidad, de tipo cólico intermitente en toda su evolución; los vómitos escasos aislados y tardíos; el colapso es inicialmente poco intenso e inclusive puede faltar; la supresión de gases y heces no reviste caracteres especiales; la auscultación permite percibir ruidos brillantes, pero no con aquella consonancia metálica tan destacada en las estrangulaciones. En estas últimas hay que considerar la estrangulación por invaginación en la que el dolor es agudísimo e intermitente, a veces localizado; los vómitos carecen de caracteres particulares y el colapso es tardío, existiendo desde los primeros momentos una gran agitación. La supresión de heces y gases no existe habitualmente, estando sustituida por diarreas sanguinolentas o un síndrome disenteriforme a las que pueden acompañar fragmentos de intestino esfacelado o el sector entero invaginado. En muchos casos existe tumor palpable que puede cambiar de lugar, desaparecer y reaparecer, por la progresión de la asa invaginada o por desinvaginación espontánea.

En la estrangulación por vólvulo el dolor es el más violento de cuantos acompañan al abdomen agudo obstructivo y presenta a veces los dos tipos de dolor, fijo e intermitente. Los vómitos son abundantísimos, muy tenaces y de aparición inmediata. El colapso intenso y precoz.

La auscultación permite oír ruidos de retintín metálico y cardioarteriales; a la palpación se pueden notar peristaltismo y asas ditaladas.

En la mayoría de las estrangulaciones por vólvulo existe ascitis de rápida producción que corresponde al derrame peritoneal serohemático de Nothnagel y Delbet.

En la estrangulación por bridas los síntomas son semejantes sin llegar a adquirir la intensidad que presentan en la estrangulación por vólvulo.

Queda por último el ileo paralítico o por inhibición en el que el dolor es unas veces violentísimo y otras es el propio del cólico o torsión visceral o tumoración que lo engendra. En las contusiones abdominales el propio de la violencia física que lo motivó. En el ileo por inhibición post-operatorio no hay dolor sino más bien una sensación difusa de opresión. Los vómitos no tienen caracteres especiales. La percusión da sonido timpánico generalizado y la auscultación un silencio absoluto.

Indudablemente que en el enfermo la sintomatología no es tan esquemática pues depende no sólo de la manera propia de reaccionar de cada sujeto, de la resistencia física al dolor y también puede variar porque en ocasiones los ileos se suceden de una forma a otra, como hemos tenido oportunidad de observar en una paciente operada con el Dr. Velasco Arce que después de un violentísimo cólico hepático presentó un ileo biliar que a las pocas horas tomaba las características de ileo por infección peritoneal consecutiva a perforación de un víscera hueca.

A la intervención se encontraron grandes cálculos facetados detentados aproximadamente de 60 cms. del ángulo duodeno-yeyunal cuyas delgadas aristas habían necrosado y perforado en dos sitios la pared intestinal, con franca infección peritoneal a su alrededor.

Hay no obstante ocasiones en que a pesar de un estudio minucioso del enfermo es imposible llegar al diagnóstico de causa y sólo es da-

ble plantear la operación inmediata, haciéndose el diagnóstico a la laparotomía. Para ilustrar lo dicho presentaremos algunos casos observados:

ABDOMEN AGUDO POR ILEO MECANICO SIMPLE CONSECUTIVO A UN ABSCESO APENDICULAR

Historia clínica N° 1.-50/2082 de la enferma O. G. F., de 15 años de edad. Ingresa al Servicio de Gastroenterología del Hospital General el 13-II-50, con el diagnóstico de oclusión intestinal, habiendo principiado su padecimiento 8 días antes con dolor epigástrico intenso, tipo cólico intermitente que se acentuó más los días siguientes. Vómitos de bilis abundantes y frecuentes; imposibilidad de arrojar heces y gases excepto un día que le administraron un purgante, el cual provocó diarrea profusa, distensión abdominal, hipotermia y estado general muy afectado. A su ingreso tenía 130 pulsaciones por minuto; tensión arterial muy baja y a la exploración del abdomen datos de íleo mecánico de intestino delgado. Había matidez declive en flancos. la radiografía simple enseñó datos claros de íleo mecánico del delgado. El estado de la enferma hacía imposible la intervención antes de mejorar la deshidratación, pérdida de electrolitos y la hipovolemia que debía ser muy grande ya que había anuria de casi 48 horas al ingresar y la lengua y piel estaban muy secas.

Había 47 mlgrs. de urea en sangre después de haber inyectado líquidos. Se le preparó con varias transfusiones, fundamentalmente líquidos, habiéndose llegado a inyectar 17 litros de suero fisiológico-glucosado, antes de la intervención. Se le hizo aspiración de estómago con sonda de Levin por no disponer de momento del tubo de Miller-Abbott, recogiéndose varios litros de contenido gástrico y porción alta del intestino delgado. Cuando estuvo en condiciones de operabilidad se procedió a la intervención el 16-II-1950 con el diagnóstico presuncional de íleo mecánico por apendicitis aguda (pues había tenido varias crisis anteriores), o por tuberculosis peritoneal. A la intervención se encontró apendicitis aguda con pequeño absceso en su porción distal que comprimía mecánicamente la última asa del ileon y la adhería sobre sí misma acodándola en U con adherencias íntimas entre las dos porciones del asa, provocando un íleo mecánico indudable. No había peritonitis. Se practicó apendicectomía y sección de adhe-

rencias, Cirujano: Dr. R. Flores López, ayudantes: Dr. A. Luna Olivares y Pte. Penélope Gámez Valdez, anestesia Ciclo-Eter-Oxígeno: Dr. G. Varela. En el post-operatorio continuó la distensión, que cedió lentamente con aspiración, enema de Harris y Prostigmina. A los dos días de operada presentó arritmia extrasistólica con taquicardia y debilidad general. Por tantos días sin alimento, la diarrea profusa y los vómitos de bilis tan copiosos, pensó el Dr. Luna que podía ser debido a la falta de potasio(4), ordenándosele suero de Hartmann y Quinidina. Desaparecieron al día siguiente las extrasistes.

Con sobrealimentación se mejoró lentamente y fué dada de alta el 8-III-50, considerándosele curada.

Abdomen agudo por íleo mecánico estrangulado. Hernia interna transmesentérica, con vólvulo complejo del delgado.

Caso N° 2.—Enfermo M. Q., de 50 años, sexo maculino. Casado. Ingresa al Servicio de Gastroenterología con el diagnóstico de cáncer del colon el 8 de febrero de 1950. Sin antecedentes de interés. Refiere que ha venido padeciendo dolores abdominales desde hace tiempo, sin caracteres particulares. En los días que siguen a su ingreso los dolores se acentúan haciéndose de tipo cólico intermitente y la tarde del 11 de febrero, se agudiza aún más y el dolor se hace continuo. Los vómitos son abundantes y hay imposibilidad de arrojar gases y heces por el ano.

Al pasar visita al día siguiente se encuentra en estado de colapso acentuado, sin pulso ni presión arterial e hipotermia. Vientre algo elevado, con peristaltismo visible, la palpación es dolorosa, hay oscuridad en los flancos y a la auscultación ruidos hidroaereos. El tacto rectal normal. Se piensa en íleo mecánico estrangulado pero para ponerlo en condiciones de operabilidad se ordenan venoclisis y transfusiones con lo que mejora un poco y se logra practicar radiografía simple de abdomen que mostró asas dilatadas del delgado con niveles y colon con enema bajo control radioscópico que sólo enseña compresión extrínseca de la sigmoides.

La biometría hemática con anemia hipocrómica secundaria. Examen de orina normal. Parasitoscopia fecal sin parásitos.

Con estado general todavía malo se operó a las 18 horas. Cirujano: Dr. Ramón Flores López. Ayudantes: Dr. A. Luna Olivares y

practicante Penélope Gámez. Anestesia: Ciclopropano-Eter, Dr. Jiménez Trava.

Al abrir el vientre por laparotomía paramediana derecha supra e infra umbilical se encontraron numerosas asas de intestino delgado moderadamente distendidas, algunas de color violáceo, otras de color hoja seca y negruzcas algunas más. Al intentar reconocer la causa de la oclusión se encontró vólvulo muy complejo de toda la masa del delgado, que había girado 540 grados en sentido contrario a las manecillas del reloj. Una vez destorcido el vólvulo se vió un ojal en el mesenterio como a 25 cms. de la válvula ileocecal, de forma oval con bordes romos y peritonizados de 12 cms. en su mayor diámetro y 8 cms. en el menor, por donde habían entrado algunas asas del ileon terminal girando paralelamente al eje del intestino, estrangulándose más tarde. Al final del yeyuno dilataciones diverticulares sobre el borde mesentérico como de seis centímetros la mayor y de tres centímetros la menor. Aproximadamente 500 c.c. de líquido peritoneal sanguinolento y fétido. Apéndice e intestino grueso de apariencia normal.

No se practicó resección por la gran extensión de la gangrena y el mal estado del enfermo. Se destorcó el vólvulo, se redujo la hernia del ileon en el ojal mesentérico y se cerró éste con puntos separados del catgut atraumático O. Sutura de la pared con puntos totales. El paciente en muy mal estado, sin presión arterial, pulso de 140 en la carótida, murió ocho horas después. Se operó con el afán desesperado de salvar su vida, bien enterados de la gravedad del caso, no habiéndose podido operar antes por causas ajenas a nuestra voluntad.

Es de interés mencionar este caso por la rareza de la hernia transmesentérica, que siempre reviste caracteres especiales de gravedad y se acompaña siempre de vólvulo, que es el que hace sombrío el pronóstico

Hausmann y Morton, en 467 casos de hernia interna la encontraron en el 11%; 14 veces en el mesenterio ileocecal y 38 a niveles más altos. Generalmente no tiene saco y siguen denominándose hernias para evitar confusiones. Cutler y Scott(5), estudiaron 50 casos de los cuales 29 fueron del sexo masculino y 21 del femenino; el paciente más joven de 4 días de nacido y el más anciano de 73 años. De los 50 casos en 35 el ojal estaba en la unión ileocecal, 6 en la mitad del ileon,

2 en el meso-yeyunal, 1 en el mesosigmoide, 1 con fenestraciones múltiples a todo lo largo del mesenterio y en 5 casos no se reportó el sitio. El tamaño más frecuentemente encontrado era de 2 a 3 centímetros y el menos frecuente de 10 a 15 cms.

Las causas que provocan los ojales mesentéricos se han atribuido a lesiones traumáticas, a procesos inflamatorios y a defectos del desarrollo del mesenterio en una área avascular, entre la arteria ileocólica y la última ileal en un sitio pobremente constituido, sin linfáticos, grasa ni vasos. Creemos que en el presente caso, dada la localización, el aspecto liso y peritonizado de los bordes junto con la presencia de las dos formaciones diverticulares encontradas, hace pensar en un defecto del desarrollo del mesenterio. Es de notar también el gran tamaño del ojal.

ILEO MECANICO POR INVAGINACION INTESTINAL

Caso Nº 3.—Enferma A. C.—De la consulta particular. Soltera de 44 años, de uno cincuenta y cinco metros de estatura, 51,700 grs. de peso.

No fuma ni toma, hermanos sanos.

Amigdalitis, paludismo. Apendicectomizada hace 20 años y operada de glaucoma del ojo izquierdo hace 4. Desde hace 2 años (está enferma con un síndrome disenteriforme y dolores por gas) síndromes disenteriformes de 3 ó 4 días que se repetían con frecuencia atribuidos a la ingestión de leche y picantes. Tratada como amibiana. Desde hace 6 meses, dolores en epigastrio, a veces en mesogastrio y flanco derecho, con irradiación a hipocondrios y dorso, breves, intermitentes algunas veces duraban horas, se acompañaban de tumoración palpable en el flanco derecho, zurridos, eructos y aereocolia. Mejoraba arrojando gases o evacuando su intestino. Operada por otro cirujano encontró adherencias y al decir de la enferma "carnosidad" en transverso.

Bien, veinte días. Después crisis suboclusiva de 2 días, con evacuación esponjosa durante ella. Desde entonces se han repetido las mismas crisis, frecuentes, atribuidas a los alimentos, de unas horas de duración, con 4-5 evacuaciones de moco y sangre. Antiamibianos y sulfasuxidina sin mejoría. Anorexia. Eructos simples. Náuseas, dos

evacuaciones al día. Amenorrea de 4 meses. Antes reglas irregulares y flujo amarillo. Acentuada baja de peso sin control. Palidez de la cara y conjuntivas. Cloasma. Anisocoria por miosis izquierda. Encías con secreción purulenta. Dientes en buen estado. Tensión arterial 150 por 80. Pulso 112. Vientre moderadamente globuloso con cicatriz mediana reciente.

Tumoración en hipocondrio, con apariencia de pertenecer a colon. Las radiografías de colon, anteriores a la primera intervención ya mostraban imagen sugestiva de invaginación íleo-cólica. Un estudio de colon por enema del 4-VII-46 no dió signos radiológicos concluyentes debido a la gran presión con que se puso el enema, a pesar de haberse hecho clínicamente el diagnóstico de invaginación intestinal. En otras radiografías por ingestión practicadas el 29-VIII-46 se encontró una imagen muy sugestiva de invaginación, semejante a la obtenida antes de la primera operación.

Operada el 6-IX-46. Cirujanos: Dres. A. Ayala González, R. Flores López y L. Raschbaum. Raquía Lemmon. Laparatomía paramediana derecha supraumbilical. Sección de adherencias que provocaban estenosis del delgado. Tumor del ciego cuyo estudio histológico reveló lipoma de apariencia benigna. Hemicolecotomía en un tiempo. En el post-operatorio se presentó al 8º día insuficiencia cardíaca aguda que cedió lentamente con el tratamiento habitual, encontrándose a la fecha de presentación de este trabajo en buenas condiciones de salud(6).

En el diagnóstico del abdomen agudo oclusivo es menester sospechar precozmente el íleo por el dolor pertinaz que se presenta en forma de crisis intermitentes y que va aumentando progresivamente; los vómitos que aparecen en un individuo en plena salud deben hacer pensar en un íleo, antes que las cosas se precipiten y aparezcan los síntomas completos que por sí mismos hacen el diagnóstico. La tendencia a quitar el dolor, priva al médico de un valioso elemento diagnóstico y sobre todo de interpretarlo como expresión de procesos peritoneales; si la fosa ilíaca derecha es dolorosa, se tiende a pensar en apendicitis haciendo un diagnóstico fácil sin detenerse a practicar un buen examen semiológico que evitaría el error. La enterocolitis aguda se confunde con un íleo al principio, y hemos visto confundir una pancreatitis aguda con dolor intenso en el epigastrio, vómitos pertina-

ces y estado de choque con una oclusión intestinal, sobre todo si al proceso pancreático se asocia el íleo por inhibición, tomándose entonces éste como un íleo mecánico, por el desconocimiento de la causa que lo provocó y que una prueba de Somogyi ordenada en el momento de la crisis dolorosa hubiera podido revelar, como tendremos oportunidad de ver a propósito de las pancreatitis agudas.

En cuanto al diagnóstico del sitio de la oclusión es del mayor interés, para lo cual ayuda el interrogatorio, la exploración física y el estudio radiológico.

Todavía más interesante por lo que a la oportunidad operatoria se refiere, es el diagnóstico diferencial entre el íleo mecánico simple y el íleo con estrangulación. Las modificaciones que sufre el dolor pueden indicar algo, cuando es posible analizar con cuidado la sucesión de los fenómenos dolorosos. En las estenosis simples, el dolor es desde el comienzo de tipo cólico, cediendo solamente por la relajación total de la musculatura intestinal, debida a la intoxicación o a la acción terapéutica.

En la estrangulación el dolor tiene dos faces: primero continuo, violento, no se modifica con nada y luego se hace intermitente con alternativas de intensificación y remisión.

Aun en los casos en que el dolor permanente no se borra como en el vólvulo y el estrangulamiento herniario, los ciclos de intensidad se marcan y la doble face de sucesión, de dolor constante y de dolor alterno tiene gran valor en el diagnóstico diferencial.

En el íleo mecánico simple el colapso es inicialmente poco intenso y aun puede estar ausente, instalándose progresivamente en la etapa tardía; en la estrangulación es intenso y precoz, sobre todo en el vólvulo y la estrangulación por bridas. Es tardío en la invaginación.

Golden y Leig(7), dicen que la estrangulación puede sospecharse por la persistencia de fiebre y leucocitosis, la persistencia del dolor entre las crisis dolorosas y la palpación de una masa sensible.

2.—ABDOMEN AGUDO VASCULAR.—Este se refiere especialmente a la oclusión de los vasos mesentéricos superiores o inferiores, más comúnmente de los primeros por proceder la mesentérica superior funcionalmente como arteria terminal a pesar de la existencia anatómica de numerosas anastomosis; en tanto que la mesaraica menor

busca y encuentra fácilmente, en caso de obstrucción la colaboración de las colaterales.

Puede tratarse de un proceso tromboangiético por endoarteritis o endoflebitis, provocados por los más variados procesos infecciosos, pero más frecuentemente por el mecanismo de la embolia, cuando del camino arterial se trata, estableciéndose el infarto. La afluencia de sangre a la zona del infarto ocasiona mayor turgencia de las venas, fenómenos de trasudación serosa que siguen a la ingurgitación y hemorragias por la plétora venosa de la intimidad de los tejidos y como consecuencia de estos hechos, el paso del trasudado a la luz intestinal y a la cavidad abdominal, con posible efracción de la mucosa o de la serosa intestinal y liberación de sangre hacia su cavidad o hacia el peritoneo.

El aumento de volumen del sector entérico ocasiona el íleo que puede traducirse a la palpación por un tumor y la sangre y serosidad derramadas en la cavidad peritoneal o a la luz intestinal nos ayudan muchas veces a establecer el diagnóstico, provocando matidez en los flancos en el primer caso o diarrea serosa, sero-sanguinolenta y a veces hemorrágica, en el segundo.

Por el mismo mecanismo se producen trastornos funcionales, ya que la excitación brusca de las terminaciones nerviosas entéricas motivan, por una parte, la intensa crisis dolorosa con que principian los síntomas, y por otra parte inhiben los centros vasomotores y desencadenan el colapso por angioparálisis del territorio del esplácnico, originando por último la caída vertical de la función motora intestinal, el íleo total por inhibición.

Desde el punto de vista de la etiopatogenia, la endoangiitis trombosante se establece por procesos infecciosos en el endotelio, desarrollándose un foco infeccioso que se propaga en dirección de la corriente sanguínea. Por eso pueden aparecer endoflebitis como complicación de apendicitis, infecciones genitales, contaminación del cordón umbilical, nódulos hemorroidarios supurados, etc. En el íleo mecánico ya sea simple o estrangulado, el proceso mismo facilita la infección de los tejidos; otro tanto acontece en las ulceraciones intestinales o en la úlcera gastro-duodenal. Lesiones hematológicas como discrasias sanguíneas, anemia esplénica, policitemia vera, también pueden producirla.

El éxtasis venoso favorece en ocasiones la infección del endotelio de la vena como sucede en la cirrosis atrófica y el cáncer del hígado. La infección puede ser llevada directamente a la vena durante las intervenciones quirúrgicas sobre todo en la cirugía del bazo y en las intervenciones en estómago, vesícula, intestino y genitales. Las trombosis por endoarteritis obliterantes pueden tener una etiología diabética, sífilítica o arterioesclerosa, entre otras; pero, las obstrucciones agudas por estos procesos son menos frecuentes en comparación con las que siguen a la embolia que complica a las cardiopatías en descompensación y dilatación cardíacas o en la aortitis ateromatosa o endoarteritis vegetante de la aorta. Por esto es importante en los antecedentes del paciente, buscar procesos infecciosos agudos del abdomen, septicemias, padecimientos cardíacos o trastornos que muestren la esclerosis de la aorta y que no son del caso recordar en este momento. Asimismo es necesario buscar en los enfermos, rasgos evidentes de afección arterial general o circunscrita que puedan hablar en favor de arterioesclerosis o arteritis. La edad es importante, pues se presenta generalmente de la 4ª a la 7ª décadas, si bien se han observado en niños de un mes y en personas de 90 años.

El síntoma que aparece primero es el dolor abdominal generalizado, muy intenso, constante o intermitente. Puede en ocasiones estar localizado y hasta se pretende distinguir un punto máximo inicial o dominante que marca el sitio aproximado de la trombosis; pero en realidad el dolor es periumbilical cualquiera que sea el lugar de la implantación embólica. El vómito es muy frecuente y puede llegar a ser fecaloide. A consecuencia del dolor tan intenso aparece el colapso con todo su cortejo sintomático; después; discreto meteorismo que poco a poco se acentúa a medida que se instala el íleo por inhibición, pues al principio el peristaltismo puede inclusive ser activo. A medida que se establecen la congestión y necrosis del intestino, aparece la diarrea sanguinolenta, signos de irritación peritoneal y presencia de líquido libre en la cavidad abdominal.

A la exploración se encuentra el triple síndrome: doloroso, colapsal y enteroplégico, hallándose en el abdomen la presencia de una masa tumoral, matidez en los flancos y la punción peritoneal puede dar un líquido hemático pegajoso, que sirve grandemente para establecer el diagnóstico. Hay hemoconcentración muy marcada y leucocitosis elevada, particularmente cuando la peritonitis aparece.

En casi todas las ocasiones, la trombosis o embolia mesentéricas plantean problemas serios de diagnóstico diferencial, porque hay síndromes comunes como el colapsal, que se presenta en la pancreatitis aguda hemorrágica, en el íleo del yeyuno, en la estrangulación intestinal. La alteración vascular y la trombosis se ven también en la torción de pedículos de órganos o tumores, y en las apoplegias viscerales. Lo mismo puede decirse de la infección peritoneal que se observa en los ocluidos, desde que las alteraciones de la pared intestinal le privan de su propiedad de oponerse al paso de los gérmenes y las toxinas que normalmente se alojan en su interior y ellos adquieren virulencia por la éxtasis intestinal.

El diagnóstico del abdomen agudo vascular es tan difícil, que se ha llegado a decir: que, si a pesar de un interrogatorio bien llevado y completo, de una exploración física correcta y con los exámenes de laboratorio que sean necesarios, el diagnóstico permanece oscuro, hay que pensar en la oclusión vascular mesentérica.

El diagnóstico de la oclusión mesentérica se hace muy pocas veces en el pre-operatorio; Musgrove y Seybold(8) dicen que de 13 casos, se hizo diagnóstico de obstrucción intestinal en 7, se consideró la posibilidad de oclusión vascular mesentérica en 4, se pensó en la apendicitis aguda en 3 y en hernia estrangulada en 1.

Hacer un buen diagnóstico es de la más alta importancia, porque el tratamiento quirúrgico puede salvar cierto número de enfermos ya que actualmente gracias al mejoramiento de los métodos quirúrgicos y a la terapéutica de sostenimiento del enfermo. (Transfusiones por la pérdida de sangre en la porción reseca, Wangensteen(9), antibióticos, anticoagulantes, antiespasmódicos, aspiración intestinal, balance de líquidos y electro-litos, etc.), la mortalidad operatoria ha disminuído notablemente. En la clínica Mayo, fueron atendidos 24 casos de oclusión vascular mesentérica, de 1938 a 1948, confirmandose el diagnóstico por operación o por necropsia. Once de ellos no pudieron operarse por las malas condiciones generales en que se encontraban y todos ellos murieron, confirmando el diagnóstico la necropsia; los 13 restantes fueron operados, con una mortalidad operatoria de 23%. (Musgrove y Seybold).

Afortunadamente la afección es poco frecuente, nosotros hemos visto solamente dos casos confirmados por la operación y los dos murieron.

3.—ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO.—Prácticamente toda efracción de la serosa peritoneal comporta un vientre agudo; la perforación de los órganos huecos del abdomen, la apertura de las colecciones purulentas de los parénquimas macizos o las rasgadas de las asas intestinales distendidas o necrosadas por algún obstáculo o por estrangulación. Así, junto al estallido del apéndice séptico o la ruptura de un absceso de la cara inferior del hígado, se encuentra la perforación de la úlcera péptica; al lado de la ruptura de una vesícula calculosa se halla la fisurización del intestino por neoplasma maligno, o la perforación del mismo por procesos inflamatorios e infecciosos como la colitis úlcerosa, la dotienteria o la tuberculosis. No es preciso que el proceso perforativo sea necesariamente de naturaleza infecciosa, ya que el tracto digestivo es eminentemente séptico, siendo de interés subrayar que la irrupción en el peritoneo del líquido segregado por algún digestivo da lugar a manifestaciones especiales: el jugo gástrico en una perforación por úlcera gástrica estando el estómago vacío, produce solamente una irritación peritoneal química y no es sino más tarde cuando aparecen los fenómenos de infección del peritoneo; el síndrome de colapso en las perforaciones de origen biliar y, el de esteatonecrosis en la pancreatitis son otros ejemplos de irritación química. La perforación de una víscera hueca puede tener lugar en un sitio cubierto de adherencias que fraguara antes el mismo proceso, o en contacto con un órgano vecino, haciendo lo que Schbitzler llama "perforación cubierta" que si bien puede evolucionar con el síndrome discreto de una peritonitis localizada, puede abrirse secundariamente hacia peritoneo libre y dar el síndrome de abdomen agudo, en cambio constituyendo la perforación en dos tiempos de Villar y Pinatelle.

El diagnóstico de perforación de la úlcera gastroduodenal generalmente no tiene dificultad cuando se encuentra la tétada sintomática del dolor en puñalada de Dieulafoy, estado de choque, contractura muscular y neumoperitoneo; más aún, si el paciente tiene antecedentes claros de gastropatía o se conoce previamente su padecimiento ulceroso como hemos tenido oportunidad de ver en algunos enfermos internados en el Servicio de Gastroenterología y que pueden ser atendidos muy poco tiempo después de haberse presentado esta compli-

cación. Los síntomas que presentan inicialmente son el dolor epigástrico, casi siempre muy intenso y de principio brusco con irradiación al dorso y a los hombros izquierdo o derecho, ausencia de vómitos, palidez de la cara, con expresión de sufrimiento, contractura de la pared abdominal, desaparición de la matidez hepática y casi siempre estado de choque más o menos acentuado. En muchos casos el dolor puede aparecer más acentuado en la fosa ilíaca derecha por el deslizamiento del contenido gástrico o duodenal derramado, hacia ella siguiendo la inserción del mesenterio y el espacio parieto-cólico derecho, con fenómenos de irritación peritoneal en esa zona.

Si en estas condiciones se llega al diagnóstico con relativa facilidad pueden, sin embargo, en muchas ocasiones, cometerse algunos errores por la dificultad de diferenciar una úlcera perforada de la apendicitis, pancreatitis aguda, la colecistitis aguda o perforación del intestino grueso, en orden decreciente de frecuencia.

La apendicitis aguda puede prestarse a confusión por el cuadro de abdomen agudo perforativo que presenta el paciente; el dolor de sitio epigástrico que después se presenta intenso en la fosa ilíaca derecha, etc., como el caso que presentó Alvarez Bravo(10) a la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Las disposiciones anormales del apéndice, en situación alta sub-hepática pueden prestarse a mayor confusión, siendo entonces de gran utilidad para el diagnóstico diferencial la radiografía, haciendo estudios de pie, en posición anteroposterior, lateral y en decúbito ventral para buscar la existencia de neumoperitoneo que hemos encontrado en casi todos los enfermos perforados del Servicio de Gastroenterología.

Klason en el 89% de las úlceras perforadas encuentra neumoperitoneo y según Bockus, es demostrado por la exploración radiológica en 99% de casos de abdomen agudo, debido a perforación por úlcera. Sin embargo, no siempre el neumoperitoneo es debido a la perforación de úlcera gastroduodenal como en el siguiente caso:

PERFORACION TRAUMATICA DE RECTO

A PERITONEO LIBRE

Caso Nº 4.—Enfermo J. I. Casado de 38 años. Que ingresa al Servicio de Gastroenterología el 18-VIII-50, por la noche.

Sin antecedentes familiares de interés. Ha padecido ictericia, blenorragia y lúes. Tabaquismo y alcoholismo intenso desde hace 15 años. Agrios y eructos hace algún tiempo.

Su padecimiento se inicia con dolor brusco, pungitivo y muy intenso en la mitad inferior del abdomen sin ninguna irradiación. Sudor profuso y estado nauseoso; vómitos de color negro con sangre roja en poca cantidad, eructos y meteorismo. Diarrea discreta, con pequeña cantidad de sangre, intensificándose el dolor y haciéndose continuo. Vientre globuloso con prominencia más acentuada en la mitad superior del abdomen que es muy doloroso e impide la exploración de las vísceras; el área hepática no existe y se encuentra matidez declive en los flancos que se modifica con los cambios de posición. Pulso 140 por minuto, filiforme. —4.800,000 eritrocitos por mm. c. —Leucocitos 11,150 con 75% de neutrófilos. Tiempo de coagulación 3 m. 45 s. —Tiempo de sangrado 1 m. 30 s.

Se tomó radiografía simple de abdomen, en la que se observa la existencia de gran cantidad de gas por debajo del diafragma en ambos lados.

Por el cuadro clínico se pensó en una perforación de úlcera gastroduodenal y sobre todo por la existencia de neumoperitoneo.

A la operación practicada por los Dres: A. Ayala González, R. Flores L., P. Fucugauchi y J. Torres H., se encontró un proceso peritoneal avanzado, gran cantidad de líquido purulento de olor fecaloide en la cavidad peritoneal, ninguna perforación en estómago ni en duodeno y perforación del recto en su porción anterior e izquierda con asas del delgado aglutinadas a ese nivel, presencia de tejido esfacelado. La necropsia confirmó la perforación en cara anterior de recto como de 3 cms. de diámetro y sin lesiones perineales ni procesos inflamatorios rectales. El tacto rectal hecho después de la operación ya había comprobado la existencia de perforación.

En este caso el paciente había estado en estado de ebriedad y en esas condiciones le fué introducido un cuerpo extraño en el recto que perforó dicho órgano. Antecedentes que no se conocieron hasta después de la intervención, lo que motivó que el diagnóstico de perforación de viscera hueca se atribuyera a lesión ulcerosa gastroduodenal.

El neumoperitoneo como se ve, puede encontrarse muy marcado en la perforación del intestino grueso y aunque estos casos son raros debe tomarse en consideración al establecer el diagnóstico etiológico. La gran cantidad de gas en peritoneo libre puede hablar en favor de la perforación de colon más que de la perforación de estómago y duodeno por úlcera ya que en éstos la cantidad de gas derramada en la cavidad peritoneal suele ser más limitada.

PERFORACION DE ULCERA DUODENAL A PERITONEO LIBRE

Caso N° 5.—Enfermo V. P. T. De 47 años de edad. De Hecelaan, Campeche. Casado. Obrero. Ingresa al Servicio de Gastroenterología el 20-IV-50, con el diagnóstico de úlcera duodenal perforada, alcoholismo intenso desde 1922. Disentería.

Enfermo desde 1927 con dolor epigástrico, con ritmo y periodicidad; desde enero de 49, dolor constante. El día anterior a su ingreso dolor en la madrugada sin calmarse a pesar de una inyección de Sedol.

Facies dolorosa, encamado, en posición de gatillo. Vientre muy doloroso contractura de los rectos en la parte superior, hipogastrio y flancos. Desaparición de la matidez hepática y oscuridad en la fosa ilíaca derecha. La radiografía simple de abdomen muestra imagen de gas entre el hígado y el diafragma. Se procede a la operación 6 horas después de la ruptura de la úlcera. Cirujanos, Dres.: A. Ayala González y L. Guadarrama. Al abrir la cavidad se encuentra escasa cantidad de contenido gástrico y gases con resto de alimentos, natas de fibrina sobre duodeno y vesícula biliar; proceso ulceroso duodenal antiguo penetrante a páncreas con perforación como de 4 mm. Se practicó gastroduodenectomía parcial y gastro-enteroanastomosis aséptica tipo Polya. El post-operatorio no tuvo ningún incidente y a los 10 días se practicó estudio de jugo gástrico con acidez libre de cero y funcionamiento correcto de la boca anastomótica de los rayos X. Sale de alta por curación el 8-V-50.

La perforación del intestino delgado puede presentarse a consecuencia de procesos crónicos como la ileitis terminal y la tuberculosis intestinal o en procesos agudos como la perforación intestinal por fiebre tifoidea. Todos pueden dar lugar al abdomen agudo perforativo haciéndose el diagnóstico de la causa por los antecedentes de la afec-

ción causal o porque se presente el cuadro franco de la tifoidea con reacciones de aglutinación positivas o el desarrollo del bacilo de Eberth al hemocultivo. En toda perforación de víscera hueca se distinguen dos períodos: el inicial equivalente al intervalo libre en el cual las alteraciones existentes dependen de la presencia de líquidos en la cavidad peritoneal y del carácter de los mismos, como ya dijimos, y el de la peritonitis. En la perforación de los segmentos proximales del intestino delgado la sintomatología inicial es mayor por ser más irritante el contenido intestinal, pero como la cantidad de bacterias es escasa o nula, el lapso necesario para la aparición de la infección peritoneal es más prolongado.

En la perforación de segmentos distales la irritación y la sintomatología del principio es menor, pero como el número de gérmenes aumenta extraordinariamente hasta alcanzar el máximo en el ileon terminal y el ciego, siendo muchos de ellos patógenos, el intervalo libre se acorta notablemente. Esto hace más difícil y más necesario el diagnóstico oportuno, especialmente por tifoidea, que generalmente se presenta en las porciones terminales del ileon y donde el bacilo y otros gérmenes en plena actividad patógena atacan prontamente la serosa. Es importante hacer el diagnóstico de la perforación en la fiebre tifoidea porque como ya dijimos en un trabajo anterior(11), es responsable del fallecimiento de aproximadamente la tercera parte de los enfermos, aunque con el empleo de terapéuticas modernas sobre todo con el uso de antibióticos, estas temibles complicaciones tienden a desaparecer. Los síntomas son generalmente dolor abdominal, vómitos, colapso circulatorio y caída brusca de la temperatura a los que se añaden la hiperestesia cutánea y especialmente la rigidez muscular en fosa ilíaca derecha o mesogastrio, que dan énfasis a la sintomatología e indican la presencia de una emergencia quirúrgica.

En pocos casos desaparece la matidez hepática pues en el sitio de la perforación se aglutinan las asas unas con otras y tratan de obturarla además, de que no existe gas en el intestino delgado o si lo hay es en pequeña proporción. Hay que recordar que en el niño siempre existe gas en el intestino delgado. El diagnóstico diferencial es muchas veces difícil cuando se desconoce la tifoidea, como sucede en el caso de los pacientes ambulatorios, pues entonces las manifestaciones sintomáticas no pueden ser distinguidas de la apendicitis aguda; o bien cuando el estado general del enfermo es muy malo, como sucede en

las formas graves con embotamiento de la conciencia, en donde las manifestaciones de la perforación pasan desapercibidas encontrándose el cuadro final de una peritonitis más o menos generalizada. Es interesante también el diagnóstico preciso de las perforaciones por fiebre tifoidea, porque el tratamiento quirúrgico es acompañado de éxito en la mayoría de los casos en contra de la creencia antigua de que los perforadores de fiebre tifoidea estaban condenados a morir.

El siguiente caso es muy ilustrativo a este respecto.

PERFORACION INTESTINAL POR FIEBRE TIFOIDEA CON PERITONITIS GENERALIZADA

Caso N° 6.—El niño J. R. D., de 7 años, fué visto por primera vez por nosotros el 23 de noviembre de 1946, a las 22.30 horas. Por interrogatorio indirecto se obtuvo la historia siguiente: principia su dolencia el 25 de octubre con dolor en el mesogastrio y fiebre de 38° a 39° C, remitente. Diarrea fétida, 4 ó 5 evacuaciones en 24 horas, de color verdoso y meteorismo. Mejoría a los 8 días de iniciado el proceso, para instalarse 3 días más tarde, fiebre casi continua de 39° a 40.5° C, postración y diarrea con los mismos caracteres pero más frecuente, llegando en ocasiones a la incontinenia; vómitos al principio de alimentos y después de bilis continuando en este estado hasta el 19 de noviembre en que desaparecieron los síntomas, estando en apirexia los días 20 y 21. El 22 a las 15 horas y con motivo de un esfuerzo de defecación se presentó dolor abdominal muy intenso, sin que pudiera precisar sitio exacto, hipotermia 35° C, sudores fríos, vómitos biliosos que llegaron a hacerse porráceos. No podía expulsar gases ni heces fecales por el ano. Ningún examen de laboratorio se había practicado, excepto una reacción de Weill-Félix que fué positiva al 1 x 100, hecha a los 4 días del comienzo de la enfermedad. Estuvo 15 días a dieta hídrica. A la exploración se encontró el enfermo con facies peritoneal, pulso débil 130 pulsaciones por minuto. Vientre moderadamente globuloso, con contractura muscular intensa generalizada, dolor acentuado a la presión y a la descompresión, matidez declive en los flancos y desaparición del área hepática.

Se propuso la intervención quirúrgica urgente y fué operado a las 24 horas en el Sanatorio del Dr. Rangel, 34 horas después del epi-

sodio agudo, con anestesia general ciclopropano-éter. Tensión arterial Mx. 80 Mn. 35. Cirujano: Dr. Ramón Flores López, ayudante: Dr. José A. Guevara. Anestésista: Dr. Juan A. Bravo H. En la laparotomía media infraumbilical se encontró abundante líquido purulento libre en la cavidad peritoneal, asas del ileon enrojecidas y cubiertas con natas de fibrina, y a 20 cms. de la válvula ileocecal, perforación intestinal de 5 mm. de diámetro con salida del contenido entérico. Se hizo sutura de la perforación y revisión del intestino delgado, aspiración del líquido peritoneal y colocación de sulfatiazol en la cavidad. En el post-operatorio se presentó infección de la pared que retrasó la cicatrización un mes. La fiebre persistió durante 4 días. El enfermo salió del Sanatorio a las 2 semanas de operado completamente sano. La reacción de Widal practicada en los primeros días del post-operatorio fué positiva al 1 x 500 para el bacilo tífico 0.

En cuanto a la perforación de la vesícula biliar y de los conductos biliares generalmente la historia clínica es muy demostrativa, habiendo sin embargo, ocasiones en que el cuadro presenta grandes similitudes con la perforación de la úlcera gastroduodenal. Los antecedentes y la localización máxima del dolor y de la defensa muscular en el hipocondrio derecho pueden hacer sospechar la afección vesicular. Es de notar que el dolor es muy violento e irresistible aun para los enfermos más estoicos. El pulso se conserva con caracteres normales y aun en ocasiones es frecuente la bradicardia en las primeras horas, por la absorción de las sales biliares a nivel del peritoneo, en donde puede encontrarse el síndrome de colasco, con derrame de bilis más o menos acentuado en la cavidad peritoneal y que puede ser demostrado por la punción.

La mejoría aparente a las pocas horas después del drama inicial muy común en el abdomen agudo perforativo no debe ser causa de error en el diagnóstico.

Tiene gran interés el diagnóstico diferencial de la perforación biliar con la pancreatitis aguda, porque esta última afección no debe ser tratada quirúrgicamente y puede ser confundida con ella, tanto más, cuanto que la pancreatitis hemorrágica los antecedentes de litiasis biliar son muy frecuentes. Si hubiera alguna duda en el diagnóstico la dosificación de las amilasa pancreática puede prestar gran ayuda. En algunas ocasiones la perforación de la vesícula biliar se presenta sin

ningún antecedente previo de colecistopatía como en el caso de una paciente que empezó con dolor agudísimo en el hipocondrio derecho y en fosa iliaca del mismo lado en la que la intensidad del dolor se acentuaba por momentos, llegando a ser sincopal; fué operada con el diagnóstico de apendicitis aguda perforada habiéndose encontrado gran cantidad de bilis y algunos cálculos en la cavidad peritoneal que establecieron el diagnóstico de perforación del colecisto. La enferma murió 14 horas después de habersele practicado colecistectomía.

4.—ABDOMEN AGUDO HEMORRAGICO.—En él solamente consideramos la ruptura de vísceras macizas ya que el embarazo tubario roto pertenece a las afecciones ginecológicas y el hemoperitoneo espontáneo es muy raro.

Generalmente la ruptura de una víscera maciza se debe a traumatismos, muy frecuentes en la vida moderna por la gran velocidad de los medios de transporte, aunque también se presenta de manera espontánea sobre todo en el bazo patológico, ya que toda esplenomegalia está potencialmente expuesta a ruptura espontánea. En los bazos palúdicos y en el infarto esplénico por endocarditis bacteriana subaguda se ha visto la ruptura espontánea del bazo, manifestada por dolor, contractura muscular en el hipocondrio izquierdo y los síntomas clásicos de hemorragia abdominal. Sin embargo, los síntomas y signos pueden estar enmascarados en algunos casos presentándose el llamado período latente de Baudet. Después de un traumatismo más o menos intenso, el enfermo parece reponerse del colapso, lo que hace creer en su recuperación, cuando después de un tiempo variable vuelve a presentar sintomatología abdominal a veces no relacionada con el traumatismo previo. Finalmente debe recordarse que la ruptura esplénica puede manifestar su sintomatología mucho tiempo después del traumatismo, cuando éste ya se había olvidado. Así tuvimos oportunidad de ver un enfermo en el Servicio de Gastroenterología, que presentaba un cuadro doloroso del hipocondrio izquierdo con tipo de neuralgia de los últimos nervios intercostales que se atribuyó a neuritis de causa desconocida o a diversas afecciones abdominales.

A la laparotomía se encontró un hematoma del bazo con fuertes adherencias a diafragma, estómago y colon, por traumatismo sufrido varios meses antes.

El páncreas es el órgano menos frecuentemente afectado por la profundidad a que se encuentra; el agente vulnerable hace la compresión contra la columna vertebral y la sintomatología que se presenta es muy semejante a la de la pancreatitis aguda.

La ruptura del hígado presenta manifestaciones clínicas asociadas principalmente con hemorragia interna y colapso. Secundariamente peritonitis biliar e infección.

No nos extenderemos en este capítulo por corresponder a la traumatología.

5.—ABDOMEN AGUDO INFECCIOSO.—En realidad el abdomen agudo infeccioso es la última etapa en la evolución de todos los cuadros descritos con anterioridad, cuando no han sido tratados oportunamente. Hay sin embargo, procesos infecciosos localizados a determinados órganos (apéndice, trompas de Falopio, etc.), que pueden por contigüidad infectar la serosa peritoneal y aún sin hacerlo provocar cuadros abdominales agudos. Seguramente uno de los más importantes por su frecuencia y en ocasiones por su gravedad, es la apendicitis aguda. No obstante, el interés en la materia se ha reducido, debido a la menor mortalidad, que los modernos métodos de tratamiento han permitido conseguir. Para dar una idea de la frecuencia de este padecimiento, vale la pena mencionar cifras que lo comparen con afecciones agudas abdominales de otra índole.

Basta decir que en el Hospital General de México, Ordóñez(12) tuvo oportunidad de estudiar durante los años 1948-1949 y los 4 primeros meses del presente año, un total de 730 casos de abdomen agudo, de los cuales 375 fueron apendicitis aguda o sea el 51.3%.

El diagnóstico de la apendicitis aguda no tiene dificultad cuando se presenta el cuadro clásico. Sin embargo, hay ocasiones en que simula cualquier otra afección abdominal o aún verse enmascarada desde su primera manifestación, casi siempre el dolor, por la tendencia de aliviar este síntoma con el uso inoportuno de drogas analgésicas, antes de establecer un diagnóstico.

En la actualidad, el empleo de los antibióticos ha ocultado en muchas ocasiones, el verdadero origen de un abdomen agudo infeccioso de sintomatología atípica. Garlock(13) afirma: "El médico que trata una apendicitis con antibióticos, asume responsabilidad y somete a su

paciente a los riesgos de serias complicaciones... La penicilina frecuentemente oculta el verdadero curso anatómo-patológico de una infección quirúrgica e induce al médico y al enfermo hacia un estado de falsa seguridad".

Es sobre todo la diferente situación en que puede hallarse el apéndice lo que hace, que su sintomatología se desvíe hacia otros órganos: Su situación pélvica y hacia adentro, cuando descansa sobre el ureter, puede ocasionar polaquiuria, disuria y hasta hematuria microscópica, lo que lleva la atención hacia un padecimiento ureteral o renal. Ya nos referimos a su posición alta sub-hepática, que hace pensar en la posibilidad de colecistitis aguda, pancreatitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal perforada y algunas veces en la hepatitis en su face preictérica. En este caso, cuando por algún motivo, un examen radiológico previo ha permitido reconocer la topografía del ciego, puede llegarse al diagnóstico correcto. Si se encuentra en la línea media, el dolor puede aparecer difuso, no localizado, y aun estar ausentes la contractura y defensa musculares. Cuando en la mujer, el apéndice está situado en la pequeña pelvis, debe hacerse diagnóstico diferencial con las afecciones agudas de los genitales internos.

Hay ocasiones en que este órgano se encuentra en contacto con la sigmoide y la diarrea puede ser un síntoma precoz, con dolor de gas, tenesmo y aun presentarse un síndrome disenteriforme. Si es retrocecal, el dolor lumbar que provoca, desvía hacia la posibilidad de un cólico ureteral.

Hay que tomar en cuenta, que la apendicitis se presenta con cierta frecuencia en el anciano, en contra de la creencia general y en esta edad hay que considerar la posibilidad de un carcinoma del ciego o colon ascendente infectado secundariamente, o de un sifiloma del ciego como sucediera en un caso del Dr. Valdez Villarreal(14), confirmado por el estudio histopatológico.

La evolución anatómo-patológica de la apendicitis, como la de cualquier otro proceso de este tipo, puede ir desde la inflamación aguda simple a la peritonitis localizada con absceso o hasta la infección difusa, que puede terminar en la peritonitis fibrino-purulenta.

Dada la frecuencia en que antes hicimos hincapié, estimamos que no vale la pena ilustrar con casos clínicos, el criterio que antes hemos

expresado, ya que el amplio conocimiento y experiencia que al respecto se tiene nos exime de hacerlo.

Queda por último, en el abdomen agudo infeccioso, el estudio de la peritonitis aguda que obedece a la infección de la cavidad abdominal por organismos piógenos, los cuales pueden llegar a ella por vía sanguínea en caso de una septicemia, a través de la pared abdominal, por ruptura de una víscera hueca o por infección de una víscera con propagación del proceso trecho a trecho, o más raramente a través del diafragma o por extensión linfática de alguna otra parte del organismo. Así puede considerarse la peritonitis como primitiva y secundaria, agregando algunos autores la post-operatoria; ésta como una técnica precisa y con los recursos terapéuticos actuales, tiende a ser cada vez más rara, debiéndose tener en cuenta que la más grave es la consecutiva al tratamiento del íleo mecánico simple o estrangulado, cuando tiene lugar la contaminación de la serosa en el curso de la operación por ruptura de la pared intestinal.

Las causas que la producen, son todas las que hemos tenido en cuenta en la clasificación adoptada del abdomen agudo obstructivo, perforativo e infeccioso, dependiendo la gravedad de la afección, más que la extensión del proceso o de su origen, de la virulencia de los gérmenes, como en el caso ya señalado del íleo en el que adquieren una particular exaltación de ella.

El diagnóstico es generalmente fácil, debiéndose tenerse presente la sintomatología del principio para establecerlo en condiciones de prestar ayuda eficaz con los procedimientos terapéuticos; recordando que los síntomas de la peritonitis varían grandemente de acuerdo: 1º—con la parte y extensión de la serosa afectada; 2º—con la naturaleza y virulencia del agente infectante; 3º—con la violencia del principio; 4º—con la edad del sujeto como en los ancianos y 5º—en los enfermos muy debilitados u obesos.

En casi todos los casos la peritonitis es francamente secundaria, teniéndose el dato de una intervención quirúrgica reciente, de una herida penetrante del abdomen, de una infección puerperal o encontrándose a la exploración un íleo mecánico estrangulado, un proceso inflamatorio agudo de los genitales internos en la mujer, un síndrome abdominal perforativo, etc., etc.

Fundamentalmente son tres los síndromes que acompañan constantemente a la peritonitis; el colapso vascular periférico, el íleo paralítico y la toxemia. Por lo que toca al primero hay que distinguir dos tipos, el colapso precoz desencadenado por mecanismo reflejo a expensas de la violenta intensidad del dolor y el colapso tóxico de presentación tardía que dota a la peritonitis de un tinte sombrío al asociarse a otros factores de gravedad; entre las dos se instala la tregua engañosa de la peritonitis.

El diagnóstico debe completarse por una parte, con la punción abdominal, que proporciona datos sobre la naturaleza del derrame (bilis en caso de peritonitis biliar) y además permite con el examen bacteriológico de éste, precisar el agente infeccioso en causa, para establecer la terapéutica etiológica y por otra, con el estudio radiológico, que como ya señalamos debe practicarse sistemáticamente en todo abdomen agudo. En el caso especial de la peritonitis, Westerborn(15), ha descrito la dilatación de las asas del delgado, con presencia de exudado que las separa entre sí, acumulación de exudado en el fondo de saco de Douglas, formaciones purulentas circunscritas con deformación de las asas que comprimen, derrames costodiafragmáticos y visualización de las capas gaseosas sub-peritoneales y las que separan las capas musculares entre sí. El neumoperitoneo que ya describimos, tiene una expresión radiológica absoluta.

Al referirnos a la tríada sindromática que acompaña a la peritonitis, colocamos en segundo lugar al íleo paralítico, que a no tratarse de casos fulminantes, es la complicación más común de la peritonitis difusa producido por la irritación de los nervios simpáticos inhibidores que transeurren por el mesenterio, sobre todo en la primera etapa de la infección de la serosa, a la cual se añade después el mecanismo neuromuscular por la inflamación del tejido celular extraperitoneal. Por esta razón se le llama íleo adinámico o por inhibición.

Después aparecen los fenómenos tóxicos por deshidratación y algunos cambios en la química sanguínea cuyas causas según Steinberg(16), son debidas: a), al proceso infeccioso mismo; b), a la estasis circulatoria y desfallecimiento cardíaco; c), a la dificultad de administrar agua y alimentos; d), a la pérdida de secreciones del tracto gastrointestinal.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con algunos padecimientos pleuropulmonares, especialmente la pleuresía y la neumonía aunque hay que recordar que éstos padecimientos pueden coexistir con la peritonitis. La pericarditis y el infarto cardíaco pueden sugerir el diagnóstico de una úlcera perforada o una colecistitis aguda; pero pueden ser excluidas por el estudio del modo de principio de los síntomas cardíacos concomitantes y sobre todo haciendo sistemáticamente la exploración correcta del tórax en todo enfermo de abdomen agudo.

Debe distinguirse la peritonitis aguda de los diversos cólicos: apendicular, renal, intestinal, biliar, saturnino, oclusión de los vasos mesentéricos, torsión de vísceras o tumores, etc., en una palabra, tener en cuenta todas las causas enumeradas de abdomen agudo. Pero con el íleo el diagnóstico diferencial es a veces imposible ya que éste se presenta como consecuencia obligada en los últimos períodos de la peritonitis. Nos referimos especialmente al íleo por inhibición ya que éste se presenta con frecuencia en los cólicos intensos, en la torsión del testículo, como consecuencia de traumatismos intensos de la columna vertebral, en las pancreatitis agudas, después de intervenciones sobre el abdomen, etc., etc., pero una vez eliminadas estas causas sólo queda como etiología la peritonitis infecciosa.

La hemorragia interna puede en ocasiones dar lugar a confusión con la peritonitis pero el cuadro clínico aclara pronto el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal.

Por último debe tenerse en cuenta que la diabetes con gran hiperglicemia puede provocar dolor abdominal, hiperestesia, contractura muscular y vómitos, que desaparecen una vez que se ha logrado llevar la glicemia a niveles normales.

Las peritonitis agudas pueden resolverse dando lugar a procesos supurativos localizados, constituyendo los abscesos peritoneales de los cuales el más interesante es el subfrénico, por la disposición anatómica especial de la región y lo poco accesible a la exploración.

El absceso subfrénico es más frecuente hacia el lado derecho.

La mayor parte son debidos a procesos infecciosos de la cavidad abdominal como las apendicitis supuradas y las perforaciones agudas de úlceras gastroduodenales o después de intervenciones sobre el estómago y más comúnmente de la gastrectomía, por dehiscencia del mu-

ñón duodenal o por escurrimiento del contenido gástrico o duodenal séptico durante el acto operatorio.

Los gémenes más frecuentemente encontrados son el estafilococo y el estreptococo.

El diagnóstico se hace por el dolor que a veces es muy intenso o queda reducido a una molestia en la mitad superior del abdomen, que provocan los movimientos respiratorios o los movimientos corporales, pudiendo tener irradiaciones hacia el hombro o al cuello.

Puede acompañarse de disnea, tos e hipo.

Si la colección se hace en la porción superior derecha y hacia la parte posterior, se piensa en un absceso peri-renal.

La exploración física da pocos datos y a veces pueden hallarse otros que hacen pensar en derrame pleural infectado.

El método de diagnóstico más seguro es el estudio roengenológico, que da signos radiológicos de inmovilidad o limitación de los movimientos del hemidiafragma correspondiente, el cierre del ángulo costofrénico, que sugieren la formación del absceso, y sobre todo, la imagen de nivel líquido con cámara gaseosa por debajo del hemidiafragma del lado afectado.

En los casos dudosos puede utilizarse la punción exploradora siguiendo técnicas que tienden a evitar la contaminación de las serosas pleural y peritoneal.

La fórmula blanca da leucocitosis marcada con polinucleosis.

Ilustramos lo anterior con el siguiente caso:

Absceso subfrénico derecho post-operatorio; gastrectomía parcial por úlcera del duodeno.

Caso N^o 7.—Enfermo G. G. G., sin antecedentes de interés.

Ingresa al Servicio de Gastroenterología con el diagnóstico de úlcera duodenal estenosante. Después de su comprobación clínica, radiológica y de los estudios pre-operatorios se sujetó a intervención quirúrgica el 3-I-50. Se encontró úlcera duodenal estenosante sobre cara anterior de la 1^a porción del duodeno, con retractación del pedículo

hepático englobando cístico y colédoco sin estenotar éstos conductos; estómago dilatado con paredes moderadamente hipertrofiadas; apéndice con 4 fecalitos en su interior. La operación realizada fué: Vagectomía. Gastrectomía tipo Bancroft y Gastroenteronastomosis tipo Polya aséptica con pinza de Wangensteen; apendicectomía sin ligadura del muñón. El post-operatorio inmediato en los dos primeros días no tuvo incidentes; pero a partir del tercer día el enfermo presentó disnea que a la exploración física reveló datos que inducían a pensar en un proceso banal de neumonitis. En vista de que presentó al día siguiente hipertermia con escapulalgia derecha se ordenó estudio radiológico el 30 de enero, encontrándose signos de absceso subfrénico derecho. La biometría hemática dió 4.320,000 glóbulos rojos; 18,400 leucocitos, con 72 por ciento de neutrófilos. Se hizo punción extrayéndose 50 c.c. de líquido color amarillo viscoso de aspecto biliar con 3.80 grs. de albúmina por mil, reacción de Rivalta positiva con tres cruces. Al examen microscópico celdillas endoteliales numerosas y no se observaron gérmenes. Una nueva cuenta leucocitaria practicada el 4 de febrero mostró 22,400 leucocitos con 75% de neutrófilos. El día anterior se practicó la abertura del absceso con incisión a nivel del borde costal por vía extraperitoneal extrayéndose 350 c.c. de líquido con los mismos caracteres del extraído por la punción; además se administró al paciente penicilina, dihidroestreptomocina, oxígeno por inhalación habiéndose recuperado y dado de alta por curación el 25 de febrero de 1950.

En los dos casos fué intervenido por el Dr. Abraham Ayala González ayudado por el Dr. R. Flores López.

En el último capítulo de la clasificación del abdomen agudo hemos tomado en cuenta las pancreatitis agudas, la torsión de los tumores pediculados, los vólvulos de estómago y vesícula biliar y la dilatación aguda del estómago.

Así A. Dussaut(17) coloca la pancreatitis entre los síndromes peritoneales; la torsión de los tumores pediculados entre los síndromes vasculares, etc., pero en realidad sería difícil establecer una clasificación bien precisa de ellos, por lo cual hicimos un capítulo especial de causas diversas.

La pancreatitis aguda ocupa en nuestro concepto un lugar muy especial en el abdomen agudo quirúrgico ya que hay lugar a establecer

el diagnóstico diferencial con casi todas las afecciones agudas de la mitad superior del abdomen y con la apendicitis.

En las afecciones agudas de la glándula salivar del abdomen, existen por una parte las pancreatitis agudas originadas por la llegada de gérmenes al intersticio de la glándula y por otra la necrosis aguda designada también como pancreatitis hemorrágica, pues es un proceso preferentemente degenerativo ocasionado por la voracidad digestiva de los profermentos pancreáticos, sobre-añadiéndose un factor activante de estas enzimas; pero, si bien son procesos de condición nosológica y anatómica distinta, están unidos por el rasgo común de su sintomatología, por la misma noción etiopatogénica y si la faceta lesional es diferente en sus comienzos, pronto, en buen número de casos, se enlaza e intrinca con otras lesiones pancreáticas.

Entre las causas que la provocan se deben recordar sobre todo las afecciones vesiculares ya sean o no litíasicas o el paso de la bilis al canal de Wirsung, cuando la disposición anatómica de la ampolla de Vater lo permite; pero se deben también tomar en cuenta las alteraciones vasculares de los vasos pancreáticos por relajación completa de los mismos que ocasiona disminución de la corriente sanguínea y hasta su detención y además, alteraciones del endotelio de los capilares que conducen a la formación de trombosis y de infarto. La relajación vascular, verdadera vasoplejía, se ha atribuído algunas veces a reacciones anafilácticas ya que Gregoire ha podido desencadenar choque anafiláctico local en el páncreas por inyecciones preparantes y desencadenantes y a irritación del plexo solar.

Ocurren más a menudo en la edad media de la vida y con igual frecuencia en el hombre y en la mujer, sobre todo en sujetos obesos y alcohólicos.

Su principio es brusco, con dolor en la mitad superior del abdomen que irradia hacia la espalda, persiste algunas horas o días y su intensidad es tan grande que no logra calmarlo la morfina. Aparecen en seguida náuseas y vómitos. Al examen físico el dolor abdominal es moderado al principio, luego muy intenso, asociándose en grados variables a la rigidez abdominal. Más tarde el vientre se distiende y aparece el colapso, que puede inclusive ser precoz y el pulso adquiere todas las condiciones de frecuencia, vacuidad, hipotensión y miseria pulsátil que definen al colapso periférico. En la pancreatitis aguda

dominan los síntomas de infección y en la necrosis pancreática el colapso. Waring y Griffiths(18) con finalidad diagnóstica diferencial, describen una prueba que consiste en la instilación ocular de unas gotas de solución de adrenalina al milésimo. Pocos minutos después de la primera, repítese la instilación por segunda vez, y a los treinta minutos se logra ver producirse una enérgica midriasis en el 75% de los casos de esteatonecrosis pancreática, siendo negativa en los 25% restantes, y en las demás afecciones agudas abdominales. Nosotros no hemos empleado esta prueba, pero dada su sencillez e inocuidad vale la pena tenerla en cuenta en el diagnóstico de las pancreatitis, aunque hay otras pruebas más seguras como la de Somogyi, ya que unas cifras altas de amilasa en el suero la diagnostican y excluyen todas las demás afecciones agudas abdominales; debiéndose tomar en cuenta cifras por arriba de 1,000 unidades. Una amilasa baja del suero no siempre elimina la pancreatitis, especialmente si se practica dos o tres días después del principio.

Hay también leucocitosis de 18,000 o más leucocitos por mm. c., hiperglicemia y en la orina debe buscarse albúmina por el ataque renal frecuente en las pancreatitis agudas, glucosa y acétona.

A los rayos X se describe en el período inicial, la presencia de una asa distendida en el hipocondrio izquierdo, pero puede estar en otras regiones del abdomen y se considera como un íleo paralítico localizado. Se encuentra también en otras afecciones como la colecistitis aguda y la apendicitis aguda, llamándole Levitan el "asa centinela". Grollman, Goodman y Fine(19) le dan mucho valor en las pancreatitis agudas e indican que cuando se encuentra debe hacerse la dosificación de la amilasa del suero.

El diagnóstico debe establecerse, como hemos visto en el curso de este trabajo, con las colecistitis agudas perforadas o supuradas, con las úlceras gastroduodenales perforadas, con el íleo, la trombosis mesentérica, las apendicitis perforadas, etc.

En las pancreatitis agudas, el exudado pasa a través del hiato de Winslow y llega a la región sub-hepática provocando fenómenos irritativos del peritoneo de esa región, de la vesícula, el duodeno, el piloro, colon y epiplón, con fiebre y leucocitosis que puede confundirse con un proceso inflamatorio agudo vesicular, tanto más, cuanto que en estos pacientes hay antecedentes de crisis dolorosas en el epigas-

trio e hipocondrio derecho sugestivas de litiasis, que por lo demás algunas veces se confirma con el estudio colecistográfico, pues como ya dijimos la litiasis biliar se encuentra muy frecuentemente en la etiología de las pancreatitis agudas.

La diferenciación debe hacerse por el estudio clínico cuidadoso en lo relativo a los antecedentes y por la palpación de la vesícula distendida en caso de colecistitis aguda. Por los exámenes de laboratorio que darán cifras elevadas de la amilasa en el suero, hiperglicemia, glucosuria, albuminuria y leucocitosis en caso de pancreatitis aguda. En tanto se tienen los resultados del laboratorio, puede recurrirse a la prueba terapéutica con succión gástrica continua y la administración de atropina y penicilina, que según H. Doubilet y J. H. Mulholland(20), produce la remisión de los síntomas en 24 horas, si se trata de pancreatitis aguda.

En las úlceras perforadas pueden encontrarse antecedentes claros de gastropatía anterior, la reacción de Somogyi da cifras normales de amilasa en el suero, no hay hiperglicemia ni glucosuria y el estudio radiológico muestra la presencia de aire libre en la cavidad peritoneal.

El íleo debe tenerse muy en cuenta en el diagnóstico diferencial, sobre todo cuando el enfermo llega dos o tres días después del principio de la afección, con el abdomen muy distendido y vómitos de aspecto fecaloide.

El exudado que ha salido a través del hiato de Winslow, llega a la cavidad peritoneal produciendo un íleo paralítico. Si en el enfermo se encuentra alguna cicatriz de operación anterior se piensa en el íleo por adherencias o bridas. Entonces la exploración cuidadosa del abdomen, con silencio absoluto a la auscultación y el estudio radiológico, hacen el diagnóstico de íleo por inhibición y si el dolor apareció muy intenso en el epigastrio, sin ceder con la morfina, debe pensarse en la pancreatitis aguda.

En estos casos la reacción de Somogyi da cifras normales por haber pasado varios días del ataque agudo.

La apendicitis aguda, la trombosis de la mesentérica, etc., también pueden confundirse con la pancreatitis aguda por lo que en todo abdomen agudo es de recomendarse además del estudio cuidadoso de la

historia clínica, con exploración especial de las regiones herniarias y el tacto rectal, punción peritoneal si es necesaria, del estudio radiológico comprendiendo en la mayoría de los casos la radiografía simple, practicar sistemáticamente la biometría hemática, la reacción de Somogyi, examen de orina y dosificación de urea, glucosa y cloruros en la sangre que por más urgencia que se tenga en tratar a un paciente, siempre hay tiempo de obtenerlas mientras se decide la operación, pues es indispensable establecer un diagnóstico correcto, por todos los medios posibles, sin perder la oportunidad operatoria.

Ilustramos con un caso lo dicho anteriormente.

Caso N° 8.—Enferma M. R. H. 49 años de edad. Casada, de Valle de Bravo, Gto. Sin antecedentes familiares de importancia. Cólicos tipo vesicular desde hace 15 años. Ingresó al Servicio de Gastroenterología el 14-XII-49, con el diagnóstico de oclusión intestinal. La enferma presentaba un cuadro oclusivo alto y dolores epigástricos intensísimos, vómitos al principio de bilis y después francamente fecaloides. Sin fiebre, pulso frecuente y colapso poco marcado. La biometría hemática: 3.900,00 eritrocitos, 22,500 glóbulos blancos con 78% neutrófilos, examen de orina normal, tiempo de protrombina 13 segundos, prueba de Somogyi practicada 4 días después de su ingreso 162 unidades con la técnica de Bodansky. Se opera de urgencia el 18-XII-49 con el diagnóstico de Pancreatitis aguda. Cirujano, Dr. R. Flores López, ayudante: Dr. A. Luna Olivares. Anestesia Ciclo-Eter-Oxígeno, Dr. J. Jiménez. Laparotomía paramediana derecha supraumbilical encontrándose una tumoración cubierta de epiplón como de 10 cms. de diámetro en la región pancreática que rechaza el estómago, numerosas manchas de esteatonecrosis sobre cabeza de páncreas y duodeno así como en el epiplón mayor, algunas asas con adherencias flojas hacia la parte inferior de la tumoración. Vesícula pequeña, esclerosa con numerosos cálculos pequeños y bilis oscura. Colédoco normal. Se practicó colecistostomía tipo Moynihan, extrayendo previamente los cálculos. El post-operatorio evolucionó sin incidentes, la enferma mejoró paulatinamente y la tumoración fué reduciéndose de tamaño. El 11 de enero se practicó colangiografía, encontrándose los canales permeables al duodeno y sin imágenes de cálculos. La enferma fué dada de alta por curación el 29-IV-50.

El vólvulo del estómago es una afección rara y la dilatación aguda del mismo que se presenta sobre todo después de las operaciones abdominales, ya no se observa o queda reducida a pequeñas molestias epigástricas, debido, a que sistemáticamente se instituyen los cuidados post-operatorios habituales, por esto y para no prolongar más este trabajo nos abstenemos de tratar de ellos.

S U M A R I O

Después de algunas consideraciones generales sobre el abdomen agudo se da su definición y se hace un intento de clasificación en obstructivo, vascular, perforativo, hemorrágico, infeccioso y por causas diversas.

Se estudia en seguida el abdomen agudo obstructivo tomando en cuenta la clasificación de Wangensteen modificada, tratando de llegar a un diagnóstico lo más preciso posible y haciendo el diagnóstico diferencial entre el íleo simple y con estrangulación.

Tres historias clínicas de algunos enfermos de íleo se relatan como ejemplo.

En el vascular se insiste sobre su poca frecuencia, su gravedad, la dificultad del diagnóstico preciso y la disminución de la mortalidad operatoria.

En el perforativo se trata de la perforación por úlcera gastroduodenal, diferenciándolo de las apendicitis, subrayando la importancia del neumoperitoneo, distinguiendo el producido por perforación de úlcera gastroduodenal del provocado por la perforación del intestino grueso, presentando un caso de cada uno de ellos. Después se hace la diferenciación con la perforación del intestino delgado, sobre todo en la consecutiva a fiebre tifoidea, que puede confundirse en los casos ambulatorios con la apendicitis y en las formas graves con infecciones peritoneales de distintos orígenes, para terminar con el estudio de la perforación vesicular en sus relaciones con las pancreatitis agudas.

En el hemorrágico se considera la ruptura de las vísceras macizas, sobre todo del bazo, tomando en consideración que en ocasiones la sintomatología de la ruptura esplénica, después de desaparecer las mani-

festaciones del principio, puede acarrear síntomas muchos años después, citando el caso de un enfermo del Servicio de Gastroenterología del Hospital General.

Al hablar del abdomen agudo infeccioso se insiste sobre la frecuencia de la apendicitis, recordando que las diversas posiciones que ocupa el apéndice, hacen necesario el diagnóstico diferencial, con varias afecciones agudas del abdomen, del aparato urinario y en la mujer con los padecimientos agudos de la pelvis. El diagnóstico es difícil, cuando el síntoma dolor se enmascara por el uso inoportuno de drogas analgésicas y antibióticos.

La peritonitis aguda debe diferenciarse de todos los cólicos, de la hemorragia interna abdominal, de la oclusión intestinal, sobre todo del íleo por inhibición, que de no ser provocado por una causa refleja, debe atribuirse a infección peritoneal. El diagnóstico diferencial debe también establecerse con padecimientos pleuropulmonares o cardíacos, que por otra parte pueden ser coexistentes.

En las peritonitis localizadas se refiere el absceso sufrénico y se relata un caso de situación derecha después de una gastrectomía.

Por último en el capítulo de causas diversas se habla de las pancreatitis agudas que pueden confundirse con casi todos los padecimientos agudos de la mitad superior del abdomen y de las apendicitis, haciendo hincapié en que todo enfermo de abdomen agudo debe estudiarse de manera completa, con historia clínica minuciosa, explorando las regiones en donde se produzcan hernias, practicando sistemáticamente tacto rectal, estudio radiológico y pidiendo al laboratorio datos sobre la biometría hemática, la reacción de Somogyi, dosificación de úrea, glucosa y acetona en la orina. Añadiendo la punción peritoneal, cuando se juzgue necesaria, con el cultivo del producto. Se presenta historia clínica.

El vólvulo del estómago y de la vesícula y la dilatación aguda del estómago son padecimientos raros.

REFERENCIAS

- 1.—Meyer H. W.—Differential Diagnosis in Acute Surgical Condition of the Abdomen. *Am. J. of. Surg.* P. 773. V. LXXII Núm. 6. December, 1946.

- 2.—Cope, Z.—The Diagnosis of Acute Abdomen. Págs. 21-51. Humphrey Milford, London, New York, Toronto, 1946.
- 3.—Flores López R. y Luna Olivares A.—Oclusión intestinal. Indicaciones del tratamiento quirúrgico. Rev. de Gastroenterología de México, Págs. 4 y 5, T. XIV, Núm. 79. Enero-Febrero de 1949.
- 4.—Sedgwick C. E.—Potassium Deficiency in the Postoperative Patient Surg. Clinic of. N. A. Lahey Clinic Number P. 799 Saunders Co. 1950.
- 5.—Cutler G. D. y Scott H. W.—Transmesenteric Hernia Surg. Gyn. and Obst. 79-509-1944.
- 6.—Flores López R.—Invaginación Intestinal. Rev. Médica del Hospital General, Pág. 37, V. IX, Núm. 1, Octubre, 1946.
- 7.—Golden R.—Radiologic Examination of. the Small Intestine. Lippincott Co. London, 1945.
- 8.—Musgrove J. E. and Seybold W. D.—Mesenteric Vascular Occlusion Surg. Clinic of. N. A. Lahey Clinic Number P. 799 Saunders Co. 1950.
- 9.—Wangensteen O. H.—The Therapeutic Problem in Intestinal obstructions P. 37. C. C. Thomas, Springfield, Ill.—1937.
- 10.—Alvarez Bravo A.—Un caso de Perforación de Ulcera duodenal. Rev. de Gastroenterología de México. P. 157.—Año VI.—Núm. 33 Mayo-Junio, 1941.
- 11.—Flores López R., Alvarez Tostado E. y Luna Olivares A.—Perforación intestinal en la fiebre tifoidea. Rev. Médica del Hospital General de México, Págs. 876-880, V. IX. Núm. 11, Agosto de 1950.
- 12.—Ordóñez Acuña A.—Cirugía de Urgencia en el Hospital General.—Rev. Médica del Hospital General de México. P. 271. V. XIII, Núm. 5, Mayo de 1950.
- 13.—Garlock J. H.—Citado por Schullinger R. N.—Acute Appendicitis. Surg. Clinic of. N. A. New York Number, P. 509, Saunders Co., 1950.
- 14.—Valdez Villarreal F.—Comunicación verbal.
- 15.—Westerborn A.—Surg. Gynec. And Obst. 52-804-1931.
- 16.—Steinberg B.—Infections of. the Peritoneum P. 77-P. B. Hocker, Inc. New York, London 1944.
- 17.—Dussaut A.—Patología del Abdomen Agudo Quirúrgico. "El Ateneo", Buenos Aires, 1949.
- 18.—Waring y Griffiths, citados por Beltrán Báguena M. Medicina Interna de Urgencia. V. II. Edl. Científico Médica, Madrid, 1942.
- 19.—Grollman A. T., Goodman S., Fine A.—Localized Paralytic Ileus; and Early Roentgen Sign in Acute Pancreatitis. Surg. Gynec. and Obst. 91-65-1950.
- 20.—Doublet H. and Mulholland J. H.—The Diagnosis of Acute Pancreatitis. Surg. Clinic of. N. A., P. 445 New York Number. Saunders Co. 1950.



Quiero agradecer infinitamente a todos los señores Académicos, la grande e inmerecida distinción de que me han hecho objeto, al aceptarme en el seno de tan Honorable Institución, grabando en mí hondamente este día de mi recepción académica como el más grande e inolvidable de mi vida profesional.

Los méritos que pueda tener para estar entre ustedes indudablemente que no son personales, los debo a mis maestros ausentes y presentes, a quienes en este momento rindo el más cálido y fervoroso homenaje, especialmente al Dr. Abraham Ayala González, de quien tanto ha recibido en nuestro medio la especialidad del sillón que voy a tener el alto honor de ocupar.

Pondré todo mi entusiasmo, mi cerebro y mi corazón para estar siempre en las mejores condiciones de colaborar dignamente con la Academia.

COMENTARIO AL TRABAJO DE INGRESO DEL DR. RAMON FLORES LOPEZ*

por el Dr. MARIO QUIÑONES,
Presidente de la Sección de Gastroenterología

“DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO”, fué el tema elegido por el Dr. Ramón Flores López para su trabajo de ingreso a esta H. Academia Nacional de Medicina, que hemos tenido el gusto de escuchar.

El tema, sin lugar a dudas, es por sí mismo apasionante ya que engloba multitud de padecimientos del abdomen que se presentan al médico en el ejercicio profesional diario, todos ellos importantes desde cualquier punto de vista, pero particularmente porque implican estados patológicos que en muchos casos pueden fácilmente llevar a la muerte si no se aplica por el médico un discernimiento rápido y una decisión inmediata.

Son situaciones de alta responsabilidad que se presentan por igual al médico como al cirujano y que requieren un conocimiento profundo de la patología abdominal para valorarlos conveniente y oportunamente.

Esta responsabilidad es mayor para el médico general por ser comúnmente quien primero entra en contacto con el paciente que tiene la desgracia de ser afectado por tan delicado estado, pues es raro que en tales circunstancias recurra el enfermo desde luego a un cirujano experimentado. Y digo que la responsabilidad es mayor para él porque él será quien de inmediato deba decidir en primer lugar si se trata de un caso médico o de un caso quirúrgico y si es de estos últimos si requiere intervención quirúrgica inmediata, es decir, que se trata

* Leído en la sesión del 22 de noviembre de 1950.

de un caso de "Abdomen agudo quirúrgico", o bien que siendo caso quirúrgico no debe hacerse correr los riesgos de la emergencia.

Para poder llegar a tales decisiones se requiere en primer lugar, como todos sabemos, un examen clínico completo y bien llevado, tomando en cuenta que en tales casos el apremio de tiempo es angustioso pero también que una técnica incorrecta puede llevar muy fácilmente al error, a veces irreparable.

El interrogatorio es muy importante: La determinación del modo de principio del mal; el dolor con todos sus caracteres (iniciación, situación, intensidad, irradiaciones, persistencia, etc.); las náuseas y vómitos; la supresión de gases y heces o aparición de diarrea o pseudo-diarrea; el abombamiento del vientre con movimiento o no de las asas intestinales; los antecedentes, son del mayor interés para la orientación diagnóstica del caso.

La exploración física abarcando estado de los tegumentos (calor sequedad, temperatura); de las pupilas; del vientre en cuanto a forma, volumen, movimientos, sensibilidad, depresibilidad o dureza de las paredes, movilidad de los miembros inferiores, estado de los órganos intratorácicos, es precioso y necesario complemento del interrogatorio para obtener una orientación diagnóstica conveniente. A esto se agregará el examen radiológico, tan importante, y los de laboratorio que puedan hacerse en un tiempo perentorio.

Naturalmente el médico general y menos aún el avezado en el manejo de estos casos, no olvidará que algunos síndromes dolorosos abdominales aun con apariencia de vientre agudo quirúrgico, tienen origen extra-abdominal y desde luego, no requieren intervención operatoria. Tal ocurre con aquellos de origen endócrino (hipofisario, paratifoideo, por insuficiencia suprarrenal aguda); por trastornos del equilibrio ácido-básico, (acidosis); cardio vascular (angor pectoria de forma abdominal); pericanditis aguda); pleuro pulmonar (neumonía, pleuresía, neumotórax espontáneo); renal (cólicos nefríticos, hidronefrosis); neuro-luético (crisis gástricas de origen tabético); ganglionar (inflamaciones agudas de los mesentéricos), etc.

Recordando estos casos que simulan síndrome abdominal quirúrgico, el clínico puede llegar más fácilmente al diagnóstico del verdadero abdomen agudo quirúrgico y cometer menos errores en cuanto

a la determinación terapéutica que deba tomarse; tratamiento médico o tratamiento quirúrgico. Seguirlo tratando él o encargar su tratamiento a un cirujano experimentado en cirugía abdominal.

No debemos perder de vista que el tiempo en estos casos cuenta mucho y que la intervención quirúrgica en las primeras horas, salva más del 90% de los casos (con excepción del infarto por oclusión de las mesentéricas) ocurriendo lo contrario cuando la intervención se efectúa después de las doce horas del principio del cuadro abdominal.

Naturalmente no satisface al espíritu el llegar tan sólo al conocimiento de si se trata de casos en que deba intervenir quirúrgicamente o no deba intervenir en tal forma. El ideal del clínico es poder decir que se trata de abdomen agudo y la causa o padecimiento que lo ha engendrado. Para ello tiene que hacer el diagnóstico diferencial.

Es precisamente de esto de lo que se ocupa, en el terreno gastroenterológico, el Dr. Flores López en su trabajo de ingreso.

Define el "Abdomen Agudo" como "cualquiera afección que se produzca dentro del vientre que requiera operación inmediata" definición con la que estaríamos de acuerdo si le agregara al entrecomillado "Abdomen Agudo" el calificativo de "Quirúrgico", ya que como antes hemos visto hay padecimientos que no son quirúrgicos y que no obstante por las características de la sintomatología abdominal que determinan pueden muy bien englobarse dentro del cuadro clínico de "Abdomen Agudo".

Presenta en seguida una clasificación modificando a la de Wanges-teen que me parece muy racional y que abarca todos los casos posibles de vientre agudo quirúrgico. Como los grupos que abarca su clasificación los forma lógicamente por las causas que dan origen al estado patológico creo que se comprendería mejor y ganaría en precisión si en vez de decir vientre agudo quirúrgico obstructivo: vascular; perforativo; hemorrágico e infeccioso, los denominara "vientre agudo quirúrgico por obstrucción; por perforación; por hemorragia y por infección".

Al ocuparse del vientre agudo quirúrgico por obstrucción señala y analiza con seguridad y precisión los síntomas principales (dolor,

vómitos, colapso, peristaltismo, meteorismo, supresión de gases y heces, etc.), y sus variantes así como los antecedentes y estudios complementarios tanto radiológicos como de laboratorio que puedan llevarnos con paso firme a su diagnóstico. Se esfuerza, con la firmeza que da la amplitud de conocimiento no sólo de patología, sino de su propia experiencia, en facilitar el reconocimiento de las principales variedades de íleo; el siempre, el íleo por estrangulación y el íleo por inhibición.

Su empeño es justificado por la diferencia de pronóstico que significa cada uno de ellos y por la orientación terapéutica que se deriva del diagnóstico preciso y del tiempo transcurrido desde la iniciación del síndrome abdominal. Los casos clínicos que refiere son muy ilustrativos.

Al tratar del vientre agudo quirúrgico de origen vascular después de recordarnos el origen tromboangéptico o envólico de las mesentéricas superiores o inferiores encuadra con mano firme las características de la sintomatología y evolución que en la mayoría de los casos nos puede permitir llegar a diagnóstico, pero no oculta la gravedad del pronóstico y la frecuente evolución fatal del padecimiento.

La perforación de vesícula biliar es señalada como la más peligrosa, de sintomatología más aparatosa y de pronóstico más grave.

La úlcera gástrica o duodenal perforadas como aquellos casos que son más frecuentes dentro del abdomen agudo, quirúrgico por perforación y se da al apéndice perforado y al intestino de los tifóidicos el lugar que les corresponde, así como a la apertura de colecciones de órganos macizos o de abscesos interviscerales.

Insiste con énfasis sobre aquellos que frecuentemente encontramos en la práctica en los casos de perforación de úlcus o de vesícula el intenso dolor en fosa ílica por reacción peritoneal al excitante químico primero y al bacteriano después debido al escurrimiento del contenido gastro duodenal o vesicular por el corredor mesocólico, que fácilmente hace pensar al médico poco experimentado en apendicitis.

En cada caso se señala con maestría las particularidades de la sintomatología y de la evolución que nos pueden permitir diferenciarlos, insistiéndose en el signo de Jaubert como característico de la úl-

cera gastro-duodenal perforada, aunque también se señala que el neumoperitoneo no es exclusivo de ella.

En tratándose del abdomen agudo quirúrgico por hemorragia se señala la rareza de los casos espontáneos indicándose su mayor frecuencia consecutivamente a rupturas de órganos macizos por traumatismo del abdomen, indicándose los principales síntomas que permiten su diagnóstico.

Al referirse al abdomen agudo quirúrgico por infección última etapa de todos los anteriores cuando no han sido tratados correcta y oportunamente, analiza con serenidad y profundo conocimiento tanto sus orígenes como sus manifestaciones, haciendo jugosas consideraciones, tanto de los casos de peritonitis primitiva de origen septicémico como de aquellas consecutivas a procesos sépticos de órganos intra-abdominales.

Con criterio clínico estudia la apendicitis como el padecimiento que más frecuentemente da origen a abdomen agudo quirúrgico y señala con firmeza los frecuentes errores diagnósticos a que da lugar la ministración de antiespasmódicos, analgésicos y antibióticos en esos casos, se refiere cómo las distintas posiciones de un apéndice enfermo permiten confundir su padecimiento con el de otros órganos. Aboga con justeza, por el inapreciable auxilio de los Rayos X y el de la biometría hemática en estos casos.

Al referirse al capítulo de abdomen agudo quirúrgico por causas diversas señala el vólvulo de estómago y su dilatación aguda así como el vólvulo de la vesícula, padecimientos raros, pero insiste y con razón en lo que respecta a ese proteo que es la pancreatitis aguda, que puede inicialmente simular muchos de los padecimientos que pueden dar lugar a un abdomen agudo quirúrgico. Encuadra con soltura la sintomatología más precisa y señala con insistencia los recursos valiosos que pueden proporcionarnos el laboratorio (Prueba de Somogyi, fórmula leucocitaria y la radiología "asa centinela").

Señores Académicos: Aunque por la importancia del tema numerosos autores como Lejars, Lecene y Leriche, Zacari Cope, Juan Carlos del Campo, Pavlowsky, Moynihan, Mondor, Hardy, Corachan y otros se han ocupado de él, la insistencia del Dr. Flores López es meritoria, pues bien conocidos son los frecuentes fracasos en los también frecuen-

tes casos de patología abdominal encuadrados en la denominación de abdomen agudo.

En el trabajo del Dr. Flores López encontramos constantemente una síntesis armoniosa no de simples lecturas y de acopio bibliográfico minucioso sino el producto de una larga y vivida experiencia obtenida en las salas de enfermos y en las mesas de operaciones de ese magnífico manantial de conocimientos que es el servicios de vías digestivas del Hospital General a cuyo Jefe tanto debe ya la Gastroenterología en México, en cuyas fuentes también abrevamos en no muy lejanas épocas.

Hemos tenido oportunidad de seguir la que sin hipérbole podemos calificar de brillante trayectoria del nuevo académico, desde su pasantía e internado primero, después en su adscripción al Servicio de Vías Digestivas y como Jefe de Clínica en nuestra Cátedra de la Facultad y por último en su puesto de Profesor de Clínica también.

En todo momento reconocimos en él un constante afán de superación y un profundo sentido de responsabilidad al servicio de los enfermos a su cargo.

El constante contacto con problemas clínicos ora en el Hospital o con la clientela particular, ya en el ejercicio de la docencia han forjado la ya recta personalidad médica del Dr. Flores López, pese a su juventud. Personalidad tanto más estimable cuanto que el reconocimiento de ella en el medio médico no le ha envanecido sino que sigue siendo el modesto y afable compañero de siempre.

La Academia Nacional de Medicina debe sentirse satisfecha por el ingreso de tan estimable profesionista a su seno y de contar en adelante con su asidua y activa colaboración.