

**ABDOMEN AGUDO POST-QUIRÚRGICO POR OBLITOMA
(UN CASO)**

DR. JOSÉ LUIS BORJA OCHOA
Cirujano General del Hospital Abel Gilbert
Pontón.

Jose.borjao@ug.edu.ec

Guayaquil - Ecuador

DR. PEDRO JURADO V.
Cirujano General del Hospital Abel Gilbert
Pontón.

Pedro.juradov@ug.edu.ec

Guayaquil - Ecuador

Recibido el 16 de mayo 2020, aprobado el 10
septiembre 2020.



Publicado como artículo científico. Revista
Facultad de Ciencias Médicas Vol. 1 N°2
Periodicidad semestral Julio - Diciembre 2020
pp. 1 - 6 ISSN 2661 – 6726

RESUMEN

Abdomen agudo post-quirúrgico es una entidad plurisintomática cuyas causas principales radican en complicaciones que pueden presentarse en una intervención quirúrgica realizada. En el paciente post-quirúrgico, la peritonitis secundaria a una complicación ocupa del 20% al 45% de las estadísticas internacionales, dentro de éstas el 70% puede desarrollar sepsis, que si no es controlada puede originar un síndrome de disfunción orgánica múltiple con elevada mortalidad; a nivel nacional y local las complicaciones oscilan entre el 10% al 20% de las estadísticas realizadas en las unidades hospitalarias.

Evaluar el abdomen agudo postquirúrgico no es tarea fácil ya que el dolor postoperatorio, el íleo adinámico normal de un paciente intervenido quirúrgicamente puede enmascarar el cuadro clínico y más aún si el paciente está con ventilación asistida y hemodinámicamente inestable.

Esta entidad clínico-quirúrgica en la actualidad se presenta con frecuencia, de ahí que es necesario que el profesional de salud esté pendiente de la evolución de su paciente para identificar y diagnosticar precozmente estas complicaciones que van a originar un abdomen agudo postquirúrgico, condición indispensable para garantizar incluso hasta la vida misma del enfermo.

Palabras claves: Abdomen Agudo

SUMMARY

The postoperative acute abdomen is a plurisintomatica whose main causes lie in complications that can occur in a surgery performed. In the postoperative patient, peritonitis secondary to a complication occupies 20 to 45% of international statistics, within these, 70% may develop sepsis, which when it is not controlled it can cause a syndrome of multiple organic dysfunction with a high mortality; national and local complications vary between 10 to 20 per cent of statistics carried out in hospital units.

Evaluate the postoperative acute abdomen is not an easy task since the postoperative pain, the normal adynamic ileus of a patient underwent surgery may mask the table clinical and more even if the patient is with ventilation and unstable hemodinamicamente.

This clínico-quirúrgica entity currently occurs frequently, that is why it is necessary to the health professional is pending on the evolution of the patient to identify and diagnose these complications early that will be caused a postoperative acute abdomen, an essential condition to ensure even the same life of the patient.

Keywords: Acute Abdomen.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

INTRODUCCIÓN

Se entiende como abdomen agudo postquirúrgico a la entidad plurisintomática cuya causa radica en una complicación de la intervención quirúrgica realizada o la persistencia de las manifestaciones clínicas quirúrgicas iniciales, cuyo síntoma principal es el dolor abdominal. Las causas principales del dolor abdominal postquirúrgico son: hemorrágicas, dehiscencias de suturas, fístulas, infecciosas como abscesos y sepsis abdominal, pancreatitis postquirúrgica, cuerpos extraños postquirúrgicos.^{1,2}

Las complicaciones postquirúrgicas, que llevan a un abdomen agudo son las de mayor grado de mortalidad, según algunos autores pueden llegar a un 70% si no se diagnostican tempranamente y se tratan de forma precoz.^{3,4}

Un paciente con abdomen agudo postquirúrgico con posibilidad de sufrir complicaciones potencialmente graves o amenazadoras de su vida debe ser ingresado en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) para observación y tratamiento por la complejidad de su caso o por sus factores de riesgo como: edad, inmunodeficiencia, patologías cardiopulmonares, insuficiencia orgánica previa (hepática, renal, cerebral), entre otros.

ETIOLOGÍA

El origen del abdomen agudo postquirúrgico está en relación con las complicaciones que se presentan en una intervención quirúrgica realizada, como producto de los riesgos existentes en los pacientes como: la edad avanzada, ante-

cedentes patológicos personales, el estado nutricional, vísceras comprometidas, aumento del tiempo normal de la intervención, tipo de cirugía, hospitalización prolongada, enfermedades asociadas, presencia de **oblitomas**, entre otros.

En el paciente postquirúrgico, la peritonitis secundaria a una complicación ocupa el 20 al 45% de las estadísticas internacionales, dentro de éstas, el 70% puede desarrollar sepsis que cuando no es controlada puede llevar a un síndrome de disfunción orgánica múltiple con una elevada mortalidad. La elevación térmica al cuarto día es generalmente la primera manifestación clínica de una infección postoperatoria.^{5,6}

Las consecuencias de no identificar tempranamente estas complicaciones que originan un abdomen agudo postquirúrgico, pueden ocasionar la muerte del paciente o dejar secuelas graves que van a cambiar su estilo y calidad de vida.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La evaluación del abdomen agudo postquirúrgico es impredecible ya que el dolor postoperatorio, el íleo adinámico normal de un paciente intervenido quirúrgicamente puede enmascarar el cuadro y más aún si el paciente está con soporte ventilatorio y hemodinámicamente inestable.

El abdomen agudo postquirúrgico puede deberse a: persistencia del cuadro clínico luego de la intervención quirúrgica, por una complicación postoperatoria (hemorragia, dehiscencia de sutura, **oblitomas**, entre otros).



Existen algunos criterios diagnósticos que se pueden utilizar para detectar una complicación postquirúrgica (BUMASCHNY 1989, PUSAJO 1993):

SUGESTIVOS: curso postoperatorio inadecuado, con desorientación en tiempo y espacio, excitabilidad.

OBJETIVOS: resultados de laboratorio alarmantes como leucocitosis, creatinina y nitrógeno ureico elevado, neutrofilia con granulaciones tóxicas, Hipotensión: mal manejo de los fluidos o ritmo urinario estrictamente dependiente de la expansión con fluidos, fiebre a partir de las 72 horas, resultados de estudios de Imagenología como radiografías- ecografía y tomografía que muestren derrames o colecciones, punción abdominal diagnóstica positiva (colección), incremento de la presión intra-abdominal (+25mmhg). La extensión y gravedad de la lesión peritoneal depende de la fuente y la duración de la contaminación; de la presencia de tejidos desvitaliza- do o líquidos presentes (sangre, orina, fibrinas, líquido intestinal, biliar, etc.), la sinergia bacteriana y la respuesta adecuada del huésped. Los aerobios son los responsables de la elevada mor- talidad precoz en la peritonitis.^{7,8}

Hay que tomar en cuenta los abscesos subfrénicos postquirúrgicos que pueden dar sintomatología no claramente abdominal como anorexia, fiebre, parálisis diafrágica y pequeños derrames pleurales, como dice el aforismo: “pus en alguna parte, pero en ninguna parte= absceso subfrénico”.

La sepsis postquirúrgica aparece en el 23% de los casos que fueron operados inicialmente

por sepsis abdominal. Los abscesos postoperatorios son múltiples.

Dolor Postoperatorio. - Se estima que entre el 5% y el 20% tienen dolor moderado, entre el 25% y el 40% padecen dolor intenso, y en el 40% al 70% de los casos el dolor es severo.

Fiebre en el postoperatorio. - es frecuente en el postoperatorio, pero de ninguna manera siempre se debe a una infección. Por este motivo, la fiebre en el paciente operado exige una investigación detallada para establecer su causa, aun- que cualquier agente infeccioso puede producir fiebre, la magnitud de la respuesta depende de la fisiología del paciente y de la patogenicidad microbiana.

La fiebre de la infección en si se debe a ciertos agentes de la pared bacteriana (lipopolisacáridos) que producen pirógenos al incubarlos con leucocitos en vivo, que alteran el registro del termostato hipotalámico y al elevarse la temperatura central como consecuencia del cambio de la regulación térmica. Por lo tanto, la fiebre del postoperatorio es un signo temprano y significativo de anormalidad fisiológica que exige una evaluación inmediata.

El diagnóstico diferencial de la fiebre en el postoperatorio es un aspecto importante en su seguimiento, porque diversos trastornos son capaces de suscitar una respuesta febril y su corrección requiere distintos procedimientos terapéuticos.

Contaminación bacteriana. - Avances en ingeniería sanitaria y arquitectura aplicados en salas de quirófano han colaborado en la limitación de la contaminación ambiental llevándola a muy bajos niveles. Esto no tuvo la repercusión esperada en la reducción de infecciones de herida, porque los dos grandes



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

lugares que pueden provocar una significativa contaminación bacteriana lo constituyen la contaminación exógena por técnica quirúrgica incorrecta y la contaminación desde la piel del paciente o de otros tractos que contienen bacterias (digestivo, respiratorio, etc.).

De las dos, la contaminación endógena es la responsable de la mayoría de las infecciones de todos los tipos de herida, excepto las clasificadas como limpias; el uso de la luz ultravioleta para descontaminación de salas quirúrgicas y sistemas de ventilación de flujo laminar puede ser de utilidad en determinadas ocasiones, como, por ejemplo: colocación de prótesis ortopédicas.⁹

Técnica quirúrgica. - Las infecciones de la herida asociadas con injuria u operaciones electivas tienen un profundo efecto sobre la morbilidad y la mortalidad; todos los pacientes deben recibir un especial cuidado de la herida quirúrgica, pero más aún aquellos que pueden sufrir alguna repercusión en sus mecanismos de defensa o un alto potencial de contaminación de heridas consideradas limpias.

Todos los tejidos desvitalizados y los cuerpos extraños de las heridas traumáticas deben ser eliminados, cuando el desbridamiento completo no es posible, la herida no debe ser cerrada, para disminuir la magnitud del inoculo bacteriano.

Se requieren más de 1.000.000 de estafilococos para producir una infección clínica cuando son inyectados en el subcutáneo o en forma intradérmica en un tejido normal, pero cuando esos mismos gérmenes son introducidos en un material de sutura, como, por ejemplo: seda, solo 100 pueden ser

suficientes para desarrollar una infección significativa.

Medio asistencial. - Todos los factores que reducen la ansiedad y el temor que sufre habitualmente cualquier paciente que será sometido a una intervención quirúrgica adquieren importancia desde la simplicidad de los trámites administrativos para la admisión, hasta un ambiente de tranquilidad y sobriedad en el ámbito de internación, pasando por una adecuada atención en quirófano, en la sala de recuperación, etc.

Debe tomarse en cuenta la fiebre que aparece a partir de las 72 horas del acto quirúrgico, antes de las 48 horas debe pensarse en otra causa extra-abdominal.

Una taquicardia sinusal persistente, la disfunción respiratoria y la hiperglucemia junto a un íleo paralítico después del 7mo día de la cirugía, sobre todo la cirugía electiva, debe hacerse sospechar de un abdomen agudo postquirúrgico séptico, con esto se puede acompañar la alteración del estado de conciencia (desorientación), insuficiencia respiratoria (disnea), e insuficiencia renal (Oligoanuria).

Un hemograma mostrara leucocitosis, aunque en algunos casos suelen haber leucopenia lo que es aún más grave y por lo común acompañada de trombocitopenia (Shock séptico hipo dinámico).¹⁰

El deterioro progresivo luego de 2 a 7 días de la intervención a pesar de un soporte adecuado (antibióticos, balance hídrico, nutrición, etc.) hace pensar en una reintervención antes de que el paciente se deteriore más.



CASO CLÍNICO

Paciente de 47 años de edad, sexo femenino que ingresa el 15 de diciembre del 2010 a las 23h00 al área de emergencia del hospital por presentar dolor tipo cólico de gran intensidad localizado en todo el abdomen, que se acompaña de diaforesis, náuseas, vómitos, alza térmica de 39.5 C, que calma muy poco con los analgésicos tipo opiáceos. Al realizar el examen Físico el abdomen se encuentra distendido, duro poco depresible, muy doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos disminuidos. Exámenes de laboratorio revelan leucocitos 15000, con segmentados de 85% amilasa y lipasa elevadas. Antecedentes Quirúrgicos: Histerectomía abdominal realizada hace 2 semanas en unidad hospitalaria privada.

La radiografía de abdomen y la ecografía nos revela presencia de un **oblitoma** (cuerpo extraño), por lo que se lo encasilla como abdomen agudo postquirúrgico.

Ilustración 1 Obstrucción intestinal por compresa olvidada



Fuente: Elaborado por autor

(Se observa el marcador radio opaco de la compresa)



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Intervención Quirúrgica: en el hallazgo quirúrgico encontramos un **oblitoma** (compresa) olvidada en la cavidad abdominal, líquido purulento diseminado, síndrome adherencial generalizado.

Ilustración 2 Compresa olvidada (oblitoma)



Fuente: Elaborado por autor

Cirugía Realizada: Evacuación del oblitoma, adhesiolisis, lavado de la cavidad abdominal y drenaje.

Tratamiento postoperatorio: antibioticoterapia (ceftriaxona 1g IV cada 12 horas+ metronidazol 500mg IV cada 8 horas, amikacina 1g IV cada día.), hidratación parenteral, nutrición parenteral.

Alta Hospitalaria: Con una evolución clínica quirúrgica favorable a los 15 días, se concede el alta médica a la paciente.

CONCLUSIONES

El abdomen agudo postquirúrgico es una entidad plurisintomática, su diagnóstico en fase inicial es un desafío para el profesional Médico del área de emergencias de la Unidad Hospitalaria, por lo que siempre hay que tener en cuenta esta entidad frecuente y de alta tasa de mortalidad (70%). Poder diagnosticarla en su primer periodo (presencia de signos y

síntomas clínicos abdominales), tener en cuenta factores de riesgos existentes en los pacientes los cuales pueden estar asociados y de eso dependerá el pronóstico de una evolución favorable o no, y evitar el daño sistémico que podría ocasionar su diagnóstico en forma tardía.

El tratamiento de los pacientes que presentan abdomen agudo postquirúrgico, está basado en los tres pilares de KIRSCHENER:

- Realizar una buena técnica operatoria, basado en la eliminación de la fuente de infección o sangrado.
- Un manejo adecuado de antibióticos en relación a la frecuencia de presentación del agente infeccioso.
- Valoración metabólica y hemodinámica adecuada del paciente.

Paciente ha asistido a los controles médicos mensualmente por el área de consulta externa de cirugía, evaluándola clínicamente encontrándose en condiciones normales y estables de salud.

El diagnóstico oportuno es de suma importancia e indispensable para un tratamiento adecuado, pero lo principal es evitar las consecuencias sistémicas ocasionadas por la sepsis provocada por la translocación bacteriana y liberación de endotoxinas, llevando a la paciente a presentar insuficiencia renal, síndrome de respuesta inflamatoria pulmonar aguda y como resultado a la muerte. Tener como expectativa esta patología en todo tipo de dolor abdominal es de vital importancia para no dejar pasarla desapercibida.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEBERHARD, P- 1983- reoperation of postoperative intraabdominal sepsis Hans Hubrel- Washington-USA- Edit. Norteamérica- N.11.
2. BURCH, J- 1996- The abdominal compartment syndrome. Clínica Quirúrgica- Washington- USA- Edit. Norteamérica- Pág. 833.
3. CABRALES, R-2002- fístula entero cutánea en abdomen abierto- revista médica Risaralda Vol 6 N.2.
4. CAMPOS, A-1996- factores que influyen en el resultado del paciente con fistula postquirúrgica. Clínica quirúrgica-Buenos Aires- Argentina- Edit. Interamericana- Pág. 1215.
5. DE LA FUENTE, A-2002 Cierre Temporal de la pared abdominal- Círculo de Cirujanos Vol. 70 N.3- Pág. 157.
6. DONALD, F-1991- Cirugía abdominal de repetición. Clínica quirúrgica- Buenos Aires- Argentina- Edit. Interamericana.
7. FISCHER, J-2000- Complicaciones quirúrgicas. Principios de cirugía Schwartz- USA- Edit. Mc Graw Hill- Pág.483.
8. FRY, D-1998-The role of antimicrobials in abdominal sepsis. Complicaciones in surgery- USA- Edit. Interamericana-cap. 17.
9. IMBEMBO, A-1999- Fístulas del intestino delgado. Cirugía del aparato digestivo Zuidema-III edición-Edit. Pa- namericana- Buenos Aires- argentina-Tomo II-Cap. 28 Pág. 629.
10. MICHANS, J-2001- Principios de Cirugías- Buenos Aires- Argentina- Edit. Interamericana- Pág. 60-68.

