

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Salvador Allende.

Título: Abdomen Agudo en el Adulto Mayor.

Autores: Dra. C Juana Teresa Santiago Pérez.¹

<https://orcid.org/0000-0002-6692-1238>

Dr. José Miguel González Bárcenas ²

<https://orcid.org/0000-0003-14316-4314>

Autora para la correspondencia: teresasp@infomed.sld.cu

¹ Profesora Titular. Facultad Salvador Allende. Universidad Ciencias Médicas de La Habana.

² Profesor Auxiliar. Facultad Salvador Allende. Universidad Ciencias Médicas de La Habana.

La Habana

2021

Autor para la correspondencia: email: teresasp@infomed.sld.cu

Resumen

El tratamiento del abdomen agudo en el anciano se convierte en un reto para el médico debido a las características particulares en este tipo de pacientes: su manifestación insidiosa, escasos síntomas y signos, y los datos poco específicos obtenidos a través de los estudios complementarios. Esta entidad, suele ser la causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia en el anciano, se asocia con una alta mortalidad a pesar de las tecnologías quirúrgicas modernas.

Palabras Claves: Abdomen Agudo, Adulto Mayor.

Introducción

El incremento de la población con 60 años y más ha transformado la demografía a escala mundial. A principios de este siglo se agregaron a la población global unos 10 millones de ancianos, y los estimados auguran que para el 2045 la población en general aumentará a 50 millones anuales y 21 millones estará representado por adultos mayores. ^(1,2)

Según las proyecciones de los expertos para el 2100 la esperanza de vida mundial se habrá elevado a 80 años. ⁽²⁾

Actualmente en Cuba alrededor del 16,8% de la población tiene más de 60 años, y los pronósticos esperados son similares a los del resto del planeta. ^(3,4)

El aumento de este sector poblacional genera mayor presencia de ancianos en los servicios quirúrgicos, muchas veces determinado por enfermedades de largos años de evolución (cirugía electiva) o por afecciones que demandan de una cirugía de urgencia. ^(1,2,4-6)

Dentro de las afecciones que necesitan de los beneficios quirúrgicos de urgencia, es el *Abdomen Agudo* el más representativo.

El Abdomen Agudo, según Thonet, Avaria, & Pinto ⁽⁶⁾ está referido a un término que comprende un conjunto de patologías en las cuales, el **dolor abdominal** viene siendo el común denominador, aunque con síntomas, signos y características típicos de presentación para cada causa en particular.

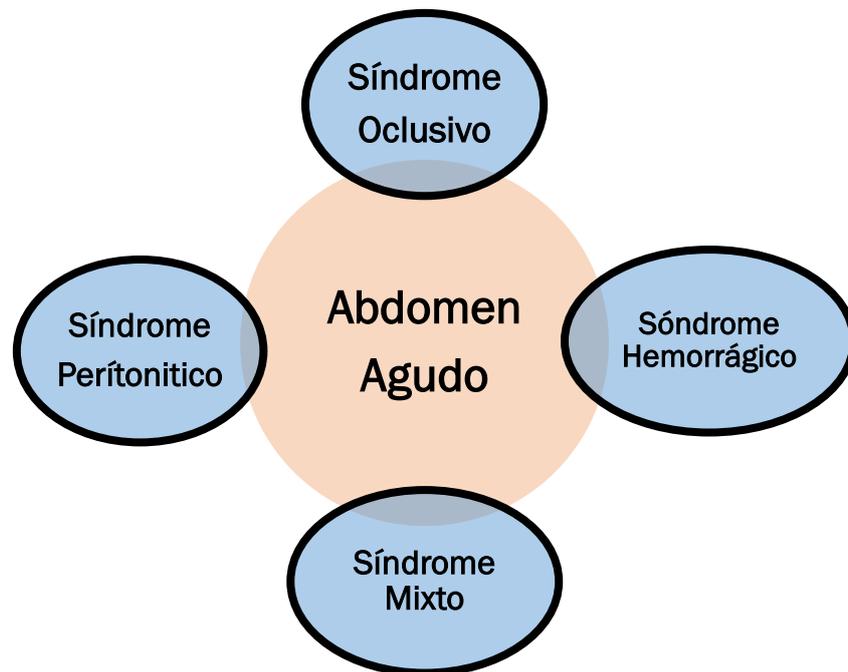
Estudios internacionales demuestran que del total de personas mayores atendidas en el servicio de urgencias con dolor abdominal, entre 30-40% serán sometidas a una cirugía para la solución definitiva de su dolencia. ^(7,8)

Otros autores indican que aproximadamente el 40% de los pacientes de edad avanzada con abdomen agudo se diagnostican erróneamente, lo que influye de manera negativa en la evolución de su enfermedad. ⁽⁷⁻⁹⁾

Es imprescindible recordar que el anciano puede presentar cuadro de abdomen agudo sin manifestar fiebre ni signos peritoneales, sintiéndose bien desde el punto de vista clínico, de allí la importancia del alto índice de sospecha clínica que debe tener el cirujano actuante, teniendo en cuenta además, que el 60% de los ancianos padece de una o más enfermedades crónicas por lo que deben tenerse presente todos los factores de comorbilidad que pueden agravar el pronóstico del paciente. ⁽⁸⁾

Desarrollo

La descripción de las diferentes entidades responsables de un abdomen agudo a esta edad se hará de acuerdo a la siguiente clasificación por síndromes y en cada uno de ellos se comentan las afecciones más frecuentes que se presentan.



Síndrome Oclusivo

Puede producirse por múltiples causas en dependencia del lugar de origen de la obstrucción. De ahí que se divida en obstrucción de origen parietal, de la luz o por compresión extrínseca.

Dentro de las lesiones de la pared, están los divertículos, el cáncer, la colitis isquémica, entre otras. Por obstrucción de la luz están los fecalomas o los bezoares y por compresión extrínseca, los vólvulos, las bridas, las invaginaciones y las hernias por señalar las más frecuentes. ⁽⁷⁻⁹⁾

En la literatura aparecen como causa de este síndrome en los pacientes ancianos, las hernias externas, las adherencias o bridas en el caso de la oclusión de intestino delgado y el cáncer de colon en las del intestino grueso.

⁽⁷⁻¹⁰⁾

Los síntomas estarán en dependencia de la presencia o no de compromiso vascular del asa intestinal afectada. ⁽¹⁰⁾

Las hernias externas se consideran la primera causa de oclusión intestinal en este grupo poblacional. Se ha señalado que su frecuencia está determinada a esta edad por la pérdida del tono muscular que ocurre producto del envejecimiento, por la presencia de condiciones que aumentan la presión

intrabdominal como son los cuadros urinarios obstructivos bajos, la constipación y la tos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica o por bronquitis. ⁽⁶⁻⁹⁾

Le siguen en orden de frecuencia los tumores de colon, estos últimos son frecuentes en esta etapa de la vida y se atribuye a diferentes factores entre ellos los de tipo inmunológico los que hacen a los ancianos más susceptibles a estas enfermedades. Algunos autores (Suarez 2017, Pisis 2015) entre otros, reportan el cáncer de colon como la causa más común de cuadro oclusivo. ^(6-8,10) En Cuba constituyó la segunda causa de muerte por enfermedad maligna en el año 2017. ⁽³⁾

Las bridas post quirúrgicas son la primera causa de oclusión intestinal en el paciente joven, sin embargo, en los pacientes ancianos es desplazada por las hernias ya mencionadas anteriormente.

Otra causa de síndrome oclusivo es el vólvulo intestinal, principalmente de colon. Su frecuencia varía de acuerdo a las diferentes zonas geográficas y aunque su verdadera etiología es motivo de especulación se señala como factores que intervienen en su presentación, la inactividad, el uso de sedantes y el agrandamiento asintomático con dilatación e hipertrofia de la pared y elongación del segmento afectado. ⁽¹¹⁻¹³⁾

El íleo biliar puede tener una frecuencia hasta del 23% en este grupo poblacional. Su diagnóstico puede hacerse por la visualización del cálculo en el examen simple del abdomen pero la presencia de gas en las biliares es un signo diagnóstico decisivo en esta afección. ⁽¹¹⁻¹³⁾

La oclusión vascular de cualquiera de los segmentos del tubo digestivo, se comporta con algunos signos de obstrucción intestinal, pero por lo engorroso de este cuadro y sus fatales resultados, la mayoría de los autores lo contemplan como un síndrome mixto del abdomen agudo. ^(3,11-14)

La colitis isquémica se asocia a afecciones cardiovasculares que incluyen infarto del miocardio, embolismo pulmonar o estados de bajo flujo postoperatorios acompañados de sepsis. ⁽⁹⁾

Clínicamente la sintomatología es variada y depende, si la oclusión intestinal es de intestino delgado o grueso, y la existencia de compromiso vascular o no.. La presencia de dolor a tipo cólico, los vómitos y la ausencia de expulsión de heces

o gases son las principales características clínicas. El predominio de uno u otro síntoma estará en dependencia de la causa y el sitio de la oclusión. (6,7,9-13)

El examen físico se realiza de forma completa con insistencia del abdomen y las regiones inguino-crurales. Se busca la presencia de hernias externas o cicatrices quirúrgicas. En una gran mayoría se constata la distensión abdominal, aunque su ausencia, no descarta el diagnóstico de un síndrome oclusivo. A la palpación puede encontrarse dolor, defensa abdominal o una masa tumoral. El timpanismo abdominal aumentado y las características de los ruidos hidroaéreos pueden dar elementos para evaluar en qué etapa evolutiva está la oclusión. (7,9-13)

Exámenes complementarios: Imagenológicos, de laboratorio y aquellos específicos de las enfermedades asociadas que pudieran acompañar a cada enfermo en particular. (9,12)

La intervención quirúrgica no debe demorarse innecesariamente ya que la mayoría de los autores consultados, (Herrera, Pisis, Treuer) coinciden que el compromiso vascular puede ocurrir a partir de las 6 horas de iniciado el cuadro clínico. (9,11,12) No obstante en la actualidad se recomienda la corrección del medio interno, la estabilización de alguna enfermedad asociada que ponga en peligro la vida, y de esta forma, disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad por cirugía de urgencia. (5,7,12)

Síndrome Peritoneal

Este síndrome del abdomen agudo se puede producir por perforación de una víscera hueca llamado también Síndrome Perforativo o por inflamación de una víscera abdominal, llamado Síndrome Peritonítico.

Síndrome Perforativo.

La causa más frecuente de este cuadro clínico son las úlceras pépticas perforadas pero también puede deberse a un divertículo de colon perforado o a una apendicitis aguda que en su evolución se perfore. Otra causa puede estar en relación con la perforación de un asa intestinal por cuerpo extraño. (xxx)

Las úlceras pépticas sobre todo las duodenales aumentan con la edad por el incremento de la presencia del Helicobacter Pylori acompañado del uso de

antiinflamatorios no esteroideos (AINES) muy utilizados en este grupo de población por el desgaste óseo que cursa paralelamente al paso de los años. ^(xxx) Las úlceras pépticas tienen una prevalencia de un 5 a un 10% y dentro de ellas igualmente en el mismo porcentaje se perforan. El 60% se localizan en el duodeno, el 20% son antrales y el 20% restante en el resto del cuerpo gástrico. ^(xxx) En la mayor parte de los casos lo hacen en cavidad libre pero pueden hacerlo a órganos vecinos(hígado o páncreas). La isquemia local, la vasculitis, la infección y la reacción fibroblástica probablemente determinen que una ulcera se perfora. ^(5-7, 9-13)

En cuanto al diagnóstico, este puede demorarse debido a que en el paciente anciano pueden estar ausentes los síntomas ⁽⁵⁾

El examen físico muestra la pérdida de la matidez hepática(Signo de Jaubert) ^(5-7,9,10), que no siempre está presente, y la literatura reporta hasta un 25% donde no se evidencia este signo. El abdomen en tabla es el signo patognomónico de los cuadros perforativos, sin embargo en el anciano suele estar ausente. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

Se ha demostrado que el riesgo de muerte por esta causa ,independientemente de las enfermedades asociadas, se relaciona estrechamente con la demora en el diagnóstico y tratamiento, por las características del adulta mayor, donde el cuadro clínico de presentación es altamente solapado. ⁽⁹⁻¹²⁾

Otra de las causas es la perforación de un divertículo del colon. Este segmento del tubo digestivo es uno de los más afectados porque se producen cambios en la pared con engrosamiento de la misma en una primera etapa debido a la elastogénesis y el acumulo de elastina entre los miocitos. Sin embargo la enfermedad diverticular se produce por el debilitamiento que por la edad sufre la muscularis propia en los lugares donde las venas y las arterias cruzan la pared del colon. ⁽¹³⁻¹⁶⁾

La incidencia de perforación por divertículos varia de un 2 a un 7% de acuerdo a diferentes autores. ^(13, 15,16)

Los exámenes complementarios se realizan de la misma forma que fueron mencionados en el acápite de Síndrome Oclusivo.

Síndrome Peritonítico

La causa más frecuente de un abdomen agudo en el joven es la apendicitis aguda. Sin embargo, aunque se ha señalado que disminuye con la edad debido a la atrofia del tejido linfoide y muscular que la envuelve, a los cambios que sufre el órgano por el envejecimiento con disminución del riego sanguíneo, a la infiltración grasa de la pared y al estrechamiento de la luz, sigue constituyendo un problema quirúrgico en los pacientes ancianos.^(14,15)

El cuadro clínico es insidioso por lo que hay demora en la realización del diagnóstico; influyen también la anamnesis y el examen físico deficientes por las propias características de estos enfermos. Todo esto hace que se incremente la morbilidad y la mortalidad postoperatoria.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

El diagnóstico es fundamentalmente clínico pero cuando existen dudas el uso de la Imagenología puede ayudar. Otro elemento que ha venido a mejorar la evolución de estos enfermos es la cirugía video asistida en aquellos casos que se realiza el diagnóstico tempranamente^(12,15-17)

La colecistitis aguda es otra de las causas de un cuadro peritoneal en estos pacientes. De un 10 a un 15% de pacientes adultos presentan litiasis vesicular. En los Estados Unidos se diagnostican anualmente un millón de casos nuevos. Se señala que la tercera parte de los pacientes operados con más de 70 años es por enfermedades de las vías biliares. Se estima que por encima de los 50 años el 25% de las personas desarrollarán cálculos biliares.^(18,19)

Esta complicación de la litiasis biliar puede a su vez provoca ictericia por litiasis coledociana o síndrome de Mirizzi, empiema, perforación con coleperitoneo y colecistitis enfisematosa que se observa en los pacientes diabéticos en un 20%⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Los exámenes complementarios, han sido mencionados previamente.

Síndrome Hemorrágico

Este síndrome en el paciente anciano puede ser por la ruptura traumática del bazo o el hígado, la ruptura de un aneurisma o un sangrado postoperatorio.

(7,9,11,14) Como se conoce en este síndrome las causas de origen traumático son las que predominan y el tratamiento es la laparotomía de urgencia y la resolución de la causa. Vale señalar que en los casos de aneurismas de la aorta abdominal como los sangrados post-quirúrgicos, la mortalidad es muy elevada y las armas terapéuticas resultan a veces insuficientes, ante la gravedad extrema de estos cuadros, por lo que todos los autores revisados coinciden en la alta mortalidad reportada mundialmente. (9,11,15-17)

Síndrome Mixto

Se denomina así por lo abigarrado del cuadro clínico. Es producto de la mezcla de los signos y síntomas de la peritonitis, la hemorragia y la oclusión ⁽⁷⁾ por lo general a esta edad la causa más frecuente es la torsión de un quiste o tumor intrabdominal, la pancreatitis aguda hemorrágica y la oclusión vascular mesentérica. (3, 16-20)

Se presenta de manera sordida en la población anciana y el diagnóstico se hace ciertamente difícil, pues clínicamente posee síntomas y signos de los otros síndromes abdominales agudos.

La oclusión vascular tiene elementos del síndrome obstructivo, pero a los efectos didácticos y por su cuadro se prefiere incluir en este síndrome. Puede ocurrir en cualquier sitio del tubo digestivo y afectar la arteria mesentérica superior(90%) o inferior(10%) ⁽³⁾ producido por trombosis venosas o isquemia arterial crónica. El único síntoma que puede orientarnos en el diagnóstico es el dolor no preciso. Cuando se produce compromiso vascular más del 90% de los pacientes mueren. Se conjugan elementos peritoneales por la irritación del mismo y hemorragia por la isquemia de las asas intestinales. (13,14)

Por lo tanto la conducta a seguir ante un dolor que no se conoce o no se ha podido determinar la etiología es expectante y no se deberán utilizar analgésicos que pueden enmascarar aún más el cuadro en estos enfermos que de por sí producto del envejecimiento y de las enfermedades concomitantes ya constituye un problema per se para establecer un diagnóstico precoz y una conducta terapéutica adecuada con la consiguiente disminución de la morbilidad y mortalidad postoperatorias.

Consideraciones Finales

Se conoce que el Abdomen Agudo se presenta en menor escala en las personas mayores de 60 años, pero se les debe considerar siempre como pacientes de alto riesgo por su propia fisiología, además en la inmensa mayoría presentan comorbilidades, que los hacen más susceptibles a las complicaciones y por tanto al aumento de la morbimortalidad en este grupo poblacional.

Por tanto, el cirujano tiene que actuar doblemente: determinando un diagnóstico y decidiendo una intervención quirúrgica, definiendo a su vez el grado de urgencia y el momento preciso de la actuación.

Bibliografía

1. Arango Díaz A, López Berrío S, Vera Núñez D, Castellanos Sánchez E, Rodríguez Sanabria PH, Rodríguez Feitó MB. Epidemiología de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Acta Méd Centro [Internet]. 2018 [citado 2 octubre 2021];12(3):262-272. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/923/1192>
2. González Rodríguez R, Cardentey García J. El envejecimiento poblacional: un desafío para los profesionales de la salud en Cuba Rev Hab Ciencias Méd [Internet] 2015;14(6):893-5. Acceso: 12/02/2020. [30 septiembre 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-9X2015000600018
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros médicos y estadística de salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018 [citado 29 septiembre 2021]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
4. María del Carmen Amaro Cano EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CUBA, DESDE EL PRISMA DE LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL Y LA ÉTICA Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. [citado 1 octubre 2021] Vol.6, No.2, Año 2016

5. MsC Dr. Carlos Antonio Sánchez Portela ;MsC Dra. Irene C. Pastrana Román. (2015) Estrategia en el Abdomen Agudo Quirúrgico en el adulto mayor en Pinar del Río. ISSN 1886-8924 [citado 1 octubre 2021]
[https://portalesmedicos.com/publicidad/show.php?z=989" width="300" height="250" marginwidth="0" marginheight="0" hspace="0" vspace="0" frameborder="0" scrolling="no"></iframe>](https://portalesmedicos.com/publicidad/show.php?z=989)
6. Thonet, G., Avaria, C., & Pinto, C. (2019). Abdomen Agudo en paciente mayor. En M. d. Chile, Actualización Manual de Geriátrica para Médicos - 2019 (Vol. Primera Edición, pág. 444 pp.). Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública. Citado el [2 octubre de 2021], disponible en :
[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13 MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf)
7. Suárez, R., & Ortiz, M. (2017). Abdomen agudo en el anciano. En Asociación Mexicana de Cirugía General A. C., e. Federación Mexicana de Colegios de Especialistas, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., & J. Morales (Ed.), Tratado de Cirugía General - Tercera Edición (pág. 2340 pp.). Ciudad de México, México: El Manual Moderno. [citado 30 septiembre 2021]
8. Alonso Gamboa T. Descripción clínico-epidemiológica de los pacientes mayores de 60 años operados de hernia inguinal. Cir Gen [Internet]. 2018 Oct-Dic [citado 5 octubre 2021];40(4):255-261. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg184f.pdf>
9. Pisis, F. (2015). Enfoque del abdomen agudo en geriatría. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica. Citado [1 de octubre 2021], disponible en
[http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/05/ Dr.-Fabio-Luis-Pisis-2014-2015. pdf](http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/05/Dr.-Fabio-Luis-Pisis-2014-2015.pdf)
10. Celli, A. (2018). Abdomen Agudo en Pacientes Geriátricos: Perfil Epidemiológico y Tipos en el Hospital Universitario. Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Medicina. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. [citado 29 septiembre 2021]
<http://186.101.98.14/bitstream/reduq/30547/1/CD%202260-%20ANGIE%20GABRIELA%20CELI%20SANTOS.pdf>
11. Treuer R. Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2017 Mar-Apr [citado 23 septiembre 2021]; 28(2):282-

290. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/dolor-abdominal-agudo-adulto-mayor-rev-med-clin-condes-2017>

12. Herrera Landero A, d'Hyver de las Deses C. Preoperative evaluation of the elderly. Rev Fac Med (Méx) [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado 30 septiembre 2021];61(4):43-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400043&lng=es
13. Rodríguez Morris A, Cazares Gómez A. Caracterización de pacientes mayores de 60 años operados por oclusión intestinal mecánica. Rev Cubana Tecnol Salud [Internet]. 2019 Jul-Sep [citado 3 octubre 2021];10(3):58-66. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1584>
14. Junior Quesada Porras ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE GERIÁTRICO [citado 28 septiembre 2021] Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (618) 101-103, 2016
15. Medina Gamarra, M., Paruta Sánchez, Z., Quincha Freire, V., & Páez Maldonado, G. (2020). Causas de abdomen agudo en adultos mayores. [citado 29 septiembre 2021] RECIMUNDO, 4(1(Esp)), 90-99. [doi:10.26820/recimundo/4.\(1\).esp.marzo.2020.90-99](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.90-99)
16. Parés D, Fernández Llamazares J. Unidades funcionales para el manejo quirúrgico del paciente geriátrico. Cirugía Española [Internet]. 2018 Mar [citado 1 octubre 2021];96(3):129-130. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X18300642>
17. Benítez E, Galli V, Jara J, Miranda A, Morel J, Olazar L, et al. Complicaciones y mortalidad por peritonitis: un estudio transversal. Medicina Clínica y Social [Internet]. 2018;2(1):6-12. [Citado 1 octubre 2021] Disponible en: <http://www.medicinaclicinaysocial.org>
18. Loozen CS, Ramshorst B, Santvoort H, Boerma D. Early cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly population: A systematic review and

meta-analysis. Dig Surg [Internet]. 2017 [citado 3 octubre 2021];34(5):371-379 Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/455241>

19. Figueroa Giralt MG, Csendes A, Bustos C, Palacios F, Saavedra V, Contreras C, et al. Puntos críticos en la evaluación y tratamiento de octogenarios con colecistolitiasis. Rev Cir [Internet]. 2019 [citado 2 octubre 2021];71(1):47-54 Disponible en:

<https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/184>

20. Roldán Aviña JP, del Álamo Juzgado C, Merlo Molina S, Paredes García MV, Herrera Gutiérrez L. Obstrucción intestinal de presentación subaguda secundaria a trombosis de la vena mesentérica superior. RAPD [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado 3 octubre 2021];41(4):204-206. Disponible en:

<https://www.sapd.es/revista/2018/41/4/05>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Juana Teresa Santiago Pérez, Originó la idea del trabajo, realizó la redacción, corrección y diseño del trabajo. Además de la búsqueda de la bibliografía.

José Miguel González Bárcenas , Realizó búsqueda de bibliografía y coopero en la redacción del mismo.