

Trauma

La urgencia médica de hoy

Volumen **6**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Abril **2003**
January-April

Artículo:




Síndrome abdominal agudo en adulto mayor con antecedente de trauma: Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía de Trauma, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Síndrome abdominal agudo en adulto mayor con antecedente de trauma: Reporte de un caso

Dra. Dulce María Sánchez Caballero,* Dr. Eraclio Hernández Cadena,* Dr. Víctor Flores Huerta,* Dr. Alberto Basilio Olivares,* Dr. Sergio Delgadillo Gutiérrez,* Dr. Óscar López Caro*

Palabras clave: Síndrome abdominal agudo, adulto mayor, trauma.

Key words: Acute abdominal syndrome, elder adult, trauma.

Resumen

El adulto mayor presenta características clínicas atípicas y curso insidioso en el síndrome abdominal agudo; esto es un problema para el diagnóstico oportuno, que a su vez aumenta la morbimortalidad de tales pacientes.

En este trabajo se presenta el caso clínico de un paciente con antecedente traumático a nivel torácico y abdominal que inicialmente tuvo dolor abdominal difuso con diagnóstico preoperatorio de contusión profunda de abdomen.

Abstract

The elder adult presents atypical clinical characteristics and an insidious course in the acute abdominal syndrome; this is a problem for the opportune diagnosis that in turn increases the morbimortality of such patients.

In this work the clinical case of a patient with traumatic antecedent at thoracic and abdominal level is presented that initially had diffuse abdominal pain with preoperative diagnosis of deep contusion of abdomen.

Introducción

El adulto mayor presenta características clínicas atípicas y un curso insidioso en el síndrome abdominal agudo, siendo esto un problema para el diagnóstico oportuno, retrasando el mismo y ocasionando un aumento en la morbimortalidad del paciente. Sin embargo, la mortalidad en la apendicitis aguda es de menos del 1%, correspondiendo el .6% a la apendicitis gangrenada y el 5% a la apendicitis perforada. De este último, el 50% se

presenta en el adulto mayor siendo el 25% el rango de mortalidad para este grupo de edad. Lo anterior se debe a los cambios biológicos del envejecimiento elevando el umbral del dolor, alteraciones en la respuesta inmunológica, por lo que la cuenta leucocitaria puede ser normal. Si a todo lo anterior se agregan enfermedades cronicodegenerativas asociadas y la administración de analgésicos y antibióticos se forma todo un síndrome atípico.

Se presenta en este trabajo el caso clínico de un paciente con antecedente traumático a nivel to-

* Hospital Central Guillermo Barroso Corichi. Cruz Roja Mexicana.

rácico y abdominal, que inicialmente tuvo una presentación clínica de dolor abdominal difuso, siendo el diagnóstico preoperatorio contusión profunda de abdomen.

Actualmente no se han reportado en la literatura casos sobre dolor abdominal agudo en el paciente mayor de edad, asociadas con antecedente de trauma y su resolución quirúrgica.

Caso reporte

Paciente masculino de 55 años de edad el cual ingresa al servicio de urgencias con antecedentes de haber sufrido agresión por terceras personas de 6 días previos, presentando contusión abdominal y torácica, el paciente refiere dolor abdominal difuso, motivo por el cual acude a recibir atención médica en un dispensario, con analgésicos y antibióticos, no especificados, se agrega la presencia de dolor torácico y dificultad respiratoria hace tres días, además de astenia y adinamia, disfunción abdominal, falta de canalización de gases, así como también falta de evacuaciones, motivo por el cual acude nuevamente a recibir atención médica.

A su ingreso, a la exploración física se encuentra masculino de edad aparente mayor a la cronológica, en posición antiálgica, consciente, orientado, cooperador con fascies de dolor, registro inicial de signos vitales, tensión arterial de 120/80, frecuencia cardíaca de 128 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto, 36.0 GC de temperatura. Cráneo normocéfalo, sin exostosis ni endostosis, boca y narinas sin alteraciones, cuello con tráquea central desplazable no dolorosa, pulsos presentes aumentados con frecuencia, no se palpan adenomegalias. Tórax con movimiento de amplexión y amplexación disminuidos a la palpación sin alteraciones, a la auscultación con hipoventilación basal derecha, ruidos cardíacos aumentados de frecuencia y sin ruidos agregados. Abdomen globoso por distensión abdominal, blando depresible, doloroso en forma difusa a la palpación superficial y media sin datos de irritación peritoneal, sin peristalsis, al tacto rectal, esfínter normotenso, próstata sin alteraciones, extremidades superiores e inferiores sin alteraciones.

Cuenta con laboratorios iniciales, química sanguínea glucosa de 461 mg/dL, urea de 66, creatinina de 1.35, biometría hemática hemoglobina de 15.9, Hto. 53, leucocitos 7,300, tiempos de coagu-

lación al 100%, EGO glucosa ++, 5 leucocitos por campo, 3 eritrocitos por campo y urato amorfo.

Se cuenta con placa de tórax inicial en la que se observa velamiento basal derecho que sugiere un derrame pleural, no presenta fracturas óseas. Se realiza lavado peritoneal diagnóstico, ya que en las placas de abdomen se observa una imagen de asa fija en cuadrante superior derecho, además del antecedente de trauma contuso abdominal, con lo que se piensa inicialmente en la ruptura de una víscera hueca, probable lesión intestinal, siendo el estudio de elección para descartar este tipo de lesión con alta sensibilidad; así pues el lavado macroscópicamente se observa turbio y al estudio citológico y citotímico reporta como datos de positividad la presencia de bacterias escasas y 5,300 leucocitos/mm³.

Se coloca sonda endopleural en el hemitórax derecho, drenando escasos 100 cc de material seroso. Posteriormente se pasa a quirófano con diagnóstico de contusión profunda de abdomen y probable perforación de víscera hueca, encontrando una apendicitis perforada subhepática con presencia de material purulento de aproximadamente 300 cc, realizándose evacuación del material purulento. Apendicectomía tipo Halsted, aseo de cavidad con 5 litros de solución estéril y colocación de drenajes. El paciente presenta datos de fase hiperdinámica de choque séptico por lo que se ha manejado con aminas pasando a la terapia intensiva. El paciente evoluciona en forma adecuada, al tercer día se le retira la sonda endopleural y pasa a piso, se egresa posteriormente en 6 días del hospital.

Discusión

El reporte de patología que se recibe posteriormente verifica la presencia de una apendicitis aguda supurada, lo que confirma un proceso inflamatorio agudo que coincide simultáneamente con un antecedente de trauma abdominal.

En este caso las posibilidades diagnósticas iniciales se orientaron al acontecimiento reciente de trauma abdominal contuso, si a esto agregamos el hecho de que el paciente recibe atención médica con medicamentos analgésicos y antibióticos, previamente, a una patología previa también de reciente descubrimiento como fue la diabetes mellitus, un cuadro clínico totalmente atípico, la presencia de exámenes de laboratorio que no reportaban ni siquiera la presencia de leucocitosis inicial, no

orienta definitivamente al diagnóstico de un cuadro apendicular agudo.

Se ha reportado en la literatura que los factores que intervienen en la morbimortalidad de pacientes de edad mayor son la presencia de infección de la herida quirúrgica, presencia de abscesos en la pelvis subfrénicos e intraabdominales, fístulas intestinales y como motivo de casos de mortalidad la presencia de sepsis abdominal y pyleflebitis.

La presencia de derrame pleural del hemitórax derecho, se justifica por el proceso inflamatorio de varios días de evolución, en el que intervino el factor de la formación de abscesos subfrénicos, motivo por el cual existe liberación de factores tales como citocinas, prostaglandinas, que tuvieron como resultado final la presencia de trasudado hacia el espacio pleural.

Referencias

1. Hardin MJR. *Acute Appendicitis: Review and Update*. American Family Physician Volume 60, 1999. American Academy of Family Physicians.
2. Graffeo ChS, Counselman FL. *Appendicitis*. *Gastrointestinal Emergencies*. Department of Emergency Medicine Volume 14, Number 4, November 1996.
3. Douglas CD, MacPherson NE, Davison PM. *Ultrasonography accurately identifies appendicitis but does not reduce unnecessary. Operations or produce better clinical outcomes than standard diagnosis*. *Evidence-based Healthcare*. Volume 5, Number 2, June 2001.
4. Sallin K, Rothrock SG. *Diagnosis of acute appendicitis: increasing accuracy, improving outcome, and decreasing liability*. Emergency Medicine Residency. *J Fla Med Assoc* 1988; 84: 9.
5. Eldar S, Nash E, Matter I. *Delay of surgery in acute appendicitis*. *Am Surgery*. 1997; 173: 3.
6. Martín Robles Ortega. *Etiología y manifestaciones clínicas del síndrome abdominal agudo en el adulto mayor*. *Revista Médica del IMSS* 2001; 39(3): 237-241.