

EL ABDOME AGUDO

Rodrigo Cardoso Rabelo

MV, TEM, FCCS Cert., MSc., DSc.

Intensivet Consultoria Veterinária

ricobveccs@gmail.com

1. Introducción

El abdomen agudo puede ser definido como un episodio de dolor abdominal intenso acompañado en algunos pacientes de vómitos, diarrea, distensión abdominal, alteraciones de la marcha y la postura, anorexia, letargia y shock. El índice de supervivencia se ve influenciado de manera significativa por la interacción de realidades diversas, encontrándose entre otras: la intervención tardía bajo condiciones precarias, la experiencia profesional limitada, la atención hospitalaria deficiente, la adaptación e improvisación por razones económicas.

2. Evaluación del Paciente

El abordaje de urgencia debe seguir la historia clínica de urgencias (CAPUM – Como, Cuando, etc; Alergias; Pasado; Última comida; Medicaciones en uso) y el ABC primario (Aire – Buena Respiración y Circulación). En el abordaje secundario debe constar de historia clínica y examen físico dirigidos que debe incluir inspección, palpación, auscultación, y percusión abdominal con el objetivo de localizar el dolor y detectar la presencia de ondas de fluidos, órganos con contenido gaseoso y masa sólidas. Deberá realizarse tricotomía de la región abdominal con el objetivo de mejorar la visualización de petequias u otras anormalidades. La auscultación de la cavidad abdominal puede mostrar aumento del borborigmo en las enteritis agudas, obstrucción intestinal aguda e intoxicaciones. La disminución de los sonidos intestinales es indicativa de íleo, obstrucción crónica, peritonitis o presencia de fluido peritoneal. El examen debe ser rápido y la determinación del procedimiento a seguir, ya sea quirúrgico o no, es importante. En caso de duda es ideal realizar una laparotomía exploratoria, antes de que el paciente empeore. Estos pacientes normalmente sienten dolor a la palpación abdominal y adoptan una posición de “rezo”, aunque el dolor puede no ser evidenciado en los pacientes apáticos.

3. Evaluación Complementaria

Frecuentemente es necesario realizar exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico y determinar la extensión de la enfermedad. Deben ser considerados el hematocrito, las proteínas totales, la urea y glucosa sanguínea y el urianálisis. El perfil electrolítico es de importancia indiscutible para definir el fluido adecuado para las correcciones necesarias. Si se dispusiera de tiempo, el hemograma completo incluyendo conteo plaquetario y leucograma, y el panel bioquímico con dosificación de amilasa y lipasa resultan auxiliares interesantes en la búsqueda de patologías que puedan estar causando o agravando el cuadro. En los pacientes críticos o sépticos, deberán realizarse estudios de coagulación, cultivo sanguíneo o de orina y gasometría. Como regla general, la condición clínica del paciente va a determinar la conducta respecto de los exámenes complementarios. El lavado peritoneal diagnóstico (LPD) es una técnica simple de gran valor diagnóstico en muchos cuadros abdominales. El fluido obtenido del LPD debe ser evaluado visualmente, y posteriormente deberá realizarse citología, bioquímica, y cultivo para aerobios y anaerobios. La seguridad diagnóstica del LPD se ve afectada en aquellos casos en los que el tiempo transcurrido entre la contaminación y la evaluación, es menor a tres a seis horas, ya que este es el periodo necesario para la aparición de células inflamatorias en el fluido recuperado, lo que podría manifestarse como falsos negativos. Debido a la existencia de una separación real entre ambos espacios, cuando el proceso morbosos se encuentre localizado en el espacio retroperitoneal, también obtendremos resultados falsos negativos. Los exámenes complementarios como radiografías, ultrasonografía, endoscopia y otras técnicas diagnósticas pueden ser de gran utilidad. Los exámenes radiológicos de tórax y abdomen están siempre indicados, incluso con la utilización de contrastes cuando fuera necesario y posible. La ultrasonografía puede ser útil en el diagnóstico, excepto ante la presencia de aire en la cavidad abdominal. Hay una interferencia que produce la presencia de líquidos para la evaluación radiológica, por lo que de estar indicadas

ambas técnicas debieran realizarse antes del LPD. Actualmente la técnica FAST es la más indicada en la evaluación del abdomen agudo cuando se busca líquido libre en la cavidad.

4. Abordaje del Paciente

Existen dos métodos básicos de abordaje del paciente con abdomen agudo. El primero es seguir el diagnóstico presuntivo e ir de acuerdo a la evaluación inicial (decidir la necesidad o no de cirugía basado en los síntomas clínicos, resultados del examen físico y respuesta a la terapia de urgencia inicial). El otro método sería establecer un diagnóstico clínico-patológico que actuarían como base diagnóstica. Para algunas patologías como el complejo Dilatación/Vólvulo Gástrico, el diagnóstico es rápido y certero. Esto no es la regla general y no es siempre posible, principalmente cuando el paciente tiene dolor abdominal agudo, y arriba a la clínica como una emergencia. En estos casos la opción es siempre el abordaje primario, el clínico debe atenerse no sólo a la necesidad de confirmación del diagnóstico, mas principalmente a los cuidados que necesita el paciente. El abordaje debe seguir un orden: examen físico rápido para identificar lo que pudiera perjudicar al paciente, tratamiento de resucitación, y un examen físico más completo si fuera necesario para identificar todos los problemas. El objetivo de la resucitación es revertir los signos de shock y promover la oxigenación celular efectiva. En los pacientes en condición de emergencia, la secuencia ABC (Aire, Buena Respiración y Circulación) es obligatoria, a continuación debe proveerse un panel de laboratorio. El shock en el abdomen agudo puede llevar a hipovolemia, sepsis y falla multiorgánica, por lo que resulta esencial proveer oxígeno y fluidoterapia. El tracto gastrointestinal es extremadamente sensible a las lesiones traumáticas, sépticas e isquémicas. Para evitar las úlceras por stress, erosiones, sangrados, y otras lesiones que puedan iniciar la cascada de traslocación bacteriana, es preciso mantenerlo siempre ocupado, por esta razón la nutrición enteral debe ser iniciada rápidamente. La infusión de antibióticos de amplio espectro está siempre recomendada en los casos de sepsis. Los esteroides serán siempre foco de controversia, y la experiencia de cada clínico es la que validará la decisión final. Es necesario administrar cristaloides y coloides como: Ringer Lactato, Voluven[®], HES-Steril[®] o Hyper-Haes[®] en pacientes que presentan acidosis metabólica. Los amidos sintéticos como el penta o hetastarch son eficientes en animales con hipovolemia per no deshidratados. Para establecer la cantidad de fluido que requiere el paciente se debe observar el débito urinario, la presión venosa central y la presión arterial. Siempre se empieza con 10 ml/kg en 3 minutos en los perros y en 6 minutos en cachorros o gatos, lo que se conoce como la prueba de carga. En algunos caos, la resucitación con solución salina hipertónica asociada a un coloide, restablece la función cardiovascular, además de reducir eficazmente la cantidad de fluido necesaria que en exceso representa riesgo para el paciente. Existen seis vías principales para iniciar el dolor abdominal: hepatobiliar, esplénico, urogenital, gastrointestinal, pancreático y parietal. Localizar la vía de acceso del dolor y complementarla con los datos de la anamnesis, examen físico, laboratorio, LPD y estudio por imágenes auxiliará en el inicio inmediato del tratamiento. Podemos asociar algunos signos clínicos, por su intensidad y localización, a alteraciones y disturbios en órganos o regiones específicas que provocan o agravan el cuadro de abdomen agudo. La parte clave del tratamiento para la mayoría de los pacientes que presentan abdomen agudo es la analgesia. Luego del examen inicial, el paciente debe recibir terapia analgésica, para aumentar su confort y facilitar también los exámenes clínicos subsecuentes. Anorexia, balance energético negativo, disfunción urinaria y gastrointestinal, catabolismo tisular, fatiga y convalecencia prolongada son algunos de los efectos provocados por el dolor. Por eso la analgesia pos-operatoria es fundamental para disminuir la morbilidad.

6. Conclusión

Los pacientes con abdomen agudo serán siempre un desafío diagnóstico y terapéutico para el clínico de emergencia. Hay que seguir el abordaje primario ABC y trabajar siempre basado en metas (siempre buscar las macrocirculatorias en el primer momento y seguir las microcirculatorias). La decisión de recurrir a cirugía o de brindar tratamiento médico es generalmente difícil y requiere asimilación completa de las informaciones del paciente, lo que resulta clave en todo el proceso, pudiendo ser la diferencia entre el éxito y el fracaso. La importancia del examen clínico frecuente y minucioso no puede ser subestimada. Si todos los diagnósticos no muestran un diagnóstico definitivo y el paciente continúa con signos de abdomen

agudo, está indicada una laparotomía exploratoria mientras se continúa con el soporte médico. Es importante el monitoreo intensivo y los cuidados críticos del paciente.

Bibliografía

1. BJORLING, D.E. The acute abdomen. **Fourth International Veterinary Emergency and Critical Care Symposium**. p.259-263, 1994.
2. BJORLING, D.E., LATIMER, K.S., RAWLINGS, C.A., et al. Diagnostic peritoneal lavage before and after abdominal surgery in dogs. **Am. J. Vet. Res.** v.44, p.816, 1983.
3. WALTERS, P.C. Approach to the acute abdomen. *Clin. Tec. Small Anim. Pract.* v.15, n 2 p.63-69, 2000.

PS.: Un agradecimiento especial a la Dra. Adriana López por la revisión del texto