

# Cirugía y Cirujanos

Volumen 72  
Volume

Número 3  
Number

Mayo-Junio 2004  
May-June

*Artículo:*

Editorial

Abdomen agudo no quirúrgico

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Academia Mexicana de Cirugía

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*



**Edigraphic.com**

## Editorial

# **Abdomen agudo no quirúrgico**

*Acad. Dr. José Halabe-Cherem\**

Si bien el término *abdomen agudo* se refiere a variables de localización y tiempo de evolución, en realidad traduce un síndrome caracterizado por dolor abdominal, signos de reacción peritoneal y efectos sobre el estado general, particularidades que obligan a la realización de una intervención quirúrgica<sup>(1)</sup>.

Desde ese punto de vista, no cabría la idea de un abdomen agudo no quirúrgico. No obstante, numerosos trastornos producen cuadros de “abdomen agudo” que no requieren tratamiento quirúrgico. La distinción no es fácil y aún es válida la máxima de ofrecer al paciente el mayor beneficio posible, prefiriendo la intervención quirúrgica innecesaria al riesgo de una enfermedad rápidamente evolutiva que puede alcanzar una fase irreversible.

Los elementos básicos del síndrome de abdomen agudo son el dolor abdominal intenso y las manifestaciones de irritación peritoneal; puede cursar con ileo paralítico, fiebre y leucocitosis.

Entre las enfermedades que pueden manifestarse como “abdomen agudo” y cuya resolución es mediante tratamiento médico, destacan:

a) *Porfirias*: grupo heterogéneo de trastornos metabólicos ocasionados por defectos genéticos de las enzimas que participan en la biosíntesis del hem. Estas enfermedades están caracterizadas por una acumulación y excreción excesivas de porfirinas y de precursores de éstas. El hem es fundamental para las funciones celulares de los mamíferos y un componente vital de la hemoglobina, mioglobina, catalasas, peroxidases y citocromos. Las manifestaciones clínicas principales de las porfirias hepáticas agudas son síntomas neurológicos como dolor abdominal, neu-

ropatía y alteraciones mentales. El dolor abdominal se meja un abdomen agudo que conlleva en ocasiones a la parotomía que resulta “blanca” o negativa. El tratamiento consiste en la administración de soluciones glucosadas hipertónicas, hematina o cimetidina.

- b) *Saturnismo*: intoxicación por plomo relacionada con exposición ambiental y ocupacional; por lo general, los pacientes cursan con anemia. El dolor abdominal puede ser difuso y de diversa intensidad hasta semejar un abdomen agudo y cuadros de oclusión intestinal. El tratamiento es con agentes quelantes.
- c) *Fiebre mediterránea familiar*: enfermedad con patrón de herencia autosómico recesivo, caracterizada por episodios recurrentes de fiebre, a intervalos variables, que suelen acompañarse de dolor abdominal, torácico y articular, así como de lesiones cutáneas. Desde el punto de vista clínico, los pacientes con fiebre mediterránea familiar presentan fiebre intermitente de dos a tres días de duración. El aspecto más dramático de la enfermedad es el dolor abdominal indistinguible de un abdomen agudo. Sólo el antecedente de episodios similares permite suponer que se trata de un ataque de fiebre mediterránea familiar. Cuando la enfermedad se manifiesta por primera vez como un síndrome abdominal agudo, los antecedentes familiares o el lugar de origen de la familia son los únicos datos sugestivos del diagnóstico; sin embargo, la mayoría de estos enfermos son sometidos a laparotomía ante la posibilidad de una verdadera urgencia quirúrgica. El tratamiento es con colchicina, tanto para prevenir las crisis como para el tratamiento de las mismas.
- d) *Epilepsia abdominal*: es una causa rara de dolor abdominal recurrente. Aunque ha sido descrita con mayor frecuencia en niños, existen informes de su presencia en adultos. El dolor generalmente es periumbilical y puede ser la única manifestación del trastorno. No obstante, el espectro clínico incluye dolor abdominal en diferentes localizaciones, con inicio abrupto y duración variable, náuseas, meteorismo y diarrea. Las anomalías electroencefalográficas relacionadas con la epilepsia abdominal se localizan en uno o ambos lóbulos temporales y pueden incluir descargas paroxísticas positivas. Existe gran controversia en cuanto al significado de estas alteraciones, ya que se describen en 16 a 58% de la población normal. El tratamiento es con anticonvulsivos.

\* Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

*Solicitud de sobretiros:*  
Acad. Dr. José Halabe-Cherem,  
Aristóteles 68,  
Col. Polanco,  
11560 México, D.F.

Recibido para publicación: 14-05-2004.  
Aceptado para publicación: 26-05-2004.

- e) *Angioedema*: puede ser hereditario o adquirido. Los ataques por lo general tienen una presentación aguda con una duración de uno a cuatro días. Se inicia con inflamación de cara y cuello que provoca deformidad progresiva y que, algunas veces, compromete la laringe y dificulta la respiración. Comúnmente afecta las extremidades y no existe dolor, prurito ni eritema; su resolución no deja secuelas. El compromiso abdominal por angioedema repercute en la mucosa gastrointestinal y serosa de la pared abdominal, manifestándose como dolor abdominal.
- f) *Enfermedad por arañazo de gato*: *Bartonella henselae* es la responsable de esta enfermedad; sus manifestaciones clínicas incluyen piel, ganglios linfáticos, músculos y aparato gastrointestinal, produciendo dolor abdominal muy intenso que a veces se confunde con abdomen agudo.
- g) *Otras*: cetoacidosis diabética, pancreatitis aguda, isquemia mesentérica, vasculitis, endometriosis, infarto del miocardio, peritonitis primaria, algunas infecciones, algunos trastornos hematológicos, el hipo e hipertiroidismo, son otras condiciones patológicas que pueden producir dolor abdominal indistinguible de un abdomen agudo.

Cuando cualquiera de estas enfermedades se presenta por primera vez en forma de síndrome abdominal agudo, los antecedentes familiares y personales son los únicos datos que pueden orientar al diagnóstico; sin embargo, la mayoría de

estos enfermos se somete a laparotomía ante la posibilidad de una verdadera urgencia quirúrgica. Más aún, muchos pacientes sufren varias intervenciones quirúrgicas porque la enfermedad no le ha sido diagnosticada, porque el diagnóstico se soslayó o por el temor de que ese episodio abdominal agudo se deba a una enfermedad cuya resolución es quirúrgica.

Por estas razones, se recomienda efectuar en forma profiláctica apendicectomía y colecistectomía cuando se interviene a un paciente con abdomen agudo y se sospecha padece otra entidad que cause dolor abdominal.

Como quiera que se vea, el abdomen agudo es un reto para el cirujano, quien es capaz de resolver cualquier eventualidad que encuentre al realizar la exploración quirúrgica. Aunque la conducta genérica de explorar quirúrgicamente es la mejor orientada en cuanto a probabilidades, la llamada de alerta sobre enfermedades no quirúrgicas siempre estará latente<sup>(2-4)</sup>.

## Referencias

1. Halabe J, Lifshitz A, Nellen H. Abdomen agudo. Tratamiento médico. México: McGraw-Hill; 2000.
2. Halabe J, Pérez C, Nellen H, Mercado A, Sigala C, Castaño J. Fiebre mediterránea familiar en la ciudad de México. Seguimiento durante 20 años. Cir Ciruj 2004;72:135-138.
3. Greengard J. Lead poisoning. Clin Pediatr 1996;5:269-276.
4. Rottensch HH, Vlasses PH, Fergusun RK. Angiotensin-converting inhibitor. Med Clin North Am 1988;72:399-425.

