

Crisis abdominales comunes.

por el doctor MILTON R. BOOKMAN

El objeto de este trabajo es trazar un bosquejo de las crisis abdominales que se observan con más frecuencia, llamar la atención sobre ciertos signos y síntomas cardinales y sobre los métodos que permiten descubrirlos e interpretarlos. Para conseguirlo he seguido distinto orden que el de los libros de texto.

El dolor es un síntoma importante. La descripción que de él hace el enfermo es muy variable; así que cada caso debe juzgarle por separado, teniendo en cuenta el médico la estabilidad o inestabilidad nerviosa del paciente. El dolor en muchos casos queda reducido a una sensación de molestia después del interrogatorio; así que lo mejor es no reconocer el enfermo sino cuando haya descrito con todos sus detalles la cronología y periodicidad del ataque doloroso, tiempo en que principió y el de su mayor intensidad, su sitio, sus irradiaciones, y, finalmente, lo más importante, su *carácter*.

La rigidez muscular es una expresión variable. La rigidez verdadera es refleja y constituye un acto de la naturaleza para proteger del traumatismo mecánico una parte lesionada o enferma. No puede ser dominada por el enfermo, se presenta cuando existe un estado patológico sobreagudo, y una vez desarrollada, sólo desaparece al hacerlo el estado que la ha producido o a beneficio de medios operatorios. Su comprobación tiene gran importancia para el diagnóstico.

El espasmo muscular es, en cambio, un acto voluntario por parte del enfermo, y tiende al mismo fin, es decir, a proteger contra el traumatismo mecánico. Es también su estado variable: unas veces se produce al aproximarse la

mano con que se ha de palpar, y desaparece distrayendo la atención del enfermo; se observa en la práctica en más o menos grado, en todas las inflamaciones abdominales agudas, y su valor diagnóstico guarda relación con el estado neurótico del individuo. La rigidez y el espasmo pueden coexistir, y casi siempre coexisten, en sitios opuestos, en el mismo abdomen, y el último favorece siempre la acción protectora de la primera. La rigidez y el espasmo están a veces enmascarados por un exceso de grasa abdominal, y su falta aparente induce con frecuencia al error. La rigidez es, por lo tanto, constante, mientras que el espasmo es inconstante y variable en intensidad, pero puede descubrirse mandando al enfermo que utilice el grupo muscular sospechoso, por ejemplo, volverse o sentarse en el lecho: cuando hay rigidez, la tentativa más ligera de ejercicio es dolorosa, mientras que si hay espasmo, el enfermo sólo siente dolor después de haber hecho el esfuerzo o durante él.

La indicación del enfermo respecto al sitio del dolor, y hasta cierto punto a su irradiación, tiene grandísima importancia.

Después de obtener todos los datos necesarios, es preciso reconocer el enfermo. El examen debe empezar de ordinario por la inspección minuciosa, la cual, aunque parece sencilla, es esencial, porque además de permitir observar la peristalsis, la existencia o falta de la respiración abdominal, da la clave de la gravedad del caso.

En todas las afecciones inflamatorias agudas o traumáticas intraabdominales, siempre falta la llamada «respiración abdominal,» pues los movimientos del diafragma dislocan las vísceras, las que a su vez hacen moverse la parte afectada; este modo de respiración se inhibe o suprime, por lo tanto. Además, en las lesiones intraperitoníticas graves se observa un esfuerzo explosivo, ligero, que suele ir acompañado de un murmullo más o menos perceptible al oído análogo al que se oye en la neumonía, aunque faltan los signos neumónicos.

He observado que cuando se ordena al enfermo señalar con la punta del dedo índice el punto donde es más fuerte el dolor, puede evitarse un sufrimiento inútil y el paciente permite sin temor un reconocimiento más detenido, si se reserva esta área para la palpación final. El mejor método de palpación consiste en aplicar de plano sobre el abdomen una mano ayudándose con los dedos de la otra colocados sobre la primera, la cual despliega toda la fuerza necesaria aun en las manipulaciones profundas; de este modo el tacto con la mano aplicada sobre la piel, se puede prolongar por más tiempo.

Según he indicado anteriormente, el sitio señalado por el enfermo como localización del dolor máximo, debe ser reconocido últimamente, y por lo tanto, el resto del abdomen debe examinarse para apreciar la sensibilidad, el espasmo, la rigidez muscular y las «masas»; las manos encargadas de la palpación se aproximan cada vez más al área afectada.

La litiasis biliar suelen padecerla las mujeres de buena complexión, gruesas, de cuarenta años; sin embargo, no es rara en el hombre. El enfermo refiere casi siempre la historia siguiente: después de una comida copiosa o durante la noche se siente un dolor agudo en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho. Este dolor va casi siempre acompañado de vómitos, aunque el estómago se halle vacío. Los vómitos suelen estar teñidos de bilis, y las náuseas, con deseo imperioso de vomitar, son casi siempre patognomónicas de esta afección y persistentes. El dolor suele irradiar al hombro; pero este síntoma, citado con tanta frecuencia en los libros, casi nunca adquiere gran intensidad, según he observado.

La ictericia jamás existe al principio y sólo se observa después si el cálculo o los cálculos se atascan en el conducto colédoco. El enfermo está agitado y muchas veces comprime con las manos la región dolorosa o se dobla hacia adelante sobre el respaldo de una silla. El dolor es

fuerte y de carácter cólico, cesa de cuando en cuando y es substituído por sensibilidad. Suele haber algo de distensión del abdomen, y la respiración abdominal es ligera o nula. El pulso está acelerado, sin guardar relación directa con la temperatura, la que casi nunca es superior a la normal; el número de movimientos respiratorios está aumentado, así como el de pulsaciones.

Al reconocer el enfermo se encuentra el abdomen flojo y flexible a la mano que palpa, pero en el sitio del dolor hay espasmo muscular acentuado, sobre todo si se intenta practicar la palpación profunda. Comprimiendo de repente la parte libre de las costillas flotantes de un lado a otro o de adelante a atrás, se despierta un dolor fuerte en la región donde se supone se halla el cálculo.

La sensibilidad es mayor en el extremo de la novena costilla cuando se la comprime fuertemente con uno o dos dedos. Si el médico se coloca en pie a la derecha del enfermo, cerca de la cadera y aplica el dedo pulgar de la mano izquierda debajo de las costillas y le «hace rodar» debajo de ellas, esta maniobra resulta algo dolorosa. Aplicando la mano en ángulo recto con la piel en la región lumbar, suele producirse dolor en el área afectada. Un cálculo atascado en el conducto cístico suele producir cierta distensión de la vesícula biliar a causa de la acumulación de moco por detrás, y a consecuencia de esta distensión la vesícula se hace más o menos apreciable al palpar.

En este estado, si hay algo que llame la atención, es la intensidad del dolor, desproporcionada por completo a los signos físicos. No todos los signos indicados existen en un caso dado, pero sí uno o más de ellos que permiten hacer el diagnóstico verdadero.

En la *colecistitis aguda* el enfermo tiene todos los signos y síntomas de un cálculo, el cual muchas veces se forma durante la inflamación aguda de la vesícula biliar; es la regla más que la excepción.

El enfermo de *colecistitis* se limita a permanecer in-

móvil en decúbito supino, sin moverse en el lecho como hace el que padece un cálculo simple. Los vómitos y las náuseas no ocupan un lugar tan importante entre los síntomas, como en la litiasis, aunque se presentan al principio, si bien con menos intensidad. El síntoma más importante es el dolor; a causa del carácter inflamatorio de la afección es continuo y no remitente.

Cuando la inflamación es más intensa y se propaga a la pared y a la cubierta peritoneal de la vesícula biliar, suelen formarse adherencias entre ésta y las vísceras huecas y el epiplón inmediato, observándose además distensión y algo de obstrucción. La timpanitis y la sensibilidad consecutiva se observan en otras partes del abdomen sobre las asas intestinales distendidas; estos fenómenos desaparecen por regla general a beneficio de un enema y permiten hacer un reconocimiento más minucioso.

Los signos físicos son algo más definidos que en la litiasis y, naturalmente, quedan limitados a la región de la vesícula biliar. La respiración abdominal en la mitad superior, por encima del ombligo, suele faltar. Hay gran sensibilidad y rigidez en el lado derecho, más arriba de la parte superior del músculo recto a distancias variables de la margen costal. En el caso de hígado infartado y en estado de ptosis, el punto máximo de sensibilidad se encuentra muy bajo; en ciertos casos, sobre todo en las personas muy obesas o muy delgadas, el punto máximo de sensibilidad se halla bastante fuera del lado externo, casi en un sitio próximo a la línea axilar.

La sensibilidad y la rigidez en un enfermo con inflamación intensa de la vesícula biliar, suelen ocupar un área extensa y es fácil despertar algo de dolor en el punto de Mac Burney o más abajo en el flanco. Un signo que he descrito recientemente (1) tiene gran valor en estos casos; se observa enganchando el dedo en el ombligo y tirando hacia abajo en la dirección del pubis, con lo cual se ejerce una tracción sobre el ligamento redondo o sus-

(1) *Medical Record*, 24 julio 1915.

ensorio del hígado, que imprime a esta víscera un movimiento rotatorio y produce el dolor consiguiente sobre la región de la vesícula biliar. Este signo existe en muchos casos.

En los casos subagudos y crónicos puede palparse la vesícula biliar si el espasmo no es muy fuerte, pero en el tipo agudísimo la rigidez es tan grande que excluye la posibilidad de palpar una masa definida. La temperatura suele elevarse a 38° o 39° centígrados, y el número de pulsaciones aumenta en proporción.

La perforación de una úlcera gástrica o duodenal, que antiguamente se consideraba como una rareza, sabemos hoy que es muy común; es un accidente dramático que se produce de una manera inesperada.

El enfermo se encuentra bien, cuando, después de una comida abundante, siente de pronto en el epigastrio un dolor agudo, parecido a una puñalada, y que le obliga a permanecer inmóvil con las rodillas dobladas. El colapso es más o menos fuerte y va acompañado de una sensación de desvanecimiento. El pulso se hace rápido y filiforme, la respiración superficial, el cuerpo se cubre de sudor frío y viscoso, y tardan poco en aparecer los vómitos. El carácter de este dolor no es el de un calambre, sino continuo y terebrante.

Al principio el dolor está localizado en la región del epigastrio o un poco a la derecha, pero después se extiende gradualmente hacia abajo a lo largo del canal paracólico derecho hasta la zona del punto de Mac Burney, donde, según el enfermo, adquiere el máximum de intensidad. La causa de ello es fácil de comprender. Al perforarse la úlcera hay derrame de jugo gástrico hiperácido en la cavidad peritoneal, y este derrame, que continúa a a cada movimiento del diafragma, produce una reacción violenta del peritoneo, en otras palabras, una peritonitis química, de modo que se forma un depósito de este líquido tan ácido, que llena la bolsa suprarrenal derecha (bolsa de Morrison) e inunda el vacío. Este llamado canal es

el espacio que existe entre la pared derecha del abdomen y el colon ascendente con su mesocolon; a causa de esta disposición el líquido se colecciona y forma un segundo depósito en el vacío derecho, en la región del apéndice; así que, cuando el médico ve por vez primera el enfermo, el sitio máximo del dolor suele estar localizado en la zona del punto de Mac Burney, que es la superficie peritoneal más recientemente invadida.

Cuando se ve el enfermo en la primera o segunda hora que siguen al accidente, impresiona la gravedad de su estado. Persisten los síntomas del colapso: piel viscosa y fría, pulso débil y rápido, temperatura subnormal y a veces algo de cianosis. Según pasan las horas, los síntomas de este colapso van mejorando y aparecen los de una peritonitis localizada de grande intensidad. La temperatura es de 38° a 39° centígrados; el número de pulsaciones de 110 a 140, y el de los movimientos respiratorios está también aumentado en proporción.

La afección sigue una marcha progresiva en la mayor parte de los casos, excepto cuando se interviene por los medios operatorios, y termina en un absceso localizado subfrénico o en una peritonitis difusa; pero en ciertos casos, cuando la perforación es pequeña y se adhiere a ella un trozo del epiplón adyacente, el proceso queda limitado, tipo llamado subagudo, y el enfermo puede curar espontáneamente.

Por lo demás, en los primeros períodos, cuando el médico ve por vez primera el enfermo, es imposible distinguir este último tipo del más grave y progresivo, y en todos los casos de esta descripción debe considerarse como indicada la intervención operatoria, excepto cuando remite a las pocas horas la gravedad de los síntomas.

El diagnóstico de la *apendicitis aguda* no preocupa por regla general, pero nadie es capaz de decir con seguridad cuál será su terminación. No queremos decir con esto que en todos los casos esté indicada de manera impropia la intervención operatoria, sino manifestar que se

precisa siempre la vigilancia más minuciosa, por benigno que parezca el caso.

Por regla general ocurre lo siguiente: el enfermo, con o sin signos prodrómicos, siente una serie de calambres en el epigastrio, acompañados o seguidos al poco tiempo de vómitos no muy abundantes. Las náuseas son raras. La intensidad de estos calambres aumenta de un modo gradual y se propagan hacia abajo hasta la fosa ilíaca derecha.

En los ataques de mediana intensidad el enfermo permanece tranquilamente en el lecho en decúbito dorsal, quizá con las rodillas dobladas hacia arriba. Los vómitos en este período persisten hasta que el estómago queda vacío o mientras se ingieren alimentos o medicamentos. El dolor continúa, pero pierde el carácter de calambre y se hace continuo, interrumpido de cuando en cuando por un calambre. Es cuando suele ver el médico al enfermo.

Hablamos de un caso agudo de mediana intensidad. El enfermo se encuentra tranquilamente en decúbito dorsal, con $37^{\circ},5$ a 38° centígrados de temperatura y 90 a 120 pulsaciones. En ningún período de la enfermedad, ni el pulso ni la temperatura permiten conocer la gravedad de la lesión.

Al reconocer al enfermo se observa que la respiración abdominal está disminuída o es nula, sobre todo en la parte inferior del abdomen. En las personas delgadas la pared abdominal es plana o tiene una forma ligeramente escafoidea; después hay algo de distensión. Al palpar sobre el lado izquierdo del abdomen se aprecia sensibilidad y algún espasmo en diversos niveles por encima del ligamento de Poupert, lo cual es debido a que puede haber algo de líquido seroso libre—el gran agente protector de la naturaleza—en la pelvis, o a que el vértice del apéndice se inclina en esta dirección. En el cuadrante superior izquierdo no se observan ni sensibilidad ni espasmos. En los casos de descenso incompleto del ciego, el dolor agudo suele principiar bastante arriba, en el lado derecho, y ha-

cer sospechar la existencia de un padecimiento de la vesícula.

A medida que el reconocimiento se aproxima a la región del punto de Mac Burney, la mano que palpa nota una sensación más marcada de espasmo en la pared abdominal y un principio de rigidez. En el sitio exacto del apéndice, o en la región donde, según el enfermo, es más fuerte el dolor, se observan indicios innegables de espasmo y de rigidez incipiente. Estos fenómenos se acentúan si el enfermo intenta levantar el miembro inferior derecho con la pierna extendida, porque con esta maniobra el cuerpo del músculo psoas se pone más prominente, y, como el apéndice, en la mayor parte de los casos, se halla sobre él, se acerca más a la pared abdominal y a la mano encargada de practicar la palpación. Esta debe practicarse con sumo cuidado para no romper un apéndice distendido o gárgrenoso.

Conviene ocuparse en algunos otros puntos de menos importancia. Primero, el hecho de que en las primeras o segundas veinticuatro horas el dolor desaparece de pronto, pero persisten los signos físicos; esto indica sencillamente que la tensión considerable que produce un dolor fuerte, a la que ha estado sometido el enfermo hasta entonces, ha disminuído, y el modo más común de que disminuya dicha tensión es la ruptura del apéndice.

Otro punto importante que debe tenerse en cuenta es que el enfermo se queja de dolor en la región lumbar o en el dorso; en estos casos el apéndice suele ser retrocecal o parececal, y los signos que se obtienen; palpando la pared anterior del abdomen, son de poca importancia. Si el enfermo no mejora y se le opera, suele encontrarse un absceso debido a la ruptura de un apéndice retrocecal. Muchos veces el paciente no se queja de estos síntomas engañosos aunque exista la lesión indicada.

Como resultado de mi experiencia, jamás reconozco a un enfermo que sospecho padece apendicitis sin deslizar una mano por debajo de los lomos y reconocer la

parte anterior del abdomen en esa región con la otra, y desde que empleo esta pequeña maniobra las sorpresas debidas a un apéndice retrocecal han sido poco numerosas.

El encorvamiento o la tensión del pedículo vascular del riñón (crisis de de Dielt) es una causa común de dolor abdominal. En este caso suele tratarse de una mujer robusta o muy delgada, de hábito enteroptósico, la cual después de hacer un movimiento de torsión del cuerpo, siente de repente un dolor agudo en la parte superior de la región lumbar, debajo de las costillas (casi siempre en el lado derecho) o en el epigastrio, seguido de náuseas y vómitos, sobre todo de náuseas que persisten mucho tiempo después de quedar vacío el estómago. El enfermo suele permanecer tranquilo en el lecho, pero otras veces está agitado y da vueltas en la cama.

El dolor es continuo, de carácter lancinante, y cuando se pregunta al enfermo el sitio exacto de él, señala desde el dorso hasta el epigastrio. Suele haber algo de colapso al principio, pero tarda poco en desaparecer. La micción es de ordinario muy frecuente; la orina es, por lo común, normal, pero en ciertos casos contiene algo de sangre. Según mi experiencia, la cantidad de orina eliminada no se modifica.

Después de algún tiempo el dolor pasa «de parte a parte,» es decir, desde el epigastrio al dorso. Al reconocer al enfermo se queja y sujeta con la mano el sitio afecto; la respiración abdominal es casi nula. En el resto del abdomen los signos son negativos, excepto en el lado afecto debajo de las costillas, donde hay aumento de la sensibilidad con espasmo acentuado y algo de rigidez. El espasmo y la rigidez se extienden por el costado y alrededor del tronco hasta el ángulo costovertebral. En ciertos casos, cuando el enfermo es muy delgado, se palpa en la parte anterior o en la región lumbar, exactamente por encima del nivel del ombligo, una masa sensible al tacto. La masa es más ancha que un riñón

normal, puesto que, a causa de la torsión del pedículo, este órgano y los tejidos perirrenales se congestionan y ponen tumefactos. Un baño caliente suele corregir en parte el espasmo, hacer la masa más apreciable a la palpación y favorecer el examen.

En este caso la compresión de los huesos del tórax es dolorosa, pero los puntos diferenciales entre la torsión del pedículo de un riñón y la inflamación de la vesícula biliar, son los siguientes: en el primer caso, la sensibilidad y resistencia muscular son más difusas que en el segundo, y en muchos casos hay un intervalo apreciable debajo de las costillas, en el que la sensibilidad es ligera o nula en la torsión del pedículo renal, mientras que en la colecistitis el borde del hígado suele ser sensible. El pulso es rápido y desproporcionado a la temperatura, la cual casi nunca es elevada; esta desproporción continúa, excepto cuando el riñón y la hidronefrosis consecutiva se infectan por la corriente sanguínea.

La *litiasis renal o ureteral* es una afección que simula muchas veces por completo una crisis abdominal. Principia de repente por un dolor agudo punzante en la región lumbar o en el dorso. El dolor es muy fuerte, angustioso, continuo y, por regla general, estacionario, porque el cálculo se mueve con lentitud y el enfermo nota perfectamente el cambio más ligero de posición. No es raro que, cuando se ve por vez primera al enfermo, se le encuentre encogido, gimiendo o revolcándose por el suelo. El vómito es frecuente como síntoma inicial, sobre todo si el ataque sobreviene poco después de comer. Después sólo se produce, por regla general, cuando se ingieren alimentos o medicamentos. Las náuseas son raras.

Sólo se descubre macroscópicamente sangre en la orina cuando el cálculo es de contorno irregular; existe, no obstante, casi siempre, pero para descubrirla es necesario centrifugar el líquido urinario y hacer el examen microscópico.

La micción suele ser frecuente y dolorosa. El dolor irradia a lo largo del uréter hasta los órganos genitales. En el hombre es frecuente la contracción del músculo cremaster con retracción del testículo.

No es posible obtener por el examen físico datos de gran utilidad, porque el enfermo no puede permanecer tranquilo el tiempo necesario para reconocerle en debida forma. Cuando se le manda indicar el sitio del dolor, señala desde la última costilla en el dorso hasta la línea media por delante, desde el cartílago xifoides hasta el pubis.

La palpación permite limitar la sensibilidad a un área más pequeña, pero el espasmo muscular es mucho más extenso que en ninguna otra afección. El movimiento más ligero de la mano, capaz de modificar la posición del cálculo, hace contraer los músculos del abdomen, del dorso y de la región lumbar, a fin de proteger la parte afecta y oponerse al examen.

La percusión con el martillo de Murphy permite descubrir en ciertos casos un signo de gran importancia; se aplica de plano la mano izquierda sobre las últimas costillas y se golpea sobre ella con el martillo; si existe un cálculo en el riñón o en la pelvis, el enfermo lanza un grito de dolor.

En ciertos casos en el hombre, cuando el cálculo ha penetrado ya en el uréter, si se introducen los dedos en el recto hasta más arriba de la próstata, se engancha el uréter afecto y se tira de él, se siente dolor en la región que ocupa el cálculo; en la mujer puede producirse un dolor análogo introduciendo los dedos en el seno anterior de la vagina o rechazando el cuello uterino hacia el lado opuesto.

La temperatura en esta afección tan dolorosa rara vez es elevada, pero el pulso es siempre más rápido que en estado normal. Un baño caliente alivia al enfermo y a la vez permite al médico hacer un examen más minucioso y descubrir los puntos sensibles.

Otro fenómeno importante es que los dolores angustiosos pueden cesar repentinamente y ser sustituidos por una sensibilidad superficial exagerada mientras el enfermo permanece inmóvil; pero en cuanto intenta hacer el movimiento más ligero, el dolor aparece de nuevo. Esto se explica por el hecho de haber quedado inmóvil el cálculo y por moverse de nuevo en cuanto el enfermo hace el menor movimiento muscular. En los casos más benignos, el dolor es más moderado y no reviste el aspecto de una crisis abdominal.

Otro tipo de crisis que se observa también con mucha frecuencia en la práctica general, es uno en el que la enferma intenta modificar su historia clínica. Me refiero al tipo de *inflamaciones pelvianas* consecutivas a las tentativas de aborto, aunque estas inflamaciones pueden producirse también independientemente de estas tentativas.

La historia clínica es casi siempre la siguiente: lo primero que observa la enferma es dolor en la parte inferior del abdomen y vómitos. El dolor aumenta de intensidad y se propaga a un nivel superior, de modo que la enferma no puede permanecer en pie y tiene que acostarse. Los dolores revisten el tipo de calambres. Los vómitos son moderados, puesto que el peritoneo pelviano es tolerante para la irritación. La temperatura se eleva de 39° a 40° centígrados. Hay a veces calofríos más o menos fuertes. La micción es frecuente y dolorosa.

Al reconocer a la enferma debe ésta permanecer tranquila en el lecho, en decúbito dorsal y con las rodillas dobladas. La cara está congestionada—antiguo reflejo ovárico—y su expresión es angustiosa y difícil de describir. La respiración abdominal es nula o casi nula. La palpación de la parte superior del abdomen despierta sensibilidad que aumenta según la mano va aproximándose a la sínfisis. Hay espasmo y rigidez muscular acentuados en un área semilunar, por encima de los dos ligamentos de Poupert y del pubis; en la línea media, la resistencia muscular puede extenderse hasta el ombligo.

El examen vaginal revela primero una sensación de aumento local de la temperatura; y este examen es siempre muy doloroso, aunque se practique con precaución. El útero está fijo, y si se intenta rechazar hacia arriba el cuello uterino, el dolor aumenta; el examen de los senos vaginales produce un dolor atroz, y el reconocimiento bimanual es tan doloroso que resulta imposible.

En el último período, cuando la afección es más bien de tipo subagudo, los senos vaginales están llenos de masas definidas y el útero rodeado de un líquido inflamatorio, que da una sensación análoga a la de la pelvis llena de escayola.

En la descripción que precede no se ha hecho mención de los medios más sencillos de laboratorio, rayos x, etc., ni de todo lo que el médico no puede tener a mano cuando ve por vez primera al enfermo. Lo he omitido de intento, pues mi objeto ha sido describir las crisis abdominales tal como se observan en la práctica general, y facilitar un diagnóstico por los medios sencillos de que puede disponer el médico.

(New York Med. Journal).