

RÓMULO SOLER VAILLANT, (Guantánamo, 1936): Es graduado de Medicina (1964) en la universidad de La Habana. Doctor en Ciencias, Profesor Titular y Consultante de Cirugía del Hospital de Emergencias “Freyre de Andrade” y de la Facultad Docente “Calixto García Íñiguez” de la Ciudad de La Habana. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Cirugía, de su Sección de Trauma. Miembro de Honor de la Sociedad Iberolatinoamericana de Cirujanos (SILAC), de la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC) y de la Sociedad Panamericana de Trauma.

TEMAS PARA LA DOCENCIA EN CIRUGÍA GENERAL

Autor: Rómulo Soler Vaillant

Dr. en Ciencias y Profesor Titular de Cirugía General

Colaboradores:

Ramiro Pereira Riverón

Dr. en Ciencias Médicas y Profesor Titular de Neurocirugía

Juan Carlos Pérez Cárdenas

Profesor Auxiliar de Anatomía Patológica

Víctor Losa Águila

Profesor Instructor de Ortopedia y traumatología

Saturnino Ramos González

Pastor Armando Villavicencio Crespo

Especialistas de Cirugía General

Griselda Virgen Naranjo Castillo

Lic. en Enfermería, Especializada en Unidades Quirúrgicas

Edición: Neyda Izquierdo Ramos y María Pacheco
Diseño de cubierta: Yadyra Rodríguez Gómez
Diseño interior y realización: Bárbara A. Fernández Portal
Emplane digitalizado: Bárbara A. Fernández Portal

© Sobre la presente Edición: Rómulo Soler Vaillant, 2008
© Editorial:

ÍNDICE

Prefacio / 5
Abdomen agudo / 9
Síndrome peritoneal (peritonitis) / 10
Pancreatitis aguda / 20
Obstrucción intestinal / 29
Bibliografía / 43
Traumatismo. Principios básicos / 46
Evaluación del traumatizado / 47
Índices pronósticos / 56
Traumatismos del cuello / 62
Trauma torácico / 79
Traumatismo del abdomen / 109
Lesiones exsanguinantes / 109
Vísceras huecas / 119
Sistemas de atención al traumatizado / 130
Bibliografía / 141

PREFACIO

Satisfacer las necesidades de información mediante textos, revistas especializadas, uso de la informática, clases, conferencias, simposios, congresos; requieren de un noble esfuerzo por parte de los docentes.

El profesor Rómulo Soler Vaillant, autor de varios textos dentro del campo de la cirugía, dirige sus esfuerzos y el de sus colaboradores en esta obra con el fin de plantear una nueva contribución a la formación del personal médico, aportando los elementos básicos imprescindibles que deben incentivar a la profundización de estos educandos.

Este libro no va dirigido a los lectores con conocimientos superiores y experiencias en el campo de la CIRUGÍA GENERAL; el autor busca apoyado en su experiencia profesional y docente, aportar en esta asignatura de una manera amena, con gráficos, esquemas, dibujos y con el uso de un lenguaje claro y directo mostrar lo más objetivo de la Cirugía General, exponiéndolos brevemente en varios capítulos.

Como buen clínico observador con sus explicaciones precisas nos va llevando mediante análisis teóricos a la obtención de los conocimientos en lo que respecta al abdomen agudo no traumático y reconocer las lesiones en los traumatizados.

En sus ideas enfatiza acerca de la interpretación, clasificación y tratamiento en los pacientes cuyos elementos etiológicos son de diversas índoles de trauma a lo que añade de la descripción del sistema de evaluación y pronóstico, los que llenan al texto de un estimable valor didáctico para su empleo en la docencia.

Démosle bienvenida a este material con el ánimo del reconocimiento al aporte que el mismo producirá en la formación de nuestros futuros médicos.

Pedro Monreal Acosta
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor Titular en Ortopedia y Traumatología

ABDOMEN AGUDO

Es el proceso de carácter grave, de evolución rápida que se desarrolla en la cavidad peritoneal y que casi siempre exige la intervención quirúrgica urgente. Se agrupa:

1. Inflamatorio o perforativo (síndrome peritoneal).
2. De causa obstructiva (síndrome obstructivo).
3. Proceso vascular o hemorrágico (trombosis meséptica, síndrome hemorrágico).

Presentándose como:

- Síndrome peritoneal
- Síndrome hemorrágico
- Pancreatitis aguda
- Trombosis meséptica
- Obstrucción intestinal

Clasificación sindrómica

- Peritoneal
- Oclusivo
- Hemorrágico
- Mixto o indefinido

De acuerdo a los síntomas el abdomen agudo puede adoptar otra clasificación:

Con sintomatología	
Definida	Indefinida
Peritoneal	De torsión
Hemorrágico	Perforativo
Obstructivo	
Grandes dramas abdominales	
Pancreatitis aguda Trombosis mesentérica Vólvulo total de intestino delgado	

Clasificación evolutiva	
Período inicial	Período final
Anorexia	Deshidratación
Constipación	Trastornos electrolíticos
Epigastralgia	Síndrome tóxico-infeccioso por la peritonitis generalizada
Flatulencia	Muerte por disfunción múltiple de órganos (DMO)
Náuseas	
Vómitos	
Febrícula	
Período de estado	
Síntomas y signos propios de los diversos síndromes del abdomen agudo	

SÍNDROME PERITONEAL (PERITONITIS)

La peritonitis es la inflamación de una parte o de toda la cavidad abdominal por invasión bacteriana o irritación química.

La peritonitis es un síndrome que agrupa a un conjunto de entidades nosológicas diversas en su etiología y comportamiento, con un gran denominador común: la inflamación de una parte o de todo el peritoneo. En la mayoría de los casos se traduce por dolor a la descompresión abdominal. La peritonitis es considerada generalizada cuando el proceso inflamatorio generalmente de causa séptica se ha diseminado por toda la cavidad abdominal y localizada cuando se limita a una zona restringida, pudiendo ser en cualquiera de estas dos formas: aguda o crónica.

Cualquier causa que de origen al abdomen agudo desencadena una serie de síntomas y signos variados, de ellos el que siempre está presente es el dolor abdominal. Concomitando con el dolor puede encontrarse, vómitos, diarreas, estreñimiento, distensión abdominal, shock, hipotensión arterial, fiebre, hemorragia gastrointestinal y síntomas urinarios, los que no siempre se presentan unidos, sino que dependen de la causa del abdomen agudo y de su período evolutivo, además de existir enfermedades que simulan un abdomen agudo.

Enfermedades que simulan abdomen agudo:

- Adenitis mesentérica
- Cólico biliar
- Afecciones renouretales
- Dolor úterovárico
- Neumonía, pleuritis
- Fiebre tifoidea
- Acidosis diabética
- Sicklemia
- Crisis gástrica (tabes)
- Enterocolitis
- Meningitis
- Porfiria aguda
- Intoxicación plúmbica

Síndrome peritoneal Tipos

Primaria: La enfermedad peritoneal no es debida a focos sépticos dentro de la cavidad peritoneal.

Secundaria: Causas frecuentes: apendicitis, úlcera perforada, colecistitis aguda y otras.

Terciaria: Mecanismos de defensa inadecuados o infecciones intercurrentes ante las cuales el organismo del paciente no logra detener la infección.

Abdomen agudo (peritonitis)

- Se observa a cualquier edad. Mayor incidencia entre los 15 y 40 años.
- Con característica clínica y diagnóstica diferentes en el anciano y el embarazo.
- Infrecuente en el primer año de la vida.
- Más común en los varones.

Afecciones que provocan peritonitis secundaria

—Apendicitis aguda, epiploitis.

- Colecistitis, pancreatitis guda.
- Perforación gastroduodenal.
 - úlcera
 - tumor
 - trauma
- Hernia estrangulada.
- Vólvulo, invaginación intestinal.
- Vólvulo gástrico.
- Procesos ginecológicos.
 - salpingitis
 - piosalping roto
 - torsión de un tumor o quiste de ovario
- Infarto mesentérico.
- Perforación diverticular o tífica.
- Meckelitis.
- Rotura de absceso intraabdominal.

Apendicitis aguda

La *apendicitis aguda* representa la primera causa de abdomen agudo, constituyendo el 30 o 40 % de las causas de urgencias no traumáticas. Comienza con un proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal. Es frecuente entre los 9 a 10 años y hasta los 30, su mayor incidencia es entre los 15 y 40 años.

En su etiología interviene como mecanismo inicial, la obstrucción con aumento de la presión intraluminal del apéndice, disminución del drenaje venoso, trombosis, edema e invasión bacteriana de la pared del apéndice, seguido de perforación, dando lugar al mecanismo final la infección. Existen otros mecanismos etiopatogénicos por ejemplo: obstrucción por parásitos, cuerpos extraños en la luz apendicular, hiperplasia linfoide, mecanismos vasculares y la torsión del apéndice. El trauma sobre la región apendicular ha sido invocado como posible agente etiológico. Pero lo más probable es que el traumatismo evidencie o agrave un proceso ya establecido.

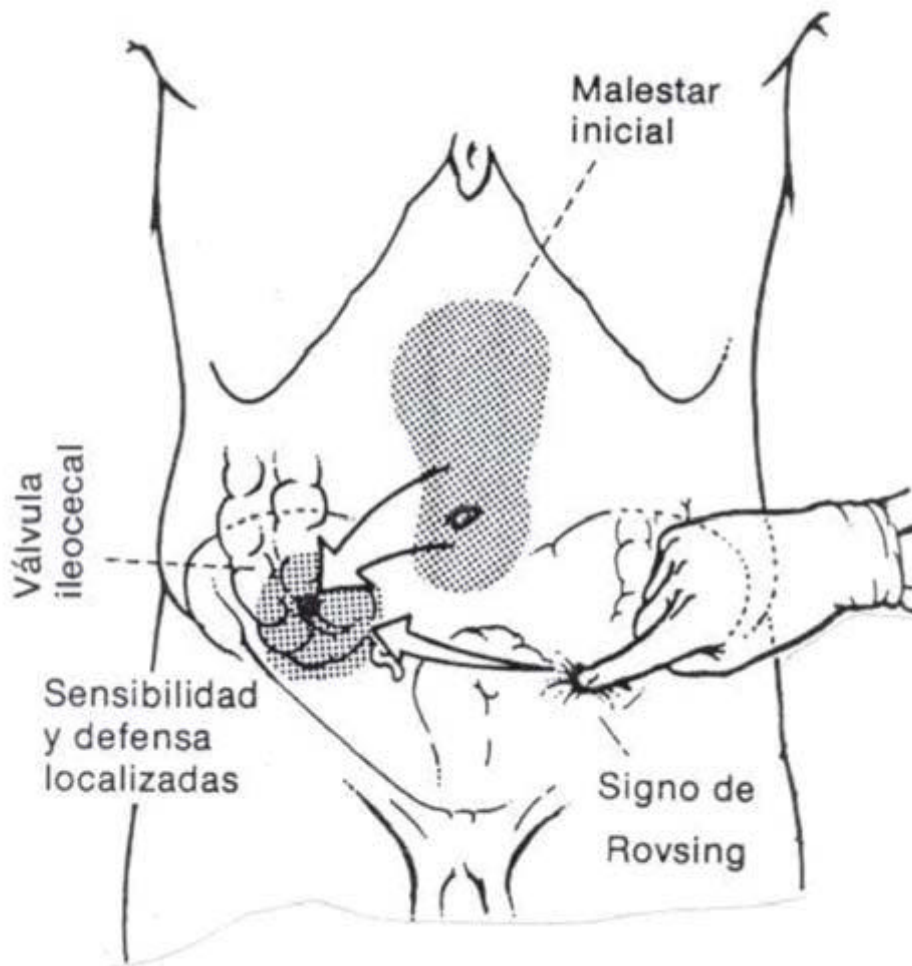


Fig. 1. Signos de apendicitis aguda.

Síntomas y signos de la apendicitis aguda

—Dolor vago o difuso

- epigastrio

- periumbilical

- en fosa ilíaca derecha (FID), en la cual el dolor se hace fijo

—Náuseas y vómitos

—Constipación (60 %) o diarreas

—Aumento del pulso acorde a la evolución y el estadio clínico

—Blumberg, Rousing, Cope, Chapman

—Diferencia de la temperatura axilorectal mayor de un grado

—Tacto rectal – vaginal (doloroso, caliente, abombado)

—Leucocitosis

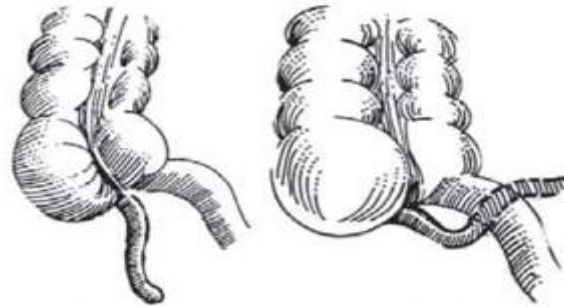


Fig. 2. Posiciones frecuentes que puede adoptar el apéndice cecal.

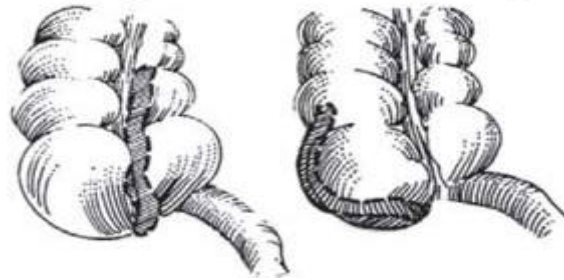
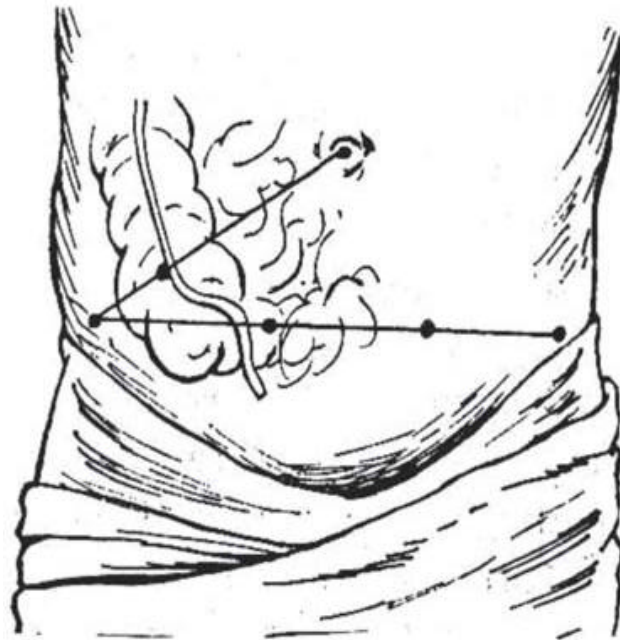


Fig. 3. Dolor en el punto de Mc Burney, signo de apendicitis aguda.



Diagnóstico diferencial

—Adenitis mesentérica

—Procesos ginecológicos

- salpingitis
- metroanexitis
- cólicos uterinos
- aborto en curso

- Inflamación de un divertículo de Meckel
- Perforación de una úlcera gastroduodenal
- Crisis ulcerosa, pancreatitis
- Colecistitis aguda, cólico biliar
- Enteritis regional (Crohn)
- Tuberculosis intestinal
- Litiasis renoureteral derecha
- Pielonefritis, crisis de Dieltz
- Perforación tífica
- Epiploitis aguda

Perforativo: síntomas que expresan reacción del peritoneo cuando una víscera hueca, un quiste o un proceso séptico vierte su contenido en la cavidad abdominal.

Tratamiento. Varía de acuerdo con la localización de la perforación:

- Duodeno: sutura y epiploplastia.
- Vesícula: colecistectomía.
- Por un divertículo de Meckel: resección.
- Diverticulitis dando un cuadro de sepsis o perforativo (colon izquierdo): drenaje y colostomía.

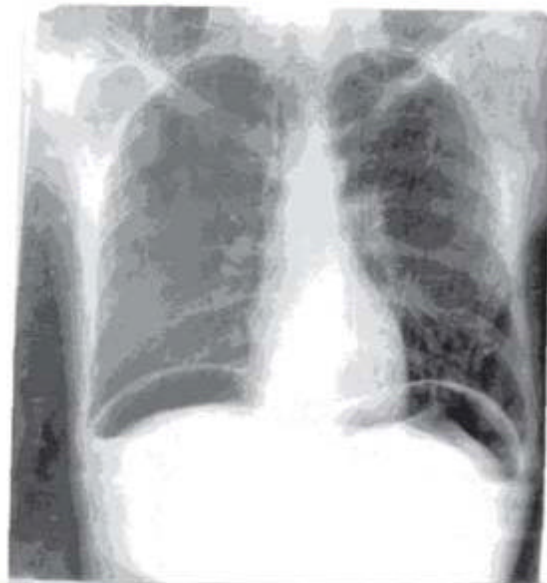


Fig. 4 Neumoperitoneo por úlcera duodenal perforada.

Torsión de un órgano o víscera intraabdominal

Puede llegar a producir peritonitis y es el resultado del movimiento giratorio que experimenta un órgano sólido, tumor o quiste sobre su propio meso o pedículo; con estrangulación de los vasos contenidos en los respectivos mesos o pedículos.

Torsión ginecológica

Dolor brusco con exacerbaciones, localizado en abdomen inferior con shock peritoneal (palidez, sudores fríos, taquicardia). Puede instalarse un íleo intestinal (distensión abdominal). Facilita el diagnóstico: el antecedente del quiste.

Torsión del epiplón

Accidente poco frecuente. Su sintomatología corresponde a un cuadro abdominal agudo. Se inicia con dolor brusco e intenso en el abdomen; vómitos, sin fiebre o escasa. La clínica de la torsión del epiplón produce una epiploitis aguda y los síntomas suelen ser: dolor constante o a tipo cólico y su localización tiende a estar ubicada en la fosa ilíaca derecha. Al explorar el abdomen, éste se haya ligeramente distendido y se palpa una masa de consistencia pastosa que simula un plastrón.

El tratamiento consiste en la resección de la porción torcida del epiplón.



Fig. 5 Laparotomía por un cuadro abdominal agudo.

COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda, constituye la cuarta causa de ingreso hospitalario en nuestro medio a través de las urgencias en cirugía, anteponiéndose la apendicitis aguda, la obstrucción de causa mecánica de intestino delgado o grueso y el dolor abdominal por úlcera gastroduodenal perforada o de origen inespecífico.

En su comienzo es un proceso mecánico (cálculo impactado) evolucionando generalmente hacia la infección bacteriana, con mayor frecuencia después de los 45 a 50 años; común en la mujer e infrecuente en el niño.

Causas predisponentes: obstrucción a nivel del cuello de la vesícula o del conducto cístico por cálculos, proceso inflamatorio, neoplasia, acodadura, parásitos o éxtasis biliar.

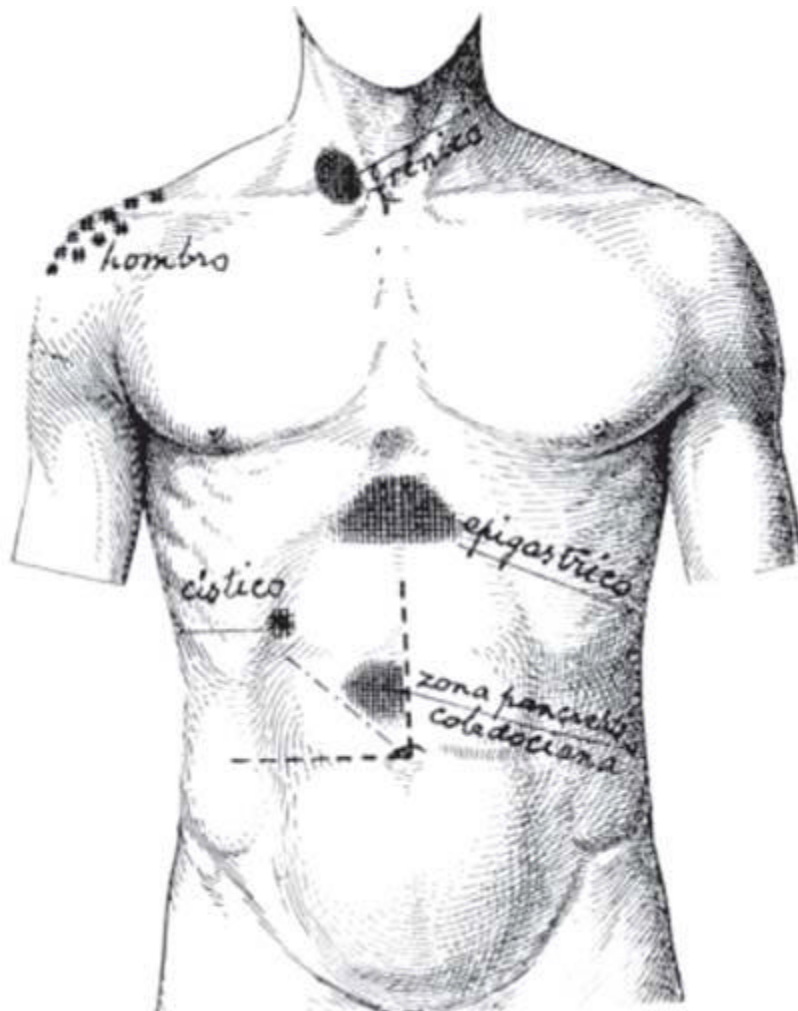


Fig. 6 Zonas de dolor (colecistitis aguda).

El dolor es un síntoma constante, puede oscilar desde molestia en epigastrio o región subcostal derecha, hasta hacerse insoportable con irradiación a hombro o espalda, acompañado de náuseas y vómitos. Fiebre alta o hipotermia en las formas gangrenosas, con estado tóxico, ictericia, taquicardia. Con frecuencia la vesícula es palpable (Signo de Murphy positivo).

Fases evolutivas:

- Cólico biliar.
- Hidropesia vesicular (hidrocolecisto).
- Colecistitis aguda.
- Empiema vesicular.
- Plastrón.
- Perforación (peritonitis biliar).
- Íleo biliar.
- Colecistitis filtrante.

—Colecistitis en el curso de intervenciones quirúrgicas intra o extraabdominales.

La colecistectomía es la operación ante una colecistitis aguda y puede ser, a abdomen abierto (laparotomía) o por video laparoscopia.

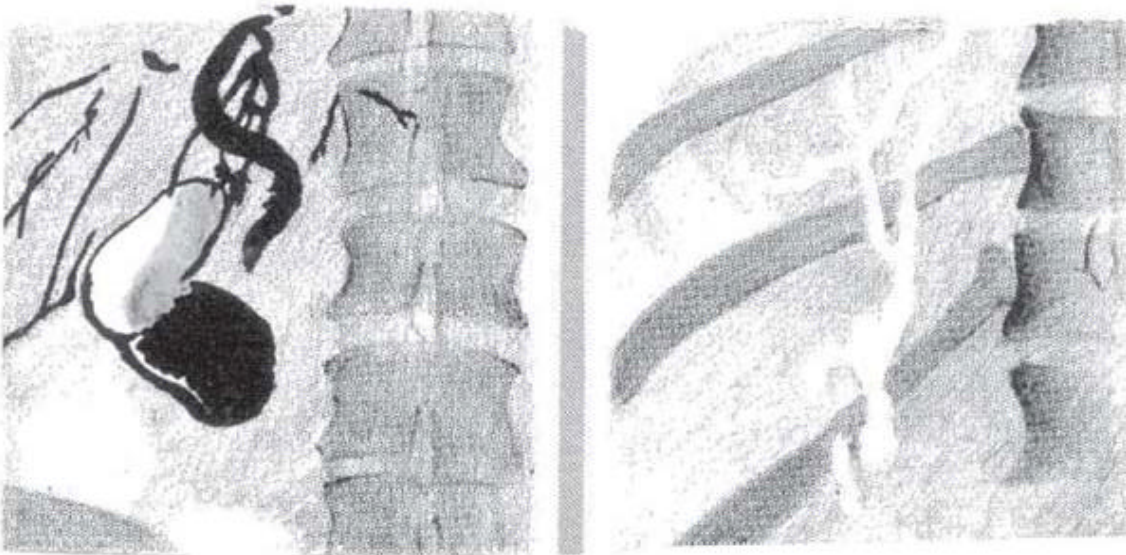


Fig. 7 Aire en vesícula y en el resto del tractus biliar.

El cuadro clínico por íleo biliar es la de una obstrucción en íleon terminal, lo que origina un abdomen agudo. Se trata, por lo general, de una mujer con antecedentes de enfermedad litiásica vesicular, que al exacerbarse la sintomatología produce un impacto en el cístico que la lleva a una colecistitis aguda, dado por dolor en hipocondio derecho, vómitos, fiebre y subictero, así como contractura, defensa y tumor palpable en dicha región. La vesícula biliar (inflamada, séptica) se adhiere al estómago o al duodeno con comunicación entre las mismas (fístula biliar), produciendo un cuadro obstructivo.