

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Presentación de Caso Clínico para educación médica: “Abdomen agudo  
quirúrgico en el adulto mayor: presentación del caso agosto 2019  
(Cumbayá) y revisión de la literatura”**

**Pamela Solimar Charro Paz**

**MEDICINA**

Trabajo de integración curricular presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Médico

Quito, 5 de enero de 2020

# **UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

## **Colegio de Ciencias de la Salud**

### **HOJA DE CALIFICACIÓN**

#### **DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**Presentación de Caso Clínico para educación médica: “Abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor: presentación del caso agosto 2019 (Cumbayá) y revisión de la literatura”**

**Pamela Solimar Charro Paz**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Harry Dorn, MD.

Firma del profesor

---

Quito, 5 de enero de 2020

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Pamela Solimar Charro Paz

Código: 00120997

Cédula de identidad: 1715407860

Lugar y fecha: Quito, 5 de enero de 2020

## RESUMEN

Se presentará el caso de una paciente de 76 con varias comorbilidades que ingresa somnolienta, álgica, consciente y orientada e hipotensa debido a presentar mareo, náusea, vómito y dolor abdominal. En hospitalización se maneja con analgesia, antibioticoterapia y nada por vía oral con lo que cede levemente el cuadro de dolor abdominal pensando inicialmente en un abdomen agudo no quirúrgico. Posteriormente, se reanuda ingesta de líquidos para realización de ecografía abdominal con lo que dolor abdominal se reagudiza y paciente sufre dos episodios de vómito de contenido acuoso, se maneja con analgesia por rescate y monitorización. Se realiza tomografía de abdomen, la cual únicamente reporta ateromatosis de aorta. Al no ceder dolor con manejo clínico, se solicita interconsulta a cirugía general. Paciente es valorada por médicos cirujanos, quienes consideran posibilidad de abdomen agudo isquémico y pancreatitis. Se solicitan exámenes adicionales, en los cuales se observa acidosis metabólica en la gasometría arterial, por lo que se decide interconsultar a servicio de terapia intensiva. Paciente es valorada por médicos intensivistas, quienes observan inestabilidad hemodinámica y deciden su ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En UCI requiere apoyo con ventilación mecánica y utilización de vasoactivos en altas dosis, presentando también deterioro del estado general acompañado de un episodio de vómito fecaloide.

Conjuntamente con el servicio de cirugía se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente de manera urgente. Se realiza laparotomía exploratoria encontrándose necrosis intestinal desde ileon terminal hasta segmento sigmoideo y trombosis mesentérica masiva sin perforación. Se realiza cirugía de control de daños difiriendo ostomias por inestabilidad hemodinámica de la paciente, se completa procedimiento quirúrgico y posterior a la finalización de la cirugía paciente presenta paro cardiorespiratorio, se realiza reanimación en conjunto con anestesiología sin éxito. Paciente fallece. Este caso clínico nos ayuda a comprender la importancia de diferenciar un abdomen agudo quirúrgico vs. no quirúrgico precozmente para proveer un tratamiento temprano. Al tratarse de una adulta mayor es posible que la presentación de un abdomen agudo se convierta en una presentación atípica convirtiendo desafiante al diagnóstico. Se hablará sobre los síntomas y signos importantes para realizar un diagnóstico más preciso en los adultos mayores considerando sus factores de riesgo y las causas más frecuentes de abdomen agudo en esta grupo etareo.

*Palabras claves: dolor abdominal, inestabilidad hemodinámica, trombosis mesentérica, adulto mayor*

## ABSTRACT

A 76-year-old female patient who is hospitalized due to dizziness, nausea, vomiting and abdominal pain, presents drowsy, conscious and hypotensive during admission. On the hospital floor, she is managed with analgesia, antibiotic therapy and nothing by mouth, which slightly improves the abdominal pain. The initial diagnosis was a non-surgical acute abdominal pain. Subsequently, fluid intake is resumed to perform an abdominal ultrasound, however the abdominal pain worsens once again, and the patient suffers two episodes of watery vomit. She is managed with rescue analgesia and monitoring. An abdominal tomography is performed, which reports atheromatosis of the aorta. The abdominal pain did not improve with clinical management; hence a consult is made to general surgery. Patient is valued by medical surgeons, who consider the possibility of an acute ischemic abdomen and pancreatitis. Additional exams are requested, in which important alterations in arterial gasometry are observed. It is then decided to consult the intensive care service. Patient is valued by intensive care physicians, who observe hemodynamic instability and decide to admit the patient to the Intensive Care Unit (ICU). In the ICU, she requires mechanical ventilation and high-dose vasoactive agents, also presenting deterioration of the general condition accompanied by an episode of fecaloid vomiting.

The patient is surgically intervened urgently. An exploratory laparotomy is performed, finding intestinal necrosis from the terminal ileum to the sigmoid segment and a massive mesenteric thrombosis without perforation. Damage control surgery is performed, differing ostomies due to hemodynamic instability of the patient, a surgical procedure is completed and after the end of the surgery the patient has a cardiorespiratory arrest, resuscitation is performed unsuccessfully in conjunction with anesthesiology. Patient passes away. This clinical case helps us understand the importance of differentiating a non-surgical vs. surgical acute abdomen to provide an adequate treatment. It is possible that the presentation of an acute abdomen differs from an adult due to age to an atypical presentation, making this diagnosis more challenging. The symptoms and important signs will be discussed to make a more accurate diagnosis in older adults considering their risk factors and the most frequent causes of acute abdomen in this age group.

*Keywords: abdominal pain, hemodynamic instability, mesenteric thrombosis, elderly*

## TABLA DE CONTENIDO

<i>Derechos de Autor</i> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	5
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	8
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	9
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	11
<b>CASO CLÍNICO</b> .....	12
<b>Historia Clínica</b> .....	12
Anamnesis.....	12
Motivo de Consulta.....	13
Enfermedad Actual.....	13
<b>Examen físico</b> .....	14
<b>Revisión actual de órganos y sistemas</b> .....	15
<b>Lista de problemas</b> .....	16
<b>DISCUSIÓN</b> .....	17
¿Qué es el abdomen agudo quirúrgico?.....	17
<b>Epidemiología del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor</b> .....	18
<b>Causas y presentación clínica del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor</b> .....	19
<b>Complicaciones y pronóstico</b> .....	23

<i>CONCLUSIONES</i> .....	24
<i>CONFLICTO DE INTERÉS</i> .....	24
<i>FIGURAS</i> .....	25
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> .....	26

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla # 1 Lista de problemas .....	16
Tabla # 2 Causas de abdomen agudo .....	17
Tabla # 3 Casuas de abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor .....	20



**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura # 1 Algoritmo diagnóstico de dolor abdominal .....	25
---	----

## INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo se divide en diferentes grupos entre ellos inflamatorio vs. obstructivo, quirúrgico vs. no quirúrgico, entre otros, sin embargo vale recalcar que el abdomen agudo quirúrgico es una emergencia médica, por lo cual el tratamiento quirúrgico debe ser inmediato. Se puede diferenciar estas entidades con la realización de una buena historia clínica y examen físico, ya que la presentación clínica puede encaminar al diagnóstico adecuado (Patterson, 2018). La frecuencia en la que se presenta el síndrome de abdomen agudo es entre 10 al 25%. Muchas causas de dolor abdominal son benignas, sin embargo se requiere hospitalización para el 50% de los casos de dolor abdominal. Al ser un diagnóstico desafiante, al menos en el 40% de los casos se cometen errores en el diagnóstico aumentando así la mortalidad global al 10% (García-Valenzuela, 2017).

El dolor abdominal agudo puede ser causado por un amplio espectro de condiciones médicas. Debido a esto se debe diferenciar entre causas de abdomen agudo falso y causas de abdomen agudo verdadero para proveer un tratamiento adecuado. Entre las causas de abdomen agudo falso se encuentran: diabetes mellitus, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, neumonía del lóbulo inferior, gastroenteritis aguda y estreñimiento. Mientras que las causas de abdomen agudo verdadero se subdividen en categorías como obstructivas (bridas, neoplasias, etc.), inflamatorias (apendicitis, colecistitis, etc.) y vasculares (ruptura de aneurimas, isquemia mesentérica) (Prieto, Carvajal, Santos, Upegui, & Rendón, 2016).

La presentación clínica varía según la causa del dolor abdominal. Es decir, la localización del dolor e irradiación del mismo depende del órgano afectado, ya que, por ejemplo, el dolor de estructuras como el estómago, el páncreas, el hígado se localizan en el epigastro o cuadrante superior derecho, mientras que el dolor del intestino delgado, el apéndice se localiza en la región suprapúbica. Los síntomas acompañantes generalmente son anorexia,

vómito, síntomas intestinal (diarrea, ausencia de canalización de flatos, melena), disuria, entre otros (Hadjis, McAuley, & Ruo, 1999).

Asimismo, se debe tomar en cuenta signos de alarma en una presentación de dolor abdominal que incluye a cualquier alteración en los signos vitales, fiebre, vómito, constipación, mareo, síncope, alteración del estado de consciencia, dolor a la palpación, ausencia de ruidos hidroaéreo, etc. (Flasar & Goldberg, 2006). Si el paciente presenta alguno de estos signos de alarma, se considera que la condición es grave y, posiblemente, quirúrgica (Cartwright & Knudson, 2008).

La edad es un factor de riesgo debido a que se relaciona con una alta incidencia de morbilidad. Debido a esto la frecuencia de fallecimiento en el adulto mayor es más frecuente. La edad del paciente puede modificar la presentación clínica y convertirla en una presentación atípica de abdomen agudo. Este tipo de presentación de abdomen agudo en el adulto mayor contribuye al retraso en el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico y el inicio del tratamiento quirúrgico (Gomez, 2008). También, la frecuencia de ciertas patologías varía con la edad siendo más comunes las enfermedades biliares (25%), obstrucción intestinal y hernia incarcerada, apendicitis y malignidad y afecciones vasculares (Iza, 2000).

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se describe un caso clínico atendido en el mes de agosto del 2019 en una institución de salud privada de tercer nivel de la ciudad de Cumbayá.

Se realizó revisión de la literatura sobre el caso presentado con ayuda de bases de datos en línea: SciELO, Pubmed, Google Académico. La búsqueda de artículos se realizó durante el mes de noviembre del 2019.

## CASO CLÍNICO

### Historia Clínica

#### Anamnesis

#### *Datos del paciente:*

Paciente de 76 años de edad, nacida en Quito, residente en Estados Unidos desde hace 2 años, estado civil: casada, ocupación: previamente comerciante, escolaridad: secundaria incompleta, grupo sanguíneo: desconoce, lateralidad: diestra, religión: católica.

#### *Antecedentes:*

- Alergias: no refiere
- Transfusiones: no refiere
- Antecedentes patológicos personales:
  - Hipertension arterial en tratamiento con lisinopril/hidroclorotiazida 20mg/12,5mg cada 12 horas
  - Artritis reumatoide diagnosticada hace 10 años en tratamiento con prednisona 5mg cada día
  - Hemorroides internas diagnosticada hace 8 meses aproximadamente en tratamiento con medicacion tópica y calas.
- Antecedentes quirúrgicos:
  - Cirugía de columna hace 3 años por aparente colapso vertebral con deformidad de columna.
  - Resección de pólipo en mama izquierda hace 25 años aproximadamente
- Antecedentes ginecoobstetricos:
  - G:4 P:4 C:0 A:0
    - G3 y G4: preeclampsia hija no recuerda tratamiento específico.
  - Menarquia: 12 años aproximadamente

- Menopausia: 46 años aproximadamente
- Antecedentes patológicos familiares:
  - Madre fallece de cáncer de estómago.
  - Padre fallece de ECV secuelar no refiere edad de evento
- Hábitos:
  - Alimentario 2-3 veces al día, dieta rica en carbohidratos pobre en proteína.
  - Miccional 4-5 veces al día.
  - Defecatorio: 2-3 veces al día, acuosas.
  - Alcohol: no refiere.
  - Tabaco: no refiere.
  - Carburantes de biomasa: no refiere.
  - Otras exposiciones: no refiere.
  - Actividad física: paciente requiere apoyo de andador al deambular en hogar, salidas fuera del hogar en silla de ruedas.

#### Motivo de Consulta

Náusea, mareo, dolor abdominal, vómito.

#### Enfermedad Actual

Paciente refiere que hace aproximadamente 6 horas previo a su ingreso presenta caída de su propia altura, sin pérdida de conocimiento. Acude el día de hoy a chequeo ejecutivo durante el cual refiere náusea, malestar general, mareo y sensación de inestabilidad a la sedestación. Posteriormente, este cuadro se acompaña de dolor abdominal y vómito por dos ocasiones de contenido acuoso, no alimenticio debido a ayuno. Es valorada en área de imagen, donde se decide su ingreso al piso de hospitalización

## Examen físico

**Signos vitales:** Presión arterial: 90/50 mmHg, frecuencia cardiaca: 95 LPM, saturación de oxígeno: 85% al aire ambiente, frecuencia respiratoria: 18 RPM, temperatura: 36.6°C.

Paciente somnolienta, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, deshidratada, álgica, agitada, Glasgow 15/15.

**Piel:** turgencia y elasticidad acorde a su edad

**Cabeza:** normocefálica, cabello de implantación normal, equimosis periorbitaria derecha.

**Ojos:** pupilas isocóricas midriáticas. normoreactivas a la luz y acomodación conservada, escleras anictéricas, conjuntivas no hiperémicas.

**Cara:** fascies reactiva, álgica

**Nariz:** fosas nasales permeables

**Boca:** mucosas orales secas, orofaringe no congestiva, no secreciones

**Orejas:** CAE permeable, no lesiones, no secreción

**Cuello:** móvil, no adenomegalias, pulsos carotídeos presentes, tiroides grado 0a.

**Axilas:** no adenomegalias, vello axilar normal.

**Tórax:** simétrico, expansibilidad conservada, no adenomegalias, no masas.

**Corazón:** ruidos cardíacos ritmicos, taquicárdicos, hipofonéticos, presencia de soplo sistólico en foco mitral 2++

**Pulmones:** murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreañadidos

**Abdomen:** distendido, suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, flancos y fosas iliacas, no se palpan visceromegalias, ruidos hidroaéreos disminuidos, no signos de peritonismo.

**RIG:** genitales externos femeninos, no adenomegalias, no lesiones en genitales.

**Extremidades inferiores:** simétricas, pulsos distales disminuidos, no edema, llenado capilar >2 segundos.

**Examen neurológico:**

Nivel de consciencia: orientada en tiempo espacio y persona, atención disminuida al momento de historia clínica, somnolienta.

Escala de glasgow 15/15.

Funciones mentales superiores conservadas

Lenguaje conservado, articulación normal.

Pares craneales:

I: no valorado.

II: refiere visión borrosa, fondo de ojo: no se realiza.

III-IV-VI: movimientos oculares conservados, no presenta nistagmus, reactividad pupilar acorde. No ptosis palpebral, acomodación y convergencia conservados

V: sensibilidad conservada en tres ramas.

VII: simetría de pliegues nasogenianos, conservado.

VIII: no valorado.

IX-X: reflejo nauseoso presente

XI: músculos trapecio y esternocleidomastoideo conservado

XII: conservado.

Revisión actual de órganos y sistemas

- Hiporexia últimos 3 meses.
- Hija de paciente refiere aparente incontinencia urinaria de urgencia últimos meses, no disuria.

- Paciente refiere dolor a la defecación y deposiciones diarreicas que se acompañan de constipación en ciertos períodos
- Paciente refiere visión borrosa desde hace 1 hora

Lista de problemas

*Tabla # 1 Lista de problemas*

<b>Paciente femenina, 76 años</b>			
<b>#</b>	<b>Fecha</b>	<b>Problema</b>	<b>Activo</b>
1	-	Hipotensión	A
2	-	Desaturación	A
3	-	Dolor abdominal	A
4	-	Vómito	A
5	-	Náusea	A
6	-	Mareo	A
7	-	Diarrea	A
8	-	Constipación	A
9	-	Incontinencia urinaria	A
10	-	Hipertensión arterial	A
11	2009	Artritis reumatoidea	A
12	2019	Hemorroides internas	A



## DISCUSIÓN

¿Qué es el abdomen agudo quirúrgico?

El abdomen agudo es un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de inicio brusco causado ya sea por un proceso inflamatorio o una perforación de víscera hueca dentro del abdomen. En muchas ocasiones puede ser necesario un tratamiento quirúrgico para evitar la sepsis de origen intrabdominal y concretar así la causa del cuadro de dolor. Por esta razón, el abdomen agudo se divide en las causas de abdomen agudo que requieren o no cirugía abdominal (Clínica Universidad de Navarra, s.f.). Además, debe durar menos de 24 horas y estar asociado a síntomas gastrointestinales mencionados anteriormente (Chang & Wang, 2007). La aproximación del dolor abdominal en el adulto mayor es importante para lograr un diagnóstico correcto, el cual se logra con una historia clínica y examen físico detallados y exámenes complementarios de laboratorio e imagen (Gráfico 1) (Lyon & Clark, 2006).

*Tabla # 2 Causas de abdomen agudo*

Abdomen agudo quirúrgico	Abdomen agudo no quirúrgico
Apendicitis aguda	<b>Frecuentes</b>
Colecistitis aguda	Dolor abdominal inespecífico
Diverticulitis aguda	Gastroenterocolitis
Diverticulitis de Meckel	Cólico renal
Embarazo ectópico roto	<b>Raras</b>
Hemoperitoneo	Cetoacidosis diabética
Obstrucción intestinal	Cistitis aguda
Isquemia mesentérica	Distensión hepática (hematoma hepático, etc.)
Pancreatitis aguda	Escroto agudo

Perforación de intestino delgado o grueso	Infarto agudo de miocardio
Perforación de úlcera gastroduodenal	Intoxicación digitálica
Rotura de aneurisma de aorta abdominal	Neumonía y pleuritis basal
Rotura de tumores al peritoneo	Pielonefritis aguda
	Púrpura de Schonlein-Henoch
	Uremia

### Epidemiología del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor

Las molestias abdominales son responsables del 5-10% de las visitas a emergencias, siendo la tercera causa más frecuente en los adultos mayores. La definición de adulto mayor es cualquier paciente mayor de 65 años de edad (Chang & Wang, 2007). Al ser una población en crecimiento, por el aumento de la expectativa de vida, es imperativo reconocer un abdomen agudo quirúrgico para una respuesta eficaz brindando el tratamiento adecuado. Para el año 2030 en Estados Unidos uno de cada cinco personas formará parte de la población geriátrica (Treuer, 2017). Al menos 50% de las visitas por dolor abdominal son hospitalizados y de estos del 30 al 40% fueron intervenidos quirúrgicamente (Chang & Wang, 2007).

Un reporte sobre 1000 adultos mayores menciona la importancia de un correcto diagnóstico temprano del dolor abdominal desde la emergencia, ya que se observó una tasa de mortalidad, significativamente menor, en aquellos adultos mayores con un diagnóstico correcto del 8% vs. al 19% de aquellos con un diagnóstico incorrecto (Fenyo, 1982). Se vuelve un diagnóstico más complejo debido a que esta población requiere mayores recursos diagnósticos, tiene mayores tasas de mortalidad, y permanecen hospitalizados por un tiempo prolongado (Brewer, Golden, Hitsch, & al., 1976). Asimismo, se debe considerar que los signos y síntomas clásicos de algunas de las causas más comunes del dolor abdominal no se encuentran presentes en este grupo poblacional. Un estudio indicó que en pacientes mayores a 80 años con abdomen

agudo que fueron intervenidos quirúrgicamente no presentaron fiebre ni leucocitosis (Potts & Vukov, 1999).

También, los médicos se enfrentan con dificultades diagnósticas como son los cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento y la polifarmacia debido a numerosas comorbilidades. Los siguientes sistemas son los principales afectados por el envejecimiento: inmune, genitourinario, gastrointestinal, nervioso y cardiovascular. Estos cambios favorecen el desarrollo patología abdominal presentándose de forma atípica (Treuer, 2017). Al estar afectado el sistema inmune, los adultos mayores tienden a presentar infecciones más graves y de forma más frecuente; su respuesta disminuida a los pirógenos incapacita la generación de fiebre y favoreciendo una temperatura basal menor, por lo tanto, muchos adultos mayores con patología abdominal no presentan fiebre en el examen físico (Ongradi, Stercz, Kovesdi, & al., 2008).

En cuanto a la polifarmacia, los adultos mayores toman entre 0 a 17 medicamentos al día con un promedio de 4.2 (Hohl, Dankoff, Colacone, & al., 2001). Este consumo de medicamentos puede fácilmente dificultar el diagnóstico. Este grupo etareo generalmente consume con frecuencia antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticoides, anticolinérgicos, beta bloqueadores y antibióticos. Debido al consumo de estos medicamentos, es frecuente encontrar en esta población: patología péptica y renal, alteración en el recuento de glóbulos blancos, infección por *C. difficile* (Treuer, 2017).

#### Causas y presentación clínica del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor

Las causas de abdomen agudo quirúrgico no difieran extensamente de los pacientes jóvenes, sin embargo ciertas patologías abdominales son más frecuentes (Lyon & Clark, 2006).

*Tabla # 3 Casuas de abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor*

<b>Abdomen agudo en el adulto mayor</b>
Colecistitis aguda
Apendicitis aguda
Pancreatitis aguda
Enfermedad ulceropéptica y perforación
Enfermedad diverticular
Obstrucción del intestino delgado
Obstrucción del intestino grueso
Aneurisma aortico-abdominal
Isquemia mesentérica aguda

La colecistitis aguda es la indicación más común para realizar cirugía en los adultos mayores con dolor abdominal. Debido al envejecimiento el cirujano se encuentra con cambios en el tracto biliar como aumento en la prevalencia de los cálculos biliares, aumento del diámetro del colédoco e incremento del porcentaje de cálculos pigmentados (Ross & Forsmark, 2001). El paciente frecuentemente se presenta con un dolor abdominal localizado en el cuadrante superior derecho, fiebre y vómito. Además, la localización del dolor y un signo de Murphy presente se encuentra solamente en el 50% de los adultos mayores. De acuerdo a un estudio retrospectivo, un número significativo de adultos mayores no presenta los síntomas clásicos de la colecistitis; 60% de los paciente no presentó dolor lumbar o en flancos y el 5% no presento dolor en absoluto. Además, no se presentó leucocitosis, fiebre o abnormalidades en los exámenes hepáticos (Parker, Vukov, & Wollan, 1997).

La apendicitis aguda en adultos mayores suele presentarse con dolor generalizado y prolongado, distensión, rigidez, disminución de ruidos hidroaéreos y sensación de masa. En el

caso de la apendicitis, se propone que la intervención se ve afectada por el retraso en la presentación en adultos mayores y no una diferencia en el proceso inflamatorio de la enfermedad (Kraemer & Franke, 2000). Como se mencionó en la presentación de colecistitis aguda, los pacientes no presentan fiebre como indica un estudio retrospectivo, donde se mencionó que únicamente el 23% de adultos mayores presentó una elevación de temperatura mayor a 37.8 °C (Elangovan, 1996).

Las causas principales de pancreatitis aguda en pacientes adultos mayores son: alcoholismo, enfermedad del tracto biliar, infecciones,- hipertrigliceridemia, hipotermia, hipocalcemia, entre otras. Sin embargo, la causa más frecuente (65-75%) es la presencia de cálculos en el tracto biliar (Ross & Forsmark, 2001). En cuanto a la presentación clínica, el paciente es admitido por náusea, vómito, deshidratación y dolor medio epigástrico constante con irradiación a la espalda (Hendrickson, 2003).

La enfermedad ulceropéptica y perforación ocurre en un 16% de los pacientes adultos mayores que acuden por dolor abdominal a la emergencia. Como en la población general los factores de riesgo más importantes son el uso de AINEs y la infección por *H. pylori* (McCarthy, 1991). Los síntomas en los adultos mayores son usualmente absentes y el dolor es difuso o ausente como demostró un estudio, donde el 30% de los pacientes confirmó no presentar dolor durante su cuadro (Hilton, 2001). Usualmente el primer signo de la enfermedad es la presencia de su principal complicación: la perforación. En este caso, el dolor abdominal se presenta de forma brusca, localizado en epigastrio, ausencia de ruidos hidroaéreos y rigidez abdominal (Kauvar, 1993).

La enfermedad diverticular aumenta su incidencia con el aumento de la edad, por lo tanto afecta a dos tercios de los pacientes mayores a los 90 años involucrando principalmente al colon sigmoideo. Los ataques de la enfermedad diverticular se caracterizan por dolor localizado en ausencia de inflamación a diferencia de la diverticulitis que ocurre por una microperforación

de uno o más divertículos. Se presenta, principalmente, con dolor abdominal del cuadrante inferior izquierdo con signos de inflamación siendo más severo en el caso de la diverticulitis (Farrell & Farrell, 2001).

La obstrucción del intestino delgado es comúnmente producida por adhesiones, formadas por previas cirugías a las que el adulto mayor se haya sometido, y hernias. La presentación de este cuadro es típicamente por un dolor tipo cólico y difuso, náusea y vómito. Durante el examen físico se puede observar deshidratación, distensión, disminución de ruidos hidroaéreos y una masa mal definida. Solamente se encuentran signos peritoneales, si ha ocurrido una perforación (Hendrickson, 2003). El diagnóstico se logra con una radiografía simple de abdomen, la cual evidencia distensión de las asas intestinales y niveles hidroaéreos. La causa principal es el íleo por cálculos vesiculares (>2.5 cm) en un 20% de los pacientes adultos mayores, siendo más común en mujeres. Los pacientes presentan la tríada clásica, que consiste de presencia de aire en el tracto biliar, de un cálculo en la radiografía simple de abdomen y de obstrucción del intestino delgado (Maglente & Reyes).

La causa más común de obstrucción del intestino grueso en los adultos mayores es por malignidad: carcinoma de colon. Otras patologías menos comunes son la diverticulitis y el vólvulo colónico (Avots-Avotins & Waugh). El vólvulo sigmoideo es el más común en la población geriátrica debido al uso de medicamentos como laxantes, anticolinérgicos y sedantes consumidos por esta población. Los síntomas son de inicio insidioso similar a la obstrucción de intestino delgado. Puede acompañarse de emesis fecaloide, guayaco positivo, pérdida de peso y anemia. Al igual que la obstrucción de intestino delgado, el diagnóstico se realiza con una radiografía simple de abdomen (Soybel).

El aneurisma aortico-abdominal se encuentran generalmente en chequeos de rutina, sin embargo los pacientes con mayor riesgo de desarrollar estos aneurismas son los adultos mayores. Particularmente, son hombres que consumen tabaco y presentan hipertensión, enfermedad

vascular periférica e historia familiar de aneurimas (Powell, 2003). Los pacientes con esta patología pueden ser asintomáticos, pero pueden presentar dolor abdominal no específico, cefalea o lumbalgia. La ruptura de aneurismo se presenta con la tríada clásica (hipotensión, dolor de espalda y presencia de una masa pulsátil) en tan solo 25 al 50% de los pacientes (Fielding).

La isquemia mesentérica aguda es una causa rara pero, usualmente, fatal de dolor abdominal agudo en la población geriátrica. Representa el 1% de las admisiones por abdomen agudo. Los pacientes mayores a 45 años presentan aterosclerosis en las arterias mesentéricas superior e inferior y celíaca, siendo la arteria mesentérica superior la más frecuente implicada en esta patología. Las causas de isquemia mesentérica son embolismo arterial, trombosis arterial, isquemia no oclusiva y trombosis mesentérica venosa (Ruotolo & Evans).

La presentación clínica difiere según la causa. En el caso del embolismo de la arteria mesentérica superior, el paciente presenta dolor abdominal agudo, historia de enfermedad cardíaca y diarrea o vómito. En cuanto a la trombosis de la arteria mesentérica superior, el paciente tiene historia de dolor abdominal crónico posprandial, pérdida de peso, heces sanguinolentas, hematemesis y anomalías electrolíticas. La isquemia no oclusiva es causada por shock cardiogénico, sepsis, diálisis, hernia estrangulada, entre otras. La trombosis mesentérica venosa se relaciona con hipertensión portal, trauma intrabdominal, malignidad y sepsis. Se debe sospechar en pacientes con dolor abdominal agudo e historia de episodios tromboticos (Greenwald & Brandt, 2001).

#### Complicaciones y pronóstico

Las complicaciones de la colecistitis aguda ocurren en más de la mitad de los pacientes adultos mayores como colangitis aguda ascendente, perforación de vesícula, colecistitis enfisematosa (Parker, Vukov, & Wollan, 1997). En el caso de la pancreatitis aguda, se menciona que la edad es un factor de pobre pronóstico. La tasa de mortalidad en pacientes

adultos mayores se reporta entre el 20 y el 25% en comparación con el 8 a 10% del resto de la población (Ross & Forsmark, 2001). Además, la enfermedad diverticular evoluciona de tal manera que 10 al 30% de los pacientes adultos mayores desarrollarán enfermedad diverticular dolorosa o diverticulitis (Farrell & Farrell, 2001). También, el diagnóstico de obstrucción de intestino delgado es tardío, por lo cual la tasa de mortalidad es elevada (15%) (Maglente & Reyes).

### **CONCLUSIONES**

El abdomen agudo es una de las causas más frecuentes de visitas a la emergencia, por lo tanto, los médicos deben reconocer síntomas y signos de patologías abdominales para proveer un manejo y tratamiento adecuado. Realizar un diagnóstico de abdomen agudo es desafiante aún más en paciente adultos mayores. A pesar de presentar las mismas causas, en su mayoría, a la población general, se debe considerar patologías más específicas. Estos, generalmente, acuden al servicio de emergencias con una presentación atípica de las patologías abdominales. Por esta razón, es importante conocer las patologías abdominales más prevalentes en este grupo etareo. Reconocer la presentación atípica de estas es importante, ya que no se descartaría un diagnóstico a pesar de no presentar todos los síntomas y signos usuales.

Los adultos mayores tienen factores de riesgo sobreañadidos que, en algunos casos, empeora el pronóstico por tener varias comorbilidades y el uso de polifarmacia. Asimismo, los cambios fisiológicos del envejecimiento propician a los pacientes geriátricos a mayores complicaciones, prolongadas estancias hospitalarias y mayores tasas de mortalidad.

### **CONFLICTO DE INTERÉS**

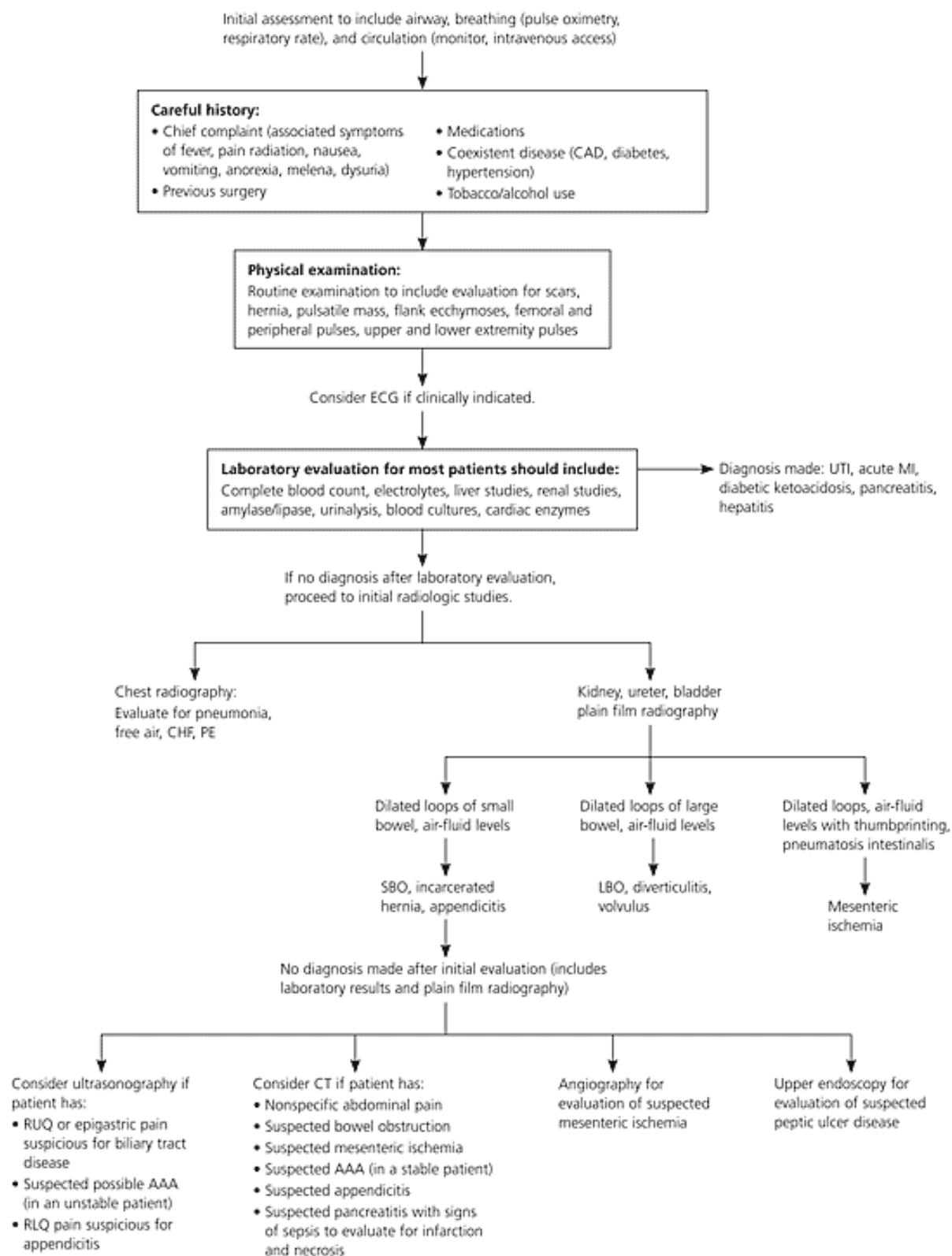
Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Los autores declaran la originalidad del trabajo, este no ha sido publicado en ningún medio.



## FIGURAS

Figura # 1 Algoritmo diagnóstico de dolor abdominal



(Lyon &amp; Clark, 2006)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Clínica Universidad de Navarra. (s.f.). *Clínica Universidad de Navarra*. Obtenido de Abdomen agudo: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/abdomen-agudo>
- Patterson, J. (2018). *NCBI*. Obtenido de Acute Abdomen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>
- García-Valenzuela, A. (2017). *Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico*. Obtenido de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg174b.pdf>
- Iza, P. (2000). *Abdomen agudo*. Obtenido de Colmedsa: <https://www.colmedsa.com.ar%2Ffiles%2FAbdomen-Agudo.pdf&usg=AOvVaw0CJ9qMCOoTQOMcRipThy2O>
- Gomez, J. (2008). *Caracterización del abdomen agudo quirúrgico en el adulto mayor*. Obtenido de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2017/ump171c.pdf>
- Prieto, R. G., Carvajal, G. D., Santos, J. H., Upegui, D., & Rendón, J. (2016). *Causas inesperadas de abdomen agudo*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822016000400006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000400006)
- Flasar, M., & Goldberg, E. (2006). *Acute abdominal pain*. Obtenido de National Library of Medicine : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16473101?dopt=Abstract>
- Cartwright, S., & Knudson, M. (2008). *Evaluation of acute abdominal pain in adults*. Obtenido de National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18441863?dopt=Abstract>

- Hadjis, N., McAuley, G., & Ruo, L. (1999). *Acute abdominal pain and urgency to defecate in the young and the old: a useful symptom-complex?* Obtenido de National Library of Medicine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10195478?dopt=Abstract>
- Chang, C.-C., & Wang, S.-S. (2007). *Acute Abdominal Pain in the Elderly*. Obtenido de Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959808700267>
- Fenyo, G. (1982). Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *American Journal of Surgery*.
- Treuer, R. (2017). *DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR*. Obtenido de Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300445>
- Brewer, R., Golden, G., Hitsch, D., & al., e. (1976). *Abdominal pain: an analysis of 1,000 consecutive cases in a university hospital emergency room* . Obtenido de American Journal of Surgery: [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/0002-9610\(76\)90101-X/pdf](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/0002-9610(76)90101-X/pdf)
- Potts, F., & Vukov, L. (1999). *Utility of Fever and Leukocytosis in Acute Surgical Abdomens in Octogenarians and Beyond*. Obtenido de The Journals of Gerontology: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/54/2/M55/611447>
- Ongradi, J., Stercz, B., Kovesdi, V., & al., e. (2008). Immunosenescence and vaccination of the elderly, I. Age-related immune impairment . *Acta Microbiologica et Immunologica Hungarica*.
- Hohl, C., Dankoff, J., Colacone, A., & al., e. (2001). Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department . *Annals of Emergency Medicine*.

- Lyon, C., & Clark, D. (2006). *Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients* .  
Obtenido de American Family Physician:  
<https://www.aafp.org/afp/2006/1101/p1537.html#sec-2>
- Ross, S., & Forsmark, C. (2001). Pancreatic and biliary disorders in the elderly.  
*Gastroenterology Clinics of North America*.
- Parker, L., Vukov, L., & Wollan, P. (1997). Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. *Academic Emergency Medicine*.
- Kraemer, M., & Franke, C. (2000). Acute appendicitis in late adulthood: incidence, presentation, and outcome. Results of a prospective multicenter acute abdominal pain study and a review of the literature. *Langenbecks Archive of Surgery*.
- Elangovan, S. (1996). Clinical and laboratory findings in acute appendicitis in the elderly.  
*American Board of Family Medicine*.
- Hendrickson, M. (2003). Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*.
- McCarthy, D. (1991). Acid peptic disease in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine - Journal*.
- Hilton, D. (2001). Absence of abdominal pain in older persons with endoscopic ulcers: a prospective study. *American Journal of Gastroenterology*.
- Kauvar, D. (1993). The geriatric acute abdomen. *Clinics of Geriatric Medicine - Journal*.
- Farrell, R., & Farrell, J. (2001). Diverticular disease in the elderly. *Gastroenterology Clinics of North America - Journal* .
- Maglente, D., & Reyes, B. (s.f.). Reliability and role of plain film radiography and CT in the diagnosis of small-bowel obstruction. *American Journal of Roentgenology*.
- Avots-Avotins, K., & Waugh, D. (s.f.). Colon volvulus and the geriatric patient. *Surgical Clinics of North America - Journal* .

Soybel, D. (s.f.). Ileus and bowel obstruction. En *Surgery: Scientific Principles and Practice*.

Powell, J. (2003). Small abdominal aneurysms. *New England Journal of Medicine*.

Fielding, J. (s.f.). Diagnosis and management of 528 abdominal aortic aneurysms. *British Medical Journal*.

Ruotolo, R., & Evans, S. (s.f.). Mesenteric ischemia in the elderly. *Clinics of Geriatric Medicine - Journal*.

Greenwald, D., & Brandt, L. (2001). Ischemic bowel disease in the elderly. *Gastroenterology Clinics of North America - Journal*.