

Actitud del médico ante un abdomen agudo

— Por el Doctor — **HELIOBORO GONZÁLEZ MOGENA**

Presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición. Madrid.

Ante un síndrome de abdomen agudo se le presenta al médico una de las situaciones de mayor responsabilidad, ya que, sin demora o en un espacio de tiempo muy corto, ha de tomar decisiones terapéuticas de las cuales va a depender, en un porcentaje alto de casos, la vida del enfermo, sin que dichas decisiones puedan ser eficazmente rectificadas.

Consciente de esta gran responsabilidad, el médico tiene que poner a prueba sus conocimientos para llegar, en lo posible, a un diagnóstico, sin que la urgencia de la indicación terapéutica le permita esperar a ver la evolución del proceso para afianzar su diagnóstico.

La situación angustiosa del enfermo y de nervosismo en las personas que le rodean, hace aún más difícil nuestra actuación, teniendo que sobreponernos al ambiente acuciante de momento con serenidad y con la rapidez que el caso requiere.

Nuestra serenidad, emanada de un honrado juicio clínico ante el difícil diagnóstico, se impondrá al ambiente. Pero si exteriormente hemos de dar esta impresión, nuestra íntima convicción ha de ser de prudencia, huyendo de afirmaciones rotundas que, con frecuencia, la experiencia se encarga de rectificar.

No por tener que ser nuestra actuación rápida hemos por ello de prescindir de un interrogatorio y exploración detallada, tan difícil en estos casos y tan necesaria para llegar a un diagnóstico correcto, a falta de otros medios auxiliares, imponiéndonos a las personas que rodean al enfermo, que desean lleguemos rápidamente a ordenar la terapéutica que resuelve aquella grave situación.

Si bien no perderemos tiempo ni cansaremos al enfermo con preguntas más o menos inútiles, es imprescindible que, de una manera ordenada, recojamos todos aquellos datos que, bien valorados y con una exploración muy cuidadosa, nos llevarán, en un porcentaje alto de casos, a un diagnóstico de probabilidad; por otra parte, no emplearemos un tiempo que puede ser decisivo para la vida del enfermo, en querer llegar a, un diagnóstico preciso si pensamos es necesaria la intervención quirúrgica; lo que creamos se pierde de nuestro amor propio profesional lo ganará, la vida de los enfermos.

Ante todo, tenemos que diferenciar si el cuadro abdominal que el enfermo presenta es debido a un proceso de origen abdominal, o si, por el contrario, la causa original es extraabdominal.

Si bien es verdad son muchas las afecciones de causa extraabdominal que pueden dar lugar a manifestaciones abdominales agudas, el diagnóstico diferencial en la mayoría de las ocasiones no es difícil; basta con pensar en ellas para que ya la anamnesis nos lo haga sospechar; así, por ejemplo, nos sucede cuando el enfermo dice trabaja con plomo, haciéndonos pensar en la posibilidad de un cólico saturnino, que la existencia del ribete gingival de Burton apoyará; la disnea, en ocasiones la tos, especialmente en los niños, nos lleva a auscultar el tórax, descubriendo la existencia de una neumonía.

La forma de comienzo, la irradiación del dolor y la falta, de verdadero síndrome abdominal, con inmovilidad absoluta del enfermo, puede indicarnos se trata de una afección coronaria; dolor abdominal y contractura parietal también se presentan en la pleuresía diafragmática y en la pericarditis; por eso la conveniencia de la exploración torácica en los casos de diagnóstico dudoso; por no existir una verdadera rigidez de la pared, la contractura muscular, que tanta importancia tiene en el diagnóstico del abdomen agudo, suele ceder con una palpación un poco prolongada. Las alteraciones metabólicas son en ocasiones motivo de sintomatología abdominal, que el médico debe tener en cuenta y no llevar su pensamiento exclusivamente por los procesos abdominales, con el grave riesgo de llegar a una laparotomía innecesaria.

Una sintomatología abdominal aguda la encontramos en diversos trastornos metabólicos; en la acidosis existen vómitos y náuseas, acompañados en muchos casos de dolor abdominal, rigidez de la pared, leucocitosis y fiebre; si bien la contractura de la pared abdominal no suele ser muy intensa, el diagnóstico diferencial puede hacerse, sobre todo, sabiendo si el enfermo tiene glucosa en orina e investigando la existencia de acetona y, si es posible, la reserva alcalina; la respiración del tipo Kussmaul puede hacerlo sospechar.

Es cierto que antes de hacer una laparotomía por un abdomen agudo con diagnóstico dudoso en un enfermo con una historia de glucosuria, o en donde se descubra la existencia de azúcar en la orina, habrá que pensar estamos ante un síndrome de acidosis, y, ya confirmada, hacer un tratamiento rápido y enérgico, para en muy escaso tiempo poder determinar si éste era el origen de la sintomatología abdominal.

Pero, por otra parte, hay que tener presente que puede la acidosis presentarse complicando un proceso abdominal agudo, diagnóstico diferencial difícil en algún caso, por lo que al mismo tiempo que se establezca un tratamiento rápido de la acidosis, estaremos preparados por si la sintomatología abdominal no cede y es necesario practicar una laparotomía. El síndrome abdominal en

los diabéticos puede tener un origen, vascular, por trombosis, según se ha demostrado en algunos casos.

En la crisis hipoglucémica, el dolor abdominal puede ser un síntoma predominante, casi siempre localizado en el cuadrante superior derecho, -con irradiación a la espalda, presentándose, además, náuseas; pero, por lo demás, falta el restante cuadro del abdomen agudo, lo mismo que sucede con las crisis dolorosas abdominales de origen hipofisario; también se encuentran casos en el hipertiroidismo, cuyo diagnóstico diferencial no ofrece dificultad.

La tetania visceral debida a la insuficiencia para tiroidea puede dar lugar a cuadros abdominales, en donde sí bien la contractura muscular es muy intensa, falta el dolor a la presión; por otra parte, existirá la sintomatología característica con hipertonia, hiperreflexia y los signos de CHVOSTEK y TROUSSEAU.

En la insuficiencia suprarrenal se presentan a veces dolores abdominales de intensidad variable, acompañados en algunos casos de vómitos y de diarrea, que han dado motivo a laparotomía por un diagnóstico erróneo; falta en estos casos el dolor a la presión y la contractura abdominal; existiendo dolor lumbar espontáneo, hipotensión, astenia muy pronunciada e hipotermia, ántenas importantes para el diagnóstico diferencial; la pigmentación oscura de la piel y de las mucosas, si bien es muy característica, puede ser todavía poco acentuada y no impresionar para el diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal.

Si ante una crisis de dolor abdominal agudo tenemos que pensar pueda ser de origen endocrino y obrar en consecuencia, también es necesario tener presente que la alteración metabólica, acidosis o insuficiencia suprarrenal aguda, puede haberse originado en el curso del proceso del abdomen y ser la consecuencia de éste y no la causa, por lo que el tratamiento a instituir no es más que complemento del tratamiento de la causa original.

En la trombosis de la aorta puede haber dolor de extraordinaria intensidad en el abdomen, de localización alta, sobre todo retroesternal, de carácter constrictivo, con irradiación por el brazo izquierdo, faltando el vientre en tabla, característico de la perforación gástrica o duodenal, con la que podía confundirse, así como los demás, síntomas que habitualmente acompañan a ésta (desaparición de la matidez hepática, etc.); cuando sea posible, el electrocardiograma aclarará el diagnóstico.

Si bien en el traumatismo del raquis, así como en las heridas de la médula, se presentan síntomas abdominales agudos que el cirujano debe conocer; lo que al médico interesa es la existencia, como síntoma predominante, de una extensa contractura muscular, vientre en tabla, que pudiera interpretarse como signo de peritonitis, cuando el traumatismo de la columna vertebral, origen de esa contractura, se le considera en el segundo plano.

Aun cuando cada día es menos frecuente, y hoy podemos ya decir que es **excepcional**, tendremos en cuenta que un; dolor de extraordinaria violencia localizado en epigastrio, a veces acompañado de náuseas o vómitos, pudiendo hacer pensar en un proceso abdominal agudo, se presenta en la **tabes dorsal**. Si esta crisis dolorosa ya se había producido anteriormente, la falta de defensa muscular y de síntomas perforativos, la abolición de reflejos rotulianos y de Aquiles, la anisocoria y el signo de ARGYLL-ROBERTSON positivo, nos demuestran su origen tabético.

Pero también el error contrario se ha cometido, es decir, considerar' como una crisis gástrica de la **tabes dorsal** el dolor producido por la perforación de una úlcera gástrica o duodenal existente en un tabético; de ahí la necesidad de un interrogatorio correcto y de una exploración detenida.

En la epilepsia, y también por procedimientos encefálicos, pueden presentarse síntomas de abdomen agudo, de fácil diagnóstico diferencial.

Cuando sea posible practicar un recuento globular, la existencia de un hemograma normal será un dato- más de gran importancia para el diagnóstico diferencial con aquellos procesos en los que se produce una inflamación peritoneal.

Eliminados ya aquellos procesos cuyo origen estaban fuera del abdomen, y cuyo tratamiento médico es ya sabido, tenemos que pensar, por razón de su mayor frecuencia, que el dolor se deba a una contracción peristáltica violenta de la musculatura involuntaria de una viscera, de un conducto o de un esfínter, y que normalmente se contrae sin dolor; esta contracción violenta se produce, por lo general, al tener que vencer algún obstáculo que dificulte el paso normal, ya sea a través del estómago o del intestino, vías biliares, urinarias, conducto pancreático o útero.

Es característica general de estos dolores cólicos la extraordinaria nervosidad del enfermo, revolviéndose en diferentes posturas, a veces absurdas, buscando mejoría para su dolor; el dolor es referido al sitio de origen y, en parte, al área de la distribución nerviosa del segmento espinal con el cual está asociada la parte afectada. El dolor suele presentarse en forma paroxística, como corresponde a su producción peristáltica, encontrando a veces el enfermo un cierto alivio comprimiéndose con la mano la zona dolorosa.

Si durante el momento del dolor encontramos intensa contracción muscular, en las fases de calma, la pared abdominal se relaja, permitiendo hasta una palpación algo profunda, si bien acusando dolor en la zona afectada.

El dolor suele acompañarse, por estímulo simpático, de palidez de la piel, pulso pequeño, temperatura por debajo de lo normal; cuando el dolor cólico se deba a gastritis aguda por ingestión de alimentos en malas condiciones, de digestión difícil o en cantidades

no usuales o por causas externas que perturban las condiciones digestivas normales, los vómitos espontáneos o provocados, en donde se ven aumentos ingeridos muchas horas Antes, suelen calmar el dolor.

En la enteritis aguda es característico el dolor en forma de retortijón o difuso, alrededor del ombligo, sin síntoma alguno peritoneal, con antecedentes semejantes a los indicados en las gastritis agudas y aparición de diarrea, con la consiguiente calma del dolor. Cuando falta la expulsión de heces y también de gases, puede temerse un origen obstructivo, a que luego nos referiremos; tengamos muy presente que precisamente esta crisis de dolor que pensamos debida a espasmos o contractura intestinal, no la atribuiremos despreocupadamente a una sencilla indigestión, sino que tendremos en cuenta puede deberse a una obstrucción intestinal.

El dolor en el cólico de plomo va acompañado de estreñimiento, habiendo hecho anteriormente el diagnóstico diferencial.

Para el diagnóstico del cólico hepático en la anamnesis, ya recogeremos la existencia de trastornos dispépticos precediendo al cólico; pero en ocasiones éste aparece por primera vez sin antecedentes de molestias digestivas, que, con más frecuencia, se presenta en mujeres. El dolor en epigastrio o en punto cístico con irradiación a la derecha, a la punta de la escápula o al hombro derecho, siendo su presentación, en un porcentaje alto de casos, a medianoche; según nuestra experiencia no es infrecuente el dolor referido debajo del reborde costal izquierdo, si bien a la palpación el dolor se acusa en la zona vesicular. Hay vómitos o bien estado nauseoso, encontrándose el enfermo agitado, en contraste con el dolor perforativo; en el primer momento falta la fiebre. A la exploración podemos encontrar defensa muscular, pero sin rigidez pronunciada; la zona dolorosa está localizada en la región vesicular, sin signos peritoneales, a que luego nos referiremos; en estas primeras horas el recuento globular y la fórmula leucocitaria serán normales.

Si se trata de un cólico nefrítico, el dolor puede ser de gran violencia, con irradiación hacia la región lumbo-renal o por trayecto de uréter hasta escroto, disuria, hematuria macro o microscópica, que rápidamente puede ponerse en evidencia con la prueba de la bencidina o del piramidón; la precipitación de los cristales de sulfamidas tomadas con muy poco líquido, hemos visto dar lugar a un cólico renal con la orina muy oscura, pero no rojiza; la falta de signos perifonéales nos facilitará el diagnóstico.

Los cólicos uterinos pueden, por la intensidad del dolor acompañarse de vomitos, palidez y taquicardia, inquietar *en el* primer momento. El dolor producido por la expulsión de un coágulo sanguíneo o de un feto es referido a la parte inferior del abdomen y al mismo tiempo a la región lumbar; la historia menstrual, las anteriores dismenorreas dolorosas y la falta de todo síntoma perito-

neal nos ayuda al diagnóstico; no olvidemos la posible existencia de un aborto provocado.

Aun cuando se trate de una afección rara, es necesario recordar que en la **porfiria** aguda se presentan dolores abdominales de gran intensidad, de tipo cólico, por lo que pueden prestarse a la confusión con un cólico **hepático**, nefrítico, obstrucción intestinal, apendicitis o con la intoxicación saturnina, teniendo en cuenta la existencia de neuritis en el segundo proceso; la falta de contractura muscular y la **coloración** roja de la orina al contacto con la luz debido a la **uroporfirina**, son las características **denominantes** para el diagnóstico diferencial. Discriminadas ya estas causas, cuyo tratamiento médico no vamos a ocuparnos, tenemos que hacer "rápidamente el diagnóstico diferencial con aquellos procesos de origen del denominado abdomen quirúrgico, por ser tributarios de una terapéutica quirúrgica.

Aquí nos encontramos con los procesos inflamatorios agudos del apéndice y del páncreas, la perforación de las vísceras huecas (**estómago**, intestino y vesícula biliar), obstrucción aguda del intestino y también con procesos ginecológicos agudos de gran gravedad.

A la sintomatología propia de cada uno de estos **procesos** le sigue en seguida un cuadro clínico común a los procesos inflamatorios y perforativos, debido a la peritonitis aguda que hace ya en aquellos momentos muy difícil dilucidar con certeza la causa que lo origina.

Apéndice.— Si el diagnóstico es fácil, la mayoría de las veces, con su sintomatología característica, sobre la que no vamos a insistir, hay que tener presente que puede el apéndice estar situado dentro de la pelvis o bien ser retrocecal, y entonces, al inflamarse, es distinta la **sintomatología** local.

En la apendicitis pélvica, el dolor es mucho más bajo en zona salpingo-ovárica, y a veces en la línea media, con contractura muscular muy baja y poco extensa; puede acompañarse de tenesmo vesical y de retención de **orina** o de disuria; hay que tener presente que en esto, casos falta, tanto espontáneo como a la presión, el dolor en el punto clásico de Mac Burney o en el de Lanz, sin existir tampoco defensa muscular en esa región. El diagnóstico lo haremos por "tacto rectal", que deberá practicarse en todo enfermo con diagnóstico dudoso de inflamación apendicular; creemos no se insiste lo suficiente en la importancia que para el diagnóstico tiene esta sencilla exploración que todo médico debe habituarse a practicar. A través de la cara anterior del recto tocamos con el extremo del dedo el fondo de saco peritoneal, produciéndose un dolor agudo, vivo, en la apendicitis pélvica, y a veces, si han pasado más horas, se apreciará un cierto empastamiento, más perceptible todavía si al mismo tiempo practicamos la palpación hipogástrica.

El tacto rectal no solamente tiene valor para el diagnóstico de las apendicitis pélvicas, sino que es necesario practicarlo en todos aquellos casos en que después de pasada la fase aguda **apendiciaria** persiste la fiebre, aun cuando no elevada; sin **verdadero** dolor en **zona apendicular** y vientre flácido, y gracias a esta exploración descubriremos la existencia de un absceso pélvico; tengamos en cuenta que por su situación declive se favorece esta **localizaron** en procesos perifonéales no sólo de origen apendiciario o genital, sino también en las **perforaciones** de las úlceras.

En la apendicitis retrocecal puede el dolor localizarse en la fosa ilíaca derecha, encontrándose muy atenuada toda la sintomatología peritoneal, con escaso dolor a la presión y muy ligera contractura de la pared abdominal inferior. Pero, en cambio, acostado el enfermo en decúbito lateral izquierdo, al palpar por encima de la cresta ilíaca hacia el sacro, encontrarémos la zona dolorosa con contractura muscular y empastamiento haciendo la palpación bimanual, corno si se tratase de buscar un riñón ptósico, percibimos la tumefacción inflamatoria dolorosa por encima de la cresta ilíaca. En el caso de apéndice larga dirigido hacia arriba, puede su extremidad distal ponerse en contacto con la vesícula biliar, y el dolor espontáneo o a la presión hacer pensar en inflamación del colecisto; los antecedentes y la forma de comienzo suelen ser datos ya suficientes para orientar el diagnóstico diferencial.

La rotura de un embarazo extrauterino nos da una sintomatología abdominal no siempre fácil de diferenciar de la debida a una, apendicitis aguda, si bien tenemos datos que nos facilitarán el diagnóstico, como son el antecedente de la falta del periodo menstrual, el estado de anemia intensa, y luego, al tacto vaginal, el dolor intensísimo en el fondo de Douglas, que luego referiremos con más detalle.

La diferenciación con el cólico hepático o con el cólico renal del lado derecho es generalmente posible, y nos servirá de gran ayuda el análisis de sangre, al que luego haremos referencia; también habrá que hacer el diagnóstico diferencial con las perforaciones; pero, como luego diremos, en casos de duda con un proceso cuyo tratamiento haya de ser quirúrgico inmediato, no debemos perder tiempo en querer llegar a un diagnóstico exacto esperando a ver la evolución del proceso o a exploraciones que retrasen la intervención quirúrgica, ya que con ello aumentaremos las probabilidades de éxito.

No tenemos signo alguno de suficiente certeza para hacer el diagnóstico diferencial con la linfadenitis mesentérica; de ahí que en la mayor parte de los casos, aun cuando se piense en este diagnóstico, se aconseje la laparotomía, que, por **otra** parte, se ha visto ejerce una influencia favorable **sobre** la afección.

Ya antes nos hemos referido al diagnóstico diferencial con: la pleuresía diafragmática o con la neumonía basal; aun cuando en la

fiebre tifoidea puede haber dolor en la fosa iliaca derecha, no habrá dificultad en el diagnóstico diferencial, pero tendremos en cuenta que, aun cuando rara vez, puede tratarse de una apendicitis tífica.

El laboratorio también nos suministrará datos de valor, tanto para el diagnóstico diferencial como para la indicación terapéutica; cuando tratemos de juzgar los datos que el hemograma nos proporciona, tendremos muy en cuenta el número de horas o de días que van transcurridos desde la iniciación del proceso hasta el momento en que se hizo la toma de sangre.

Ya al principio nos referimos al examen de orina y sangre, investigando la glucosa y cuerpos cetónicos, para saber si nos encontramos ante un coma diabético; aumento de leucocitos con polinucleosis existe muy precozmente en la apendicitis aguda, teniendo más valor que la cifra de un examen aislado la determinación repetida, si se cree conveniente, cada dos o tres horas, juzgando así de la marcha de la enfermedad.

Es conveniente recordemos la observación, que hemos visto en ocasiones, de enfermos con un ataque apendicular agudo y una cifra no muy aumentada de leucocitos y polinucleares, encontrándose luego en la operación con un apéndice gangrenado; el aumento progresivo de leucocitos y de la proporción de polinucleares con desviación a la izquierda, nos indica la grave afectación peritoneal; por el contrario, su disminución es un signo de buen pronóstico, así como también la aparición de los eosinófilos. La velocidad de sedimentación de los hematíes tiene también un gran valor diagnóstico, encontrándola aumentada en la apendicitis aguda, siendo suficiente que conozcamos la cifra de sedimentación de la primera hora, y esta determinación, por no requerir microscopio ni conocimientos de laboratorio, puede practicarse perfectamente en el medio rural.

En la rotura de un embarazo extrauterino, en la primera hora habrá una leucocitosis moderada, pero lo más característico es la disminución considerable del número de hematíes.

El diagnóstico de la apendicitis aguda lleva consigo la indicación quirúrgica inmediata; es cierto que en algunos casos puede tener el proceso una evolución favorable; pero no debemos por ello confiarnos, ya que en cualquier momento puede producirse una perforación; recordamos las veces que, a pesar de una sintomatología poco aparatosa, hemos enviado al enfermo al cirujano, y en la operación se encontró con un apéndice ya en vías de gangrena.

Si en las primeras veinticuatro horas este criterio es unánime, no era lo mismo cuando ya habían transcurrido dos o tres días, por pensar que al destruirse en el acto quirúrgico las adherencias defensivas que se habían formado, se daría lugar a una difusión de la peritonitis; el criterio abstencionista en estos casos le consideramos extraordinariamente peligroso; el absceso periapendicular que puede formarse necesitará una intervención quirúrgica

si antes no se abre espontáneamente, dando origen a una peritonitis generalizada.

Sin tener en cuenta el número de horas transcurridas desde el **comienzo** del ataque agudo, en cuanto diagnostiquemos se trata de una apendicitis, aconsejaremos la intervención quirúrgica inmediata.

Si en el primer momento la sintomatología es poco manifiesta, y, por consiguiente, el diagnóstico dudoso, nos abstendremos por lo pronto de todo aquello que pudiese ser perjudicial; si luego viésemos se trataba de una apendicitis, y pensando desde el primer momento sea éste el origen de la sintomatología, no nos quedaremos tranquilos demorando una nueva visita hasta pasadas diez o doce horas; nuestra observación, ha de ser continua, y, cuando sea posible, repetir el análisis de sangre cada dos o tres horas: tendremos siempre presente que es preferible hacer una laparotomía y quitar un apéndice no muy patológico que esperar a aconsejar la **intervención** cuando ya se hayan presentado síntomas de **peritonitis**.

No es necesario recordar, por ser bien conocido, cómo se eleva extraordinariamente el porcentaje de mortalidad según van transcurriendo más horas desde el comienzo de la apendicitis aguda hasta el momento de la operación.

La administración parenteral de antibióticos y la prohibición de toda ingestión por vía oral, se establecerán desde el primer momento, con quietud absoluta y hielo en la zona dolorosa: no hay inconveniente en la inyección de opiáceos, siempre que tengamos luego presente se debe a **estas la desaparición** del dolor y **no** pensemos en la mejoría del enfermo porque falte el dolor.

Perforación de *H. pylori* duodenal.— La frecuencia con la cual se perforan las úlceras gástricas o duodenales es muy variable, según la **estadística** esté hecha en un Centro quirúrgico o médico; pero, desde luego, lo suficientemente frecuente para pensar en seguida en esta complicación cuando nos encontremos ante un abdomen agudo.

El diagnóstico podemos hacerlo rápidamente cuando **se** trate de un dolor repentino. el más clásico denominarle de puñalada), localizado en epigastrio, y si al mismo **tiempo** existe una contractura rígida de la pared abdominal: **cuando**, además, el enfermo nos cuenta estaba, ya **diagnosticado** de úlcera, o sin este diagnóstico, tenía antecedentes de molestias **gástricas** o de *Refluxo*, nuestro primer pensamiento se orientará en la perforación de una úlcera.

Cuando se trate de la perforación de una úlcera **duodenal**, **pero** puede acusarse a la derecha del **epigastrio**, en el **hipocondrio** derecho y, más rara vez, en la fosa ilíaca derecha. Con **frecuencia** el dolor se irradia también hacia el tórax, **considerándose** va el dolor escapular o acromio clavicular como un signo de peritonitis aguda.

Si bien es lo más frecuente que el dolor sea extraordinariamente agudo, hemos visto muchos perforados en los cuales la intensidad del dolor era pequeña, lo que tendremos en cuenta para no desorientarnos, en el diagnóstico.

Después del dolor más o menos agudo puede venir una segunda fase de atenuación del dolor espontáneo, como sucede a veces en las perforaciones cubiertas; esta "acalmia" se ha considerado traidora, ya que puede el médico confundirse -con **ello** y retrasar la intervención quirúrgica.

Al mismo tiempo, es frecuente se presente un "dolor referido" al hombro o al vértice de la escápula, al cual el enfermo no suele hacer referencia en el primer momento por ser mucho más intenso el dolor en el epigastrio. Este dolor es motivado por irritación que el contenido gástrico produce sobre las ramificaciones del frénico en la cúpula diafragmática.

Pasadas unas horas, puede ya el dolor extenderse por todo el vientre, debido a la acción irritante del contenido gástrico vertido en la cavidad abdominal y por la acción de la gravedad el sitio de predominio será el cuadrante inferior derecho, lo cual puede prestarse a confusión con una apendicitis aguda.

Es muy característico del dolor por perforación la inmovilidad del enfermo, a diferencia de lo que vemos sucede cuando el dolor se debe a un cólico nefrítico, hepático o intestinal, que encontramos al enfermo agitado, revolcándose en la cama; en algunos casos se presentan vómitos; la idea de su ausencia porque el enfermo vomita en el peritoneo, no es ni mucho menos real, si bien si cierto; que su frecuencia es menor que en otras perforaciones, sin que pueda precisarse por su aparición si la **perforación** era gástrica o duodenal.

Conforme a nuestra experiencia, es rara la asociación de hematemesis o melena al mismo tiempo que la perforación, sin que podamos admitir la creencia de que las úlceras que sangran no se perforan; la rigidez de la pared abdominal, de aparición inmediata, hemos dicho es el signo más característico; existe al mismo tiempo inmovilidad absoluta de la pared **abdominal**, el vientre está plano como una tabla, sin verse los movimientos respiratorios. Al principio suele encontrarse la rigidez solamente por encima del ombligo; sin embargo, suele ser desde el principio generalizada. La intensidad del dolor puede dar lugar a alteraciones vasomotoras, con palidez y sudor, y, en ocasiones, hasta a un estado de shock.

La palpación nos pone en evidencia la extraordinaria contractura abdominal, siendo imposibles los intentos para deprimir la pared abdominal, principalmente en el epigastrio; existe, además, una hiperestesia cutánea muy pronunciada; la palpación, aun la más superficial, provoca **dolor** agudo; con gran cuidado, podemos ir buscando esta zona de mayor intensidad, que en estos casos suele ser en epigastrio a la derecha y por encima del ombligo.

La desaparición de la matidez hepática por la existencia de gas que sale de la viscera perforada y se sitúa entre la pared abdominal y la cara convexa del hígado, es un signo de gran valor para el diagnóstico de las perforaciones, pero a condición de que se encuentre ya en los primeros momentos de la aparición del dolor, en tanto que pierde valor si aparece después de unas horas, pudiendo entonces ser debido al meteorismo que hace bascular al hígado, quedando entonces sólo una pequeña zona en contacto por la pared abdominal, insuficiente para dar matidez a la percusión. También puede darse el caso excepcional, como en un enfermo visto por nosotros muy recientemente, de interposición de las asas intestinales entre el hígado y la pared abdominal, según fue descrito por CHILAUD.

Como no es un síntoma constante, aun cuando, como hemos dicho, sí muy frecuente, no dejaremos de hacer el diagnóstico de perforación por encontrar conservada la matidez hepática.

La matidez en los flancos, por derrame intraperitoneal, bien debido al contenido gástrico que sale por una perforación de gran tamaño, o bien por exudación peritoneal, no se hallará en las primeras horas.

Por tacto rectal puede encontrarse dolor en el Douglas, debido al contenido gástrico vertido en la cavidad peritoneal, que al llegar a la pelvis da lugar a irritación peritoneal; como síntoma diferencial, tiene un valor relativo, ya que es más frecuente exista dolor al tacto rectal si se trata de perforación de apéndice o en los procesos pélvicos, según ya dijimos.

La temperatura es normal o más bien baja, y después de las primeras horas puede elevarse progresivamente, pero rara vez pasará de 38°. Si el pulso es a veces blando y rápido, no es infrecuente encontremos un pulso lleno y no acelerado. Es necesario que el médico tenga muy en cuenta que pasado el primer momento de dolor agudísimo y de los síntomas de shock, puede disminuir el dolor, encontrando al enfermo con un pulso y temperatura normales; pero no por ello nos confiaremos hasta dar lugar a la aparición de los síntomas bien conocidos de una peritonitis difusa, que, en general, se presenta rápidamente.

La perforación aguda puede cerrarse espontáneamente antes de que se produzca la peritonitis difusa por adherencias con los órganos vecinos: hígado, vesícula, pared abdominal o epiploon.

Estos son los casos en que erróneamente se diagnostican falsas perforaciones o perforaciones frustradas que pueden dar lugar a formación de abscesos, cuya localización más frecuente es la subdiafragmática.

Si bien es cierto que este cierre espontáneo se produce en algunos casos de perforación, el comienzo de ésta tiene la misma sintomatología aguda antes descrita, y como no podemos saber la evolución que puede llevar, no es posible esperar hasta ver si aparecen

los síntomas de las peritonitis generalizadas; por consiguiente, la indicación quirúrgica será inmediata en cuanto diagnostiquemos la perforación.

En el año 1946, Taylor aconsejó, cuando se **diagnostique** la perforación gástrica muy poco tiempo después de producirse, en lugar de operar, la aspiración continua del contenido gástrico, esperando que la perforación se cierre espontáneamente por adherencia, del epiplón o alguna viscera vecina; nosotros no nos quedaríamos nunca tranquilos, y creo que con mucha razón, si diagnosticada una perforación no enviásemos inmediatamente el enfermo a un cirujano, y también con mayor motivo si la perforación es reciente, ya que entonces el pronóstico operatorio es mucho menos grave.

Si bien la perforación de una úlcera gástrica o duodenal tiene una expresión clínica bien característica, según hemos referido, hay, sin embargo, casos en donde la sintomatología puede prestarse a error con otros procesos; ya antes nos hemos referido, y no hemos de volver sobre ello, a la crisis dolorosas de la tabeodorsal y a los cólicos por intoxicación de plomo, a los cólicos hepáticos principalmente producidos por cálculo enclavado en cístico; y con menos probabilidades habrá que hacer el diagnóstico diferencial con los procesos ginecológicos, antes referidos, o con la trombosis de los vasos mesentéricos; con la apendicitis aguda puede el diagnóstico ser más difícil cuando la sintomatología de cada uno de estos procesos no es la que consideramos como patognomónica; la busca cuidadosa de los síntomas que hemos mencionado, con su valoración justa con los datos que la palpación nos suministra, y cuando sea posible el análisis de sangre y la exploración radiológica, nos llevarán a un diagnóstico de probabilidades; el dolor provocado a la palpación también tiene importancia, en cuanto nos indica por su localización el probable órgano afecto, sobre todo si va acompañado de contractura limitada a esa zona.

Aun cuando en ambos casos la indicación quirúrgica es, inmediata, el error puede tener importancia, ya que sentado el diagnóstico de apendicitis, si en la operación se efectúa una incisión pequeña en la zona apendicular y se encuentra un apéndice inflamado, podía pensarse fuese ésa la causa de la sintomatología abdominal, con la pérdida consiguiente de tiempo si después de la apendicectomía es necesario practicar una nueva laparotomía.

El diagnóstico diferencial también habrá que hacerle con los procesos agudos a que ahora nos referiremos.

Podemos encontrarnos con un cuadro perforativo, pero no- sex la perforación del estómago ni del duodeno, sino- la vesícula biliar; la rapidez con que en estos casos se produce una peritonitis generalizada exige gran urgencia en el diagnóstico, y la intervención quirúrgica será inmediata.

Como al principio decíamos, la anamnesis bien recogida tiene una importancia considerable para el diagnóstico, conociendo la existencia previa de los cólicos hepáticos, con o sin ictericia, o, cuando menos, de una sintomatología de dispepsia, ya que muy rara vez se produce la perforación de la vesícula en una persona sin antecedentes de trastornos digestivos de origen biliar.

El dolor tiene los mismos caracteres que en la perforación de la úlcera gastroduodenal; pero la localización es debajo del reborde costal derecho, con irradiación a la espalda o al hombro derecho y también a la fosa ilíaca de ese lado, habiéndose publicado casos con irradiación a la izquierda; inmediatamente se altera la cara, que se cubre de sudor; el pulso es blando, a veces está acelerado, y la temperatura es normal; los vómitos pueden faltar; la contractura muscular suele limitarse en el primer momento a la zona dolorosa, en el cuadrante superior derecho, lo mismo que la mayor agudeza del dolor a la presión.

Pero en muy poco tiempo se establecen los signos de la peritonitis difusa con dolor y contractura abdominal generalizada a todo el abdomen, vómitos, fiebre, taquicardia, pulso blando, hipo, etc.

La perforación puede hacerse durante un cólico hepático, considerándose como un signo de ella la desaparición repentina de la tumefacción vesicular; pero creemos que esto muy rara vez podrá ser perceptible, ya que sabemos cómo las vesículas habitadas, por el engrosamiento de sus paredes no se distienden agudamente; por otra parte, no siempre podemos tener el dato de reciente palpación de una vesícula tensa; la pericolecistitis existente con el dolor agudo a la palpación y la gran resistencia muscular, son factores, por otra parte que impiden podamos apreciar un síntoma de tanto valor como es la desaparición brusca de la tumefacción vesicular.

Es frecuente que la perforación se produzca en una crisis aguda de colecistitis supurada o gangrenosa, lo cual facilita la perforación, y de ahí la gravedad de la peritonitis biliar consiguiente a la perforación, al verse bilis séptica en la cavidad abdominal.

Pero la perforación no siempre se hace en la cavidad abdominal libre, sino que puede tener lugar en el intestino delgado o en el colon, previamente adheridos a la pared vesicular, y entonces nos faltará en el cuadro clínico la sintomatología propia de la peritonitis generalizada, y si bien se formará un gran plastrón, correspondiendo a la vesícula y al intestino adherido, que a la palpación se podrá delimitar, quedando la rigidez muscular implicada a esa zona, sin ser tan intensa la contractura muscular. Si por el orificio de la perforación pasa al intestino un cálculo grande, puede éste luego ser motivo de una obstrucción intestinal, pasándose, por consiguiente, del cuadro perforativo al debido a una obstrucción del intestino.

El diagnóstico diferencial de la perforación vesicular habrá que hacerle, ante todo, con el cólico hepático, por tener idéntico; antecedentes, producirse el dolor en la misma zona y, además, como antes decíamos, porque la perforación puede producirse durante un cólico hepático. En la perforación, el dolor tiene una mayor violencia, así como también la contractura muscular, que en seguida se generaliza a todo el **vientre**, y, además, el estado general se afecta mucho más.

En la diferenciación con la perforación gastroduodenal será de una orientación precisa los antecedentes característicos gastroduodenales o biliares; en una exploración cuidadosa, la localización más aguda del dolor y de la defensa muscular será de gran valor diagnóstico, lo mismo que la **desaparición** de la matidez hepática.

La perforación vesicular puede confundirse con la apendicitis aguda y, sobre **todo**, con la perforación apendicular, teniendo en cuenta que puede la vesícula estar muy descendida, o bien cuando sea el apéndice el que se encuentre situado en la parte alta de hipocondrio, y, en ambos casos, la localización del dolor espontáneo y a la presión puede conducir a error; los antecedentes, la iniciación del proceso y una perfecta exploración permitirán establecer con mucha probabilidad cuál sea la viscera perforada; por otra parte, como decíamos al referirnos al diagnóstico diferencial con la perforación de la úlcera gastroduodenal, en ambos casos la indicación operatoria es inmediata.

Con la pancreatitis aguda, el diagnóstico diferencial es a veces difícil, temiendo en cuenta que aquélla se presenta de preferencia como **complicación** de la litiasis; luego nos referiremos a ello.

Durante el curso de la fiebre tifoidea, en ocasiones se produce la perforación de una úlcera intestinal, que si bien puede ocurrir en cualquier momento de la enfermedad, su mayor frecuencia tiene lugar en la tercera y cuarta semanas, sin olvidar los casos tardíos durante la convalecencia o en las recaídas. Las úlceras tíficas también se **presentan** en la vesícula biliar y en el apéndice, y asimismo estas úlceras pueden perforarse, siendo el cuadro clínico el que hemos referido para la perforación de estas visceras, pero los antecedentes serán muy distintos.

Si bien, como en todas las perforaciones, el dolor es brusco y de gran violencia, en la tifoidea grave, con gran repercusión sobre el estado general, no lo manifestará el enfermo como de tanta intensidad, y, a diferencia de lo que vemos en la perforación de otras visceras, la localización del dolor depende del sitio en donde **se encontró** el asa intestinal, perforada, aun. cuando también puede acusar dolor en zonas alejadas; el dolor a la palpación es constante. La contractura muscular más o menos intensa no falta, siendo, como en todos los casos, el signo más fiel de las perforaciones, y la desaparición de la matidez hepática también se encuentra en un porcentaje alto de casos.

El pulso bradicárdico de la tifoidea es frecuente se acelere y la temperatura sufra un descenso brusco en el momento de la perforación, que también puede expresarlo la facies del enfermo, según antes dijimos. Por auscultación abdominal, es posible oír en algunos casos un ruido hidroaéreo en las inspiraciones profundas, y también poniendo el fonendoscopio sobre la fosa ilíaca, poco minutos después de la perforación se puede percibir un ruido análogo a un estertor crepitante, o bien ruido de roce.

Teniendo en cuenta la mortalidad tan alta de la perforación tífica, es conveniente prestar la máxima atención a aquellos síntomas que pudieran significar, no la perforación, sino su "inminencia"; Forbes Hawkes, que se ocupó de este diagnóstico precoz, cree que el peritoneo empieza a padecer desde que la úlcera tífica horada la mucosa invadiendo la capa muscular, y en este momento hay ya una peritonitis clínicamente reconocible, que es necesario diagnosticar antes que se necrose la muscular, porque en este momento la serosa que lo recubre no es más que una fina película entre el foco necrótico y la cavidad peritoneal, que por otra parte, no impide la invasión de los fenómenos de la infección. Los dos signos reveladores de este estado son: la contractura y la sensibilidad dolorosa local; al principio de la reacción peritoneal ligera.

no se trata de una rigidez localizada o de un vientre en tabla, sino de una contractura atenuada poco intensa, que el clínico debe saber descubrir con una palpación orientada y cuidadosa y tener en cuenta que esta contractura puede ser en algunos casos fugaz. La sensibilidad dolorosa localizada es poco intensa en este primer momento, y a veces con periodos de alcalmia.

Probablemente, el tratamiento de la tifoidea con el cloramfenicol evite la formación de las úlceras tíficas, o, por lo menos, disminuyan su procentaje.

Cuando se trate de la rotura intraperitoneal de un quiste hidatídico, el diagnóstico es en la mayoría de los casos sencillo; el enfermo se ha dado cuenta que tenía un abultamiento en la parte alta del hipocondrio derecho o epigastrio o en cualquier otro sitio de la cavidad abdominal; según en donde estuviese el quiste, y repentinamente, de una manera espontánea o después de un traumatismo, siente dolor agudo en el sitio del abultamiento, con desaparición brusca del tumor, y puede el enfermo notar que algo se vierte en el vientre; es frecuente se produzca un estado de shock, y en seguida aparece urticaria generalizada; pero hay que tener en cuenta que esto no es un síntoma constante. Nosotros aconsejamos que en casos dudosos se practique la intradermoreacción de Cassoni con gran cuidado, por los intensos fenómenos de anafilaxia que hemos visto producirse, por lo que se empleará una cantidad mínima de antígeno hidatídico.

(Continuará)