

Clínica Quirúrgica

Tema 3.2. Abdomen agudo



Fernando Luis Hernández de la Fuente
Jaime Jimeno Fraile

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



Concepto de Abdomen agudo.

Causas etiológicas.

Fisiopatología.

Diagnóstico diferencial.

Interés del tema:

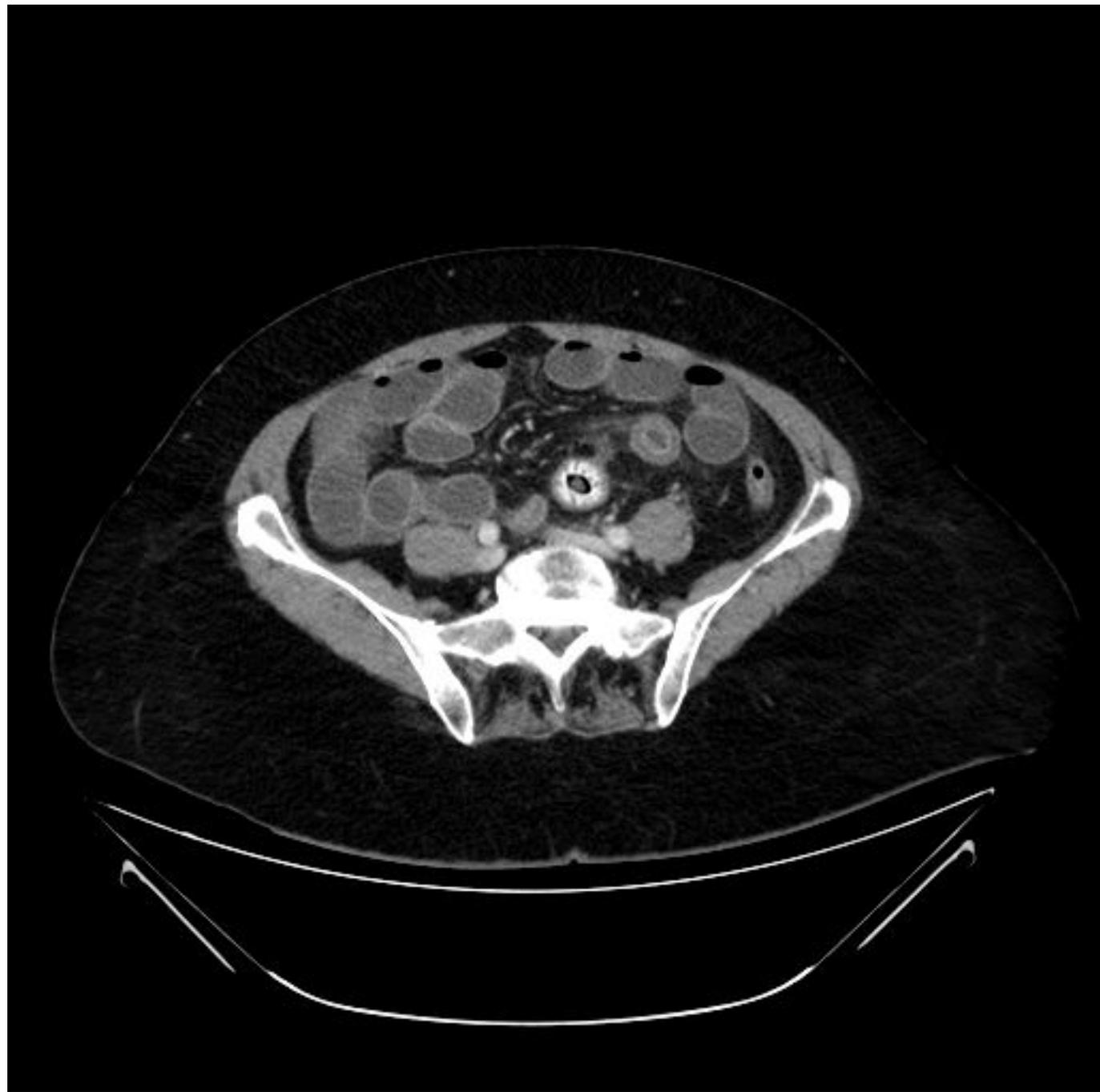
- Causa muy frecuente de asistencia al Servicio de Urgencias (10% de las consultas).
- Primera causa en frecuencia de la cirugía abdominal urgente.
- Importancia del diagnóstico sindrómico (basado en historia clínica y exploración física).
- Base para la comprensión de próximos temas.

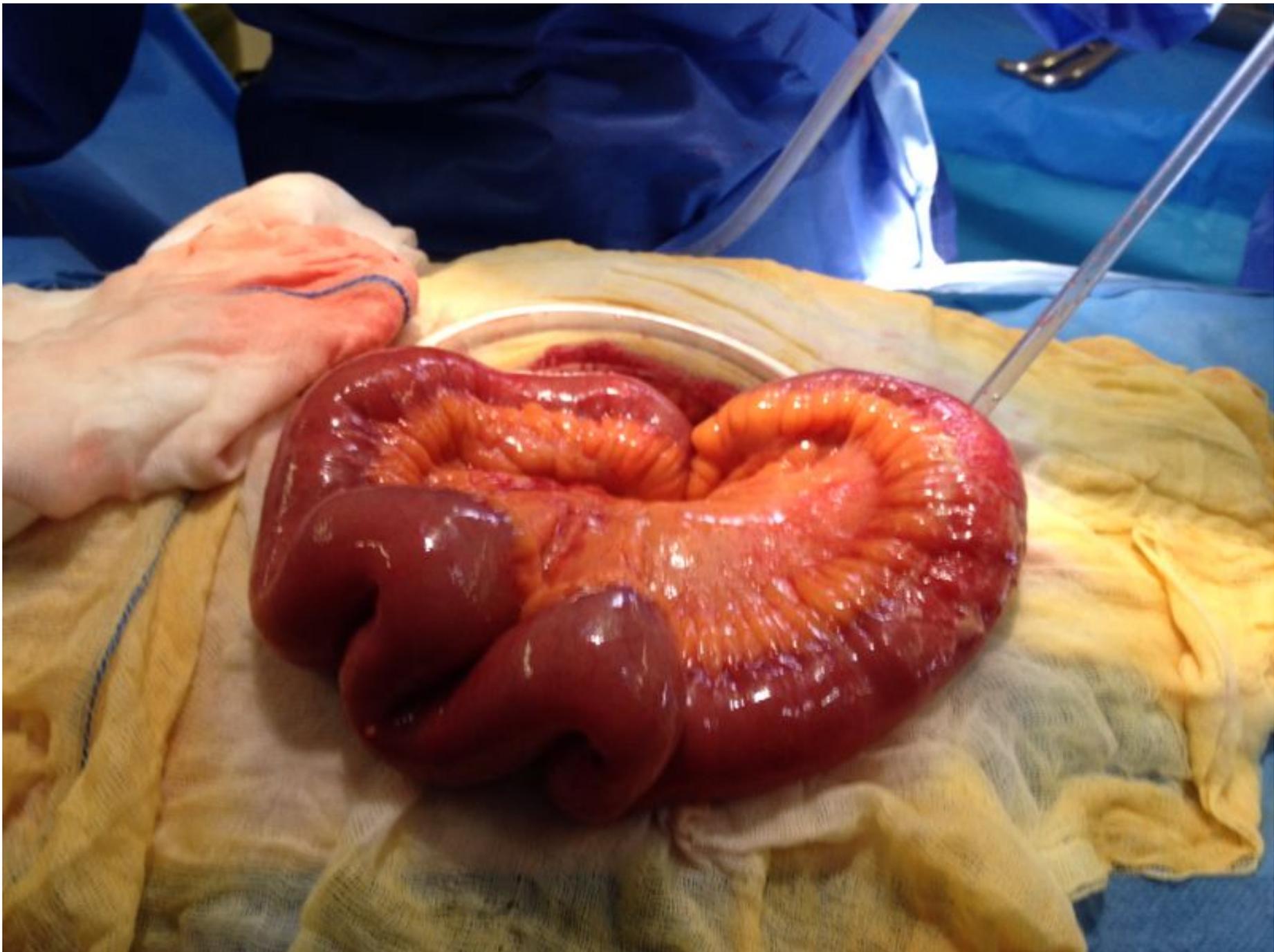
Objetivo de aprendizaje:

- Realizar una buena anamnesis en un paciente con abdomen agudo.
- Identificar los signos exploratorios de abdomen agudo .
- Realizar un diagnóstico diferencial correcto del abdomen agudo.
- Emitir un diagnóstico sindrómico basado en la anamnesis y exploración física (síndrome mínimo).

- Mujer, 61 años.
- Hipotiroidismo.
- Fractura luxación de rodilla izquierda.
- Espondiloartrosis.
- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Dolor abdominal desde hace 72 horas acompañado de náuseas.
- Ingestión accidental del hueso de una fruta.
- Última deposición normal hace 24 horas.











Diagnóstico (Secuencia lógica)

- Síndromico. **ABDOMEN AGUDO** (Triage).
- Abdomen agudo **Obstructivo y Peritónico** (Anamnesis y exploración física).
- Diagnóstico radiológico. Abdomen agudo obstructivo (Tomografía Computarizada).
- Etiológico. **CUERPO EXTRAÑO** (Intraoperatorio).

Abdomen agudo. Definición

- Término introducido por Battle en 1911.
- Conjunto de situaciones abdominales “críticas” que requieran una inmediata actitud terapéutica médica y/o quirúrgica.
- Síntoma más común. **DOLOR ABDOMINAL.**
- Dolor abdominal de más de 6 horas que obliga a buscar asistencia médica.
- En la práctica diaria:
 - Abdominalgia.
 - Dolor abdominal.
 - Pocas veces el término “abdomen agudo”.

Definición

- El término abdomen agudo se refiere a un **cuadro grave** de emergencia médica, caracterizado por **síntomas y signos localizados en la cavidad abdominal, principalmente, dolor** de no más de 6-8 horas de evolución, que hacen sospechar la existencia de una enfermedad grave que afecta a alguno de los órganos intraabdominales, y que **posiblemente necesite resolución quirúrgica**. Por lo general es debido a razones infecciosas o inflamatorias, fenómenos de obstrucción intestinal, traumatismos o neoplasias.

Definición de síndrome de abdomen agudo

Las características conceptuales de este síndrome son:

1. Estar causado por una **agresión al compartimento peritoneal**, con el **dolor abdominal como síntoma predominante**, pero no sinónimo de abdomen agudo.
2. Desencadenar una fisiopatología intraabdominal y sistémica, **evolutivamente grave y rápida**, que le da gran potencialidad de producir la muerte.
3. Que por lo anterior, es necesario **un diagnóstico y tratamiento tempranos**, lo cual es complejo y difícil en numerosas ocasiones, para lograr su resolución y curación.
4. Que suele requerir para ello **tratamiento potencialmente quirúrgico**, aunque no siempre sea este necesario.

Ideas implícitas en el término ABDOMEN AGUDO

- Dolor abdominal.
- Potencialmente grave.
- Requiere atención urgente.
- Posiblemente precise cirugía.





Clasificación

- **Abdomen agudo falso** (la causa etiológica no radica en el abdomen).
- Abdomen agudo verdadero (la causa etiológica radica en el abdomen o en el retroperitoneo).
- Abdomen agudo quirúrgico o no quirúrgico.

- Importancia clave de la anamnesis completa y la exploración física minuciosa.
- Diagnóstico sintrómico.

No pueden ser sustituidas por las pruebas complementarias (pruebas de imagen).

Diagnóstico

- **El principio básico es la necesidad de hacer un intento serio y completo de diagnóstico, basándose por lo general de manera fundamental en la historia clínica y en el examen físico.**
- Abdomen agudo de Cope. Diagnóstico temprano. William Silen (1957).



Recuerdo anatómico y funcional

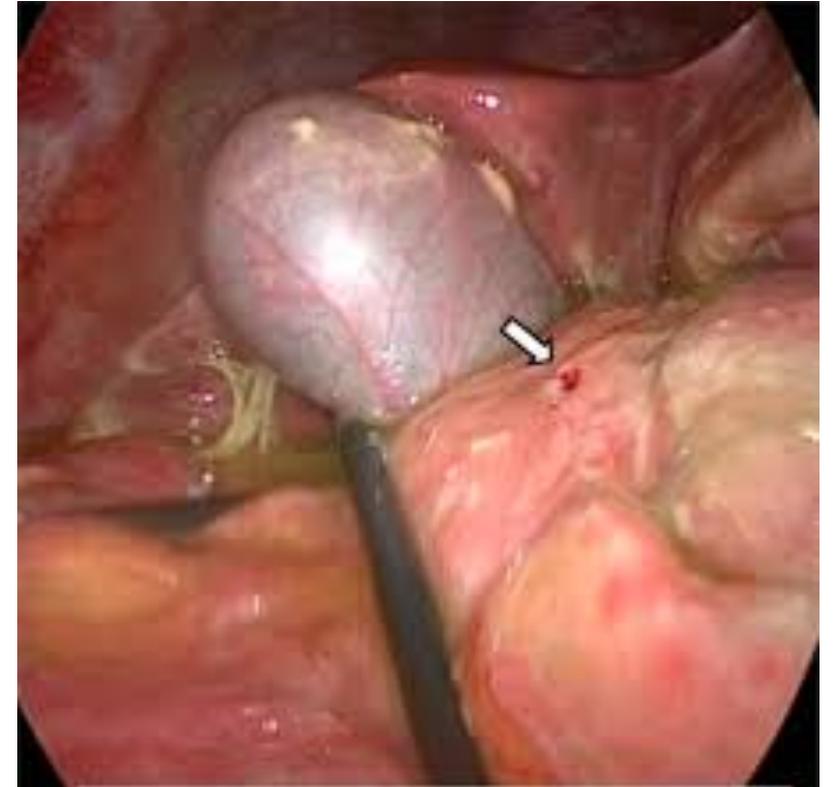
- Cavity abdominal (región abdomino-pélvica).
- Peritoneo (superficie 1,8 m²), Mesotelio capa monocelular (células mesoteliales, pluripotentes y metabólicamente activas):
 - Parietal.
 - Visceral.
- Fluido (<300 cc, ultrafiltrado sanguíneo, surfactante con acción lubricante).
- Circulación ascendente (estomas diafrámicos) hacia circulación linfática.
- Inervación neural doble (información epicrítica y protopática).
- **Responde a la agresión como una Unidad neuro-inmuno-humoral.**

Secuencia

- Fase de ataque o agresión peritoneal.
- Fase de respuesta inflamatoria local.
- Fase de respuesta inflamatoria sistémica.
- Fase de fracaso. Síndrome de disfunción orgánica múltiple.

Fase de ataque etiopatogénico

- Ataque inicial directo al peritoneo:
 - Contaminación bacteriana:
 - Primaria o secundaria (vía linfática o hematógica).
 - Contaminación química (aséptica).
 - Traumatismos (abiertos, cerrados, > frecuentes iatrogénicos).
- Ataque inicialmente visceral:
 - Obstrucción intestinal.
 - Vascular o isquémico.



Clasificación



Síndrome
peritonítico

Síndrome
obstructivo o
íleo

Síndrome de
isquemia
intestinal

Síndrome
agudo
traumático

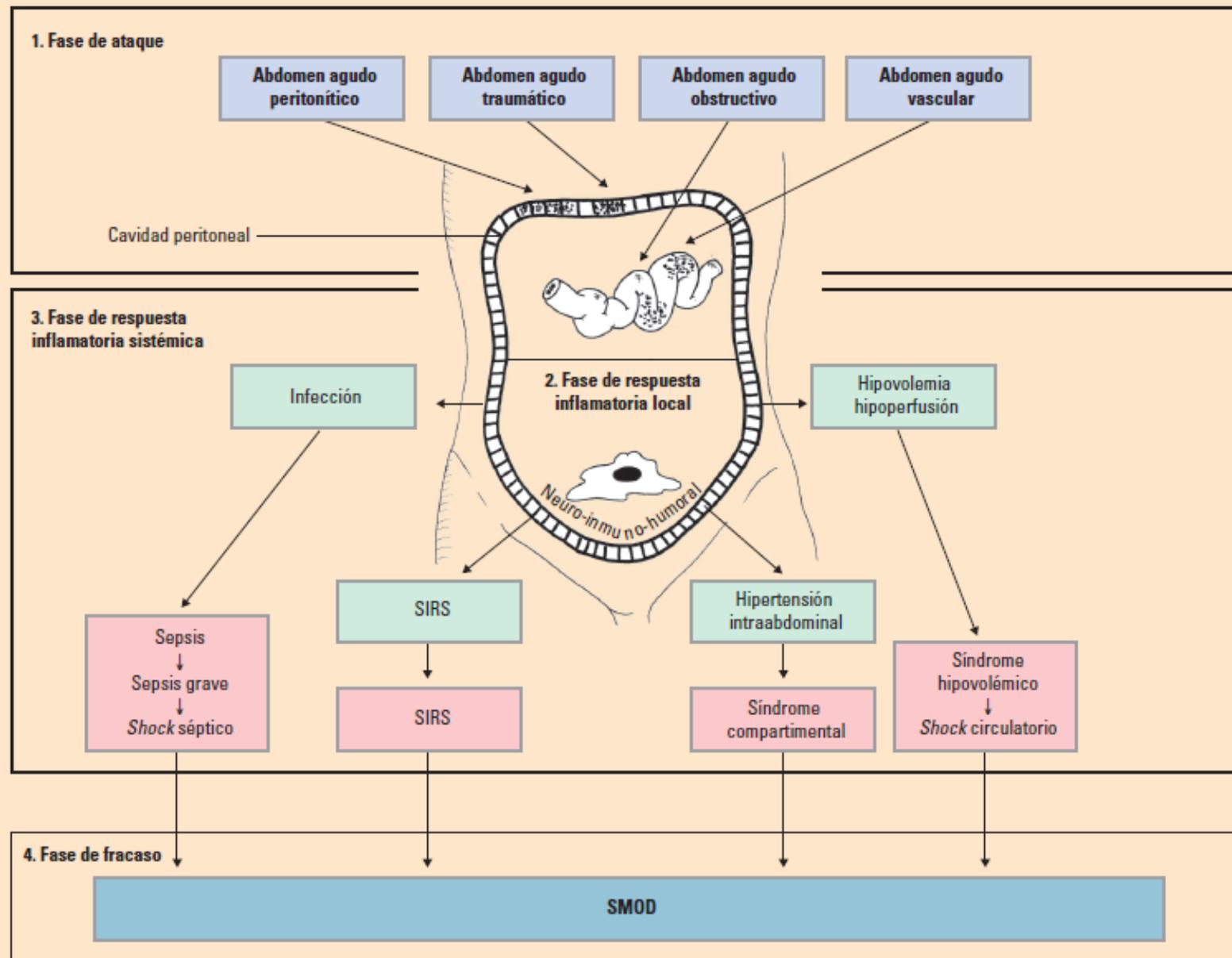
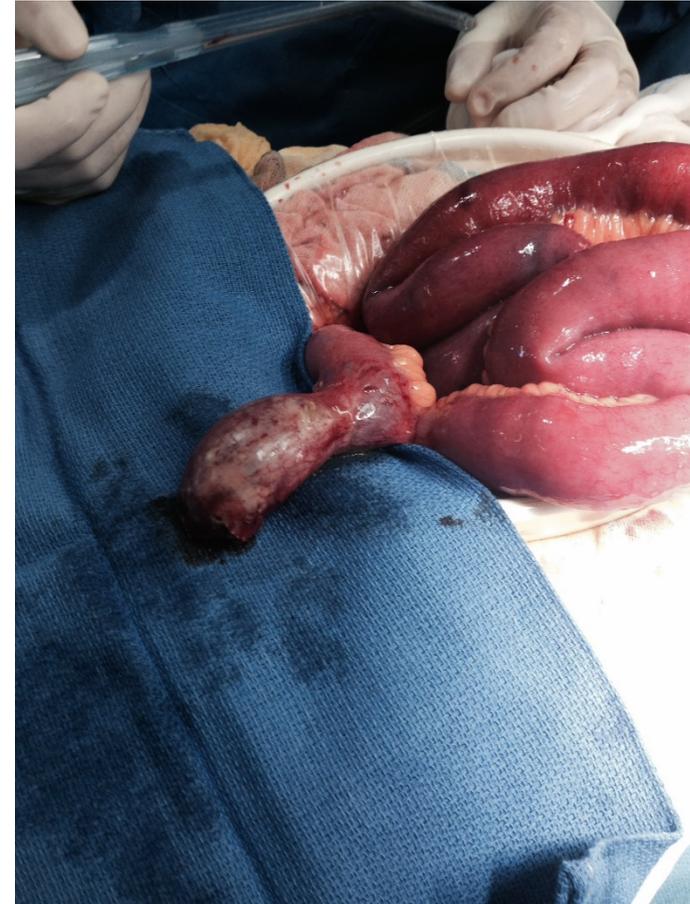


Fig. 2. Síndrome general inflamatorio peritoneal. MODS: síndrome de disfunción orgánica múltiple; SIRS: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Abdomen agudo peritonítico. Diverticulitis del divertículo de Meckel



Abdomen agudo obstructivo. Obstrucción intestinal mecánica por cuerpo extraño





**Abdomen
agudo
isquémico.
Isquemia
intestinal
por brida**

Ileo biliar. Abdomen agudo obstructivo, isquémico y peritonítico (Evolución) “Cólico miserere”



Abdomen agudo falso. Causas

- **Endocrinas y metabólicas:**

- Uremia.
- Crisis diabética.
- Crisis adisoniana.
- Porfiria intermitente aguda.
- Fiebre mediterránea familiar.

- **Hematológicas:**

- Crisis drepanocíticas.
- Leucemia aguda.
- Discrasias sanguíneas.

- **Toxinas o farmacológicas:**

- Intoxicación por plomo y metales pesados.
- Síndrome de abstinencia narcóticos.
- Envenenamiento por picadura de araña viuda negra.

- Infarto de miocardio.

- Tabes dorsal.

- Neumonía basal (niños).

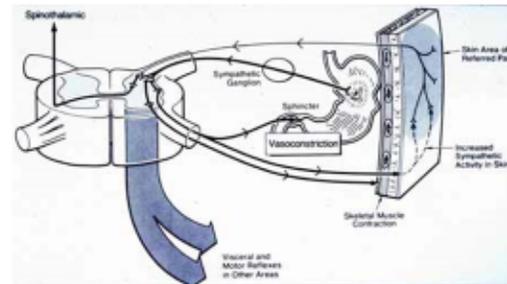
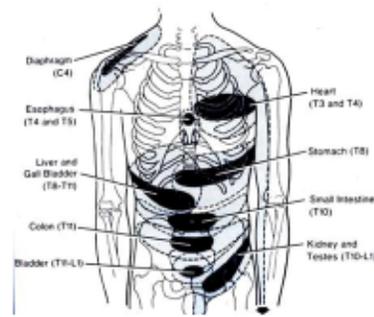
- **Serie radiológica abdominal:**

- Placa de tórax anterior posterior.
- Abdomen en decúbito y bipedestación.



MECANISMOS DE DOLOR ABDOMINAL

- **dolor visceral:**
 - Fibras vegetativas
 - Escasa inervación
- **dolor parietal:**
 - Fibras somáticas
 - Rica inervación
- **dolor referido**



- **Visceral:**
 - Vago, poco localizado causado por la distensión de una víscera hueca.
 - Dolor hipogastrio (obstrucción intestinal).
- **Parietal:**
 - Marcado, localizado causado por la irritación peritoneal.
 - Dolor epigástrico “a punta de dedo” en úlcera duodenal perforada.
 - Punto de Mc Burney en la apendicitis aguda.
- **Referido:**
 - Se percibe en una zona alejada de la fuente del estímulo.
 - Dolor en hombro y paletilla derecho (patología biliar aguda), raíces C3-C5.
 - Testículos en patología litiasica renal, raíces S2-S4.

Dolor abdominal

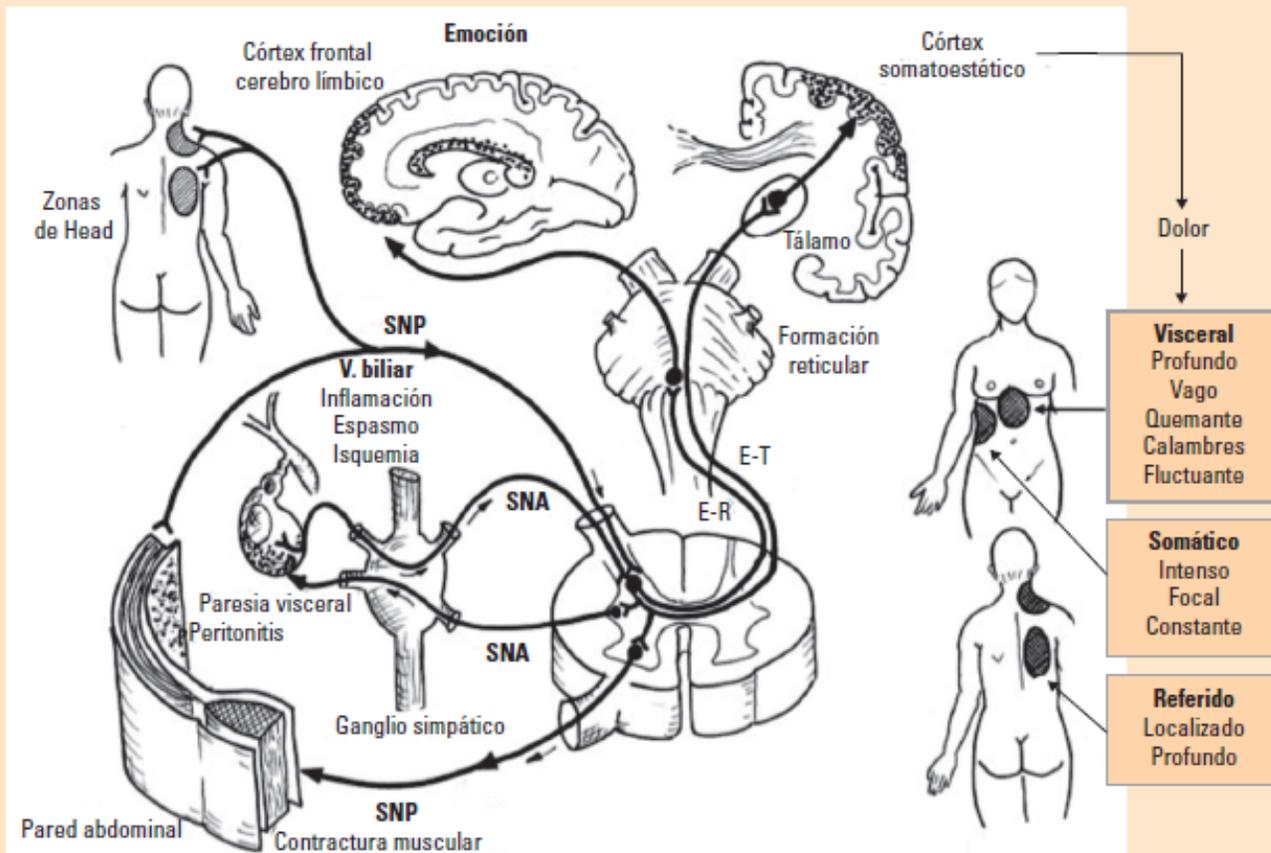


Fig. 5. Neuroanatomía del dolor abdominal, ejemplificándolo con un caso de afectación de la vesícula biliar. SNA: sistema nervioso autónomo; SNP: sistema nervioso periférico.

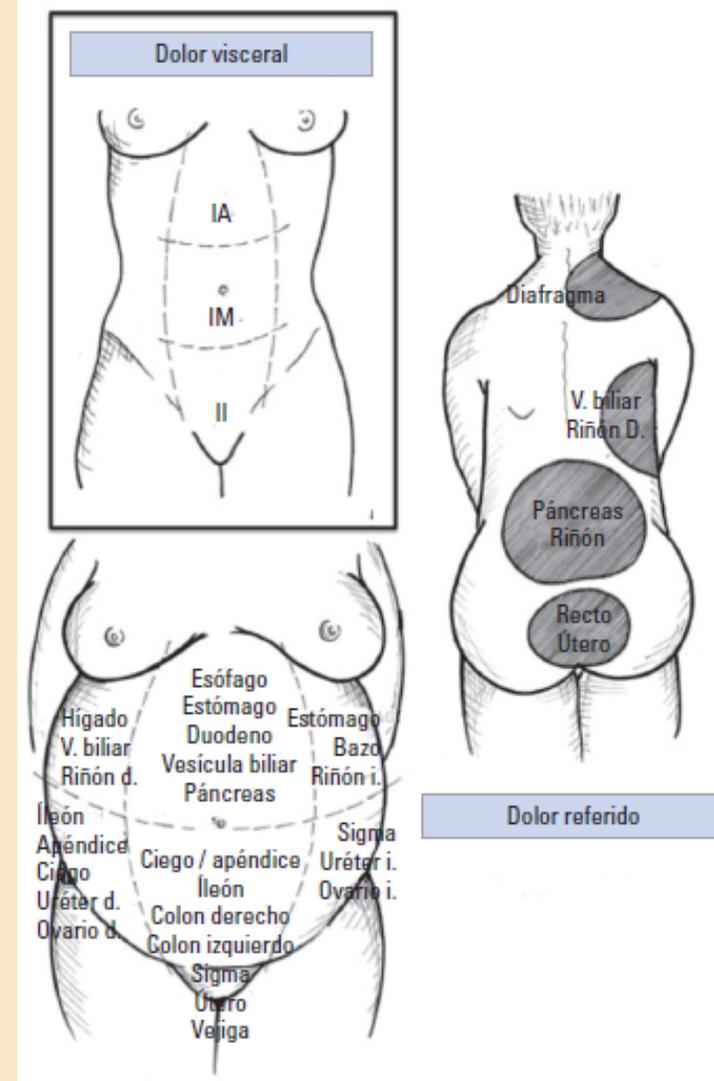


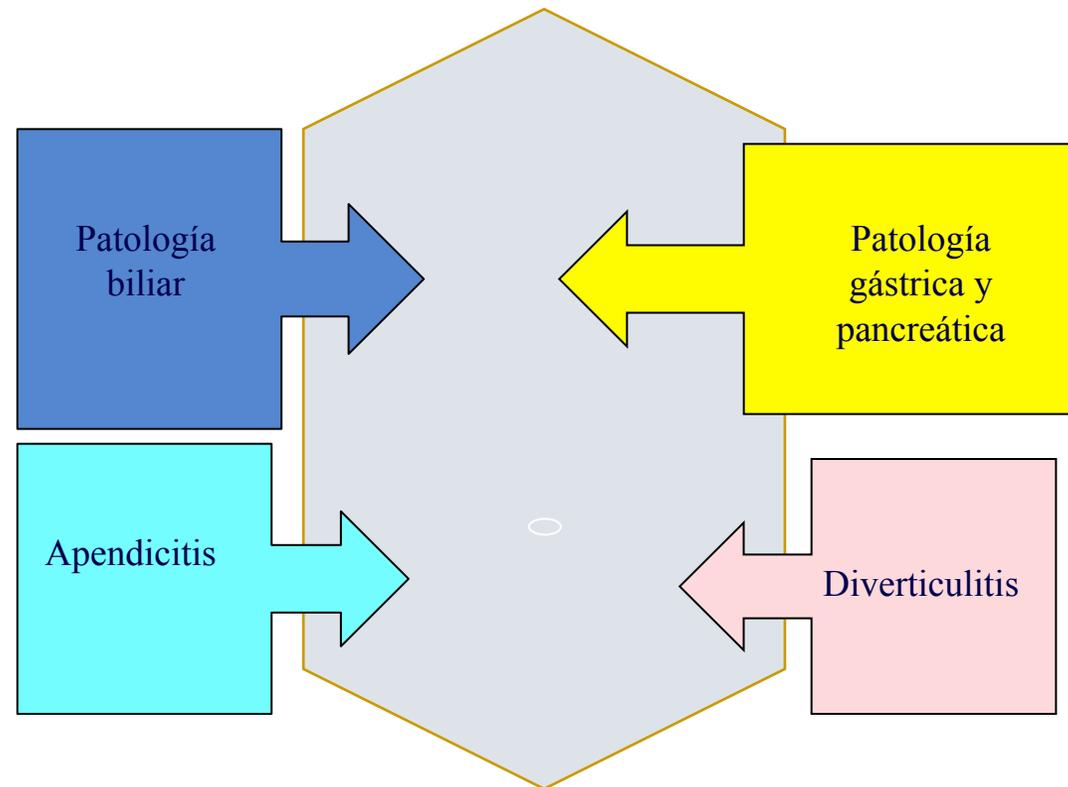
Fig. 6. Localizaciones del dolor visceral y del referido.

Dolor abdominal. Características

- Localización inicial e irradiación.
- Comienzo:
 - Brusco y repentino.
 - Lento e Insidioso.
- Evolución:
 - Gradual y progresivo.
- Carácter:
 - Cólico.
 - Continuo.
 - Urente.
- Intensidad.
- Duración.
- Factores que lo modifican:
 - Que lo alivian.
 - Que lo acentúan.
- Síntomas asociados:
 - Anorexia, náusea, vómitos, tránsito intestinal, fiebre...



LOCALIZACIÓN DEL DOLOR



Anamnesis. Consejos

- Detallada y organizada.
- **Hacer** preguntas de respuesta abierta que permitan al paciente describir su proceso:
 - ¿Qué opina de su dolor?
 - ¿Hay algo que alivie o acentúe su dolor?
- **Evitar** preguntas concretas (SI, NO) que pueden sesgar la respuesta y que generan una pérdida de información. Evitar un interrogatorio:
 - ¿El dolor es agudo?
- **Observar** para obtener información adicional:
 - Como describe su proceso, la actitud del paciente, su movilidad, etc.

ANAMNESIS

- Antecedentes:

- Familiares:

- Cáncer.
 - Pancreatitis hereditaria.
 - Fiebre mediterránea familiar hereditaria.
 - Déficit C₁-inhibidor.

- Personales:

- Cirugía previa (apendicectomía, colecistectomía, adherencias intestinales, etc.).
 - Enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia renal, etc.).
 - Patología sistémica asociada.
 - Fármacos (narcóticos, corticoides, antiinflamatorios, anticoagulantes).
 - Laborales (intoxicaciones).

ANAMNESIS

- **Síntomas principales:**

- **DOLOR:** localización, irradiaciones, tipo, modo de comienzo, intensidad, duración, con que se modifica (exacerbación o mitigación), evolución.
- **NAUSEAS y VÓMITOS:** previos o posteriores al comienzo del dolor, alivio del dolor.
- **ESTREÑIMIENTO, DIFICULTAD PARA EXPULSION DE HECES Y GASES. CIERRE INTESTINAL.**
- **OTROS:** hematemesis, rectorragias, melenas, hematoquecia, diarrea, ictericia, prurito, astenia, anorexia (síndrome constitucional).

- **Anamnesis por aparatos:**

Mujeres. Última regla (historia menstrual).

EXPLORACIÓN

- Inspección General:
 - Coloración cutánea, hidratación, estado de nutrición.
 - Estigmas de hepatopatía crónica.
 - **Actitud del paciente** (facies peritónica, piernas flexionadas, intranquilo, cambio de postura frecuente).
 - Como describe el paciente el dolor:
 - Palma de la mano.
 - Con el dedo.
- Auscultación cardiorrespiratoria.

EXPLORACIÓN ABDOMINAL

- Inspección:
 - Distensión, depresión, asimetrías.
 - Circulación colateral.
 - Cicatrices.
 - **Hernias (orificios herniarios).**
 - Ausencia de movilización (respiración superficial).
- Percusión:
 - Timpanismo / matidez (desplazable).

EXPLORACIÓN ABDOMINAL

- **Palpación:**
 - Puntos dolorosos.
 - Signos de irritación peritoneal:
 - Defensa muscular involuntaria.
 - Signo de Blumberg (descompresión brusca).
 - Masas.
 - Visceromegalias.
 - Hernias (palpar orificios femorales).

EXPLORACIÓN ABDOMINAL

- Auscultación abdominal:
 - Ruidos de lucha.
 - Silencio abdominal.
 - Soplos abdominales.
- Tacto rectal:
 - Masas.
 - Sangre.
 - Dolor a la presión de Douglas o parametrios.
- Tacto vaginal: en sospecha de EPI:
 - Dolor a la presión de Douglas.

Exploración física. Consejo (OBSERVAR)

- Organizada y concienzuda.
- **La palpación abdominal es la parte más importante.**
- **La palpación comienza por la inspección:**
 - Antes de palpar el abdomen podemos descartar signos de irritación peritoneal.
 - Observar la actitud del paciente.
 - Observar la movilidad del abdomen.
 - Solicitar al paciente que tosa y observar el abdomen.
- **La palpación sigue con la inspección:**
 - Observar los orificios herniarios femorales.
- **La palpación finaliza con la inspección:**
 - Cuando los signos de irritación peritoneal son evidentes la palpación será superficial y limitada.



Signos de la exploración abdominal

- Signo de Blumberg (sensibilidad de rebote).
- Signo de Charcot (dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia).
- Signo Courvoisier (vesícula biliar palpable en presencia de ictericia).
- Signo de Cruveilhier (varices venosa en ombligo, cabeza de medusa).
- Signo de Murphy (dolor causado por la inspiración al comprimir el cuadrante superior derecho del abdomen).
- Signo de Rovsing (dolor en el punto de Mc Burney al comprimir el cuadrante inferior izquierdo del abdomen).

CAUSAS MÁS FRECUENTES

• QUIRÚRGICAS:

- Apendicitis aguda.
- Colecistitis aguda.
- Hernia estrangulada.
- Adherencias intestinales.
- Diverticulitis aguda.
- Neoplasia cólica obstruida.
- Neoplasias gastrointestinales perforadas.
- Úlcus gastroduodenal perforado.
- Divertículo de Meckel (diverculitis).
- Traumatismos abdominales.
- Embarazo ectópico (rotura).
- Síndrome de Boerhaave.

• NO QUIRÚRGICAS:

- Pancreatitis aguda.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Cólico nefrítico.
- Infección ascitis.
- Cetoacidosis diabética.
- Déficit C₁-inhibidor.
- Otras (Porfiria, Fiebre mediterránea familiar).
- Intoxicación por drogas o metales pesados.

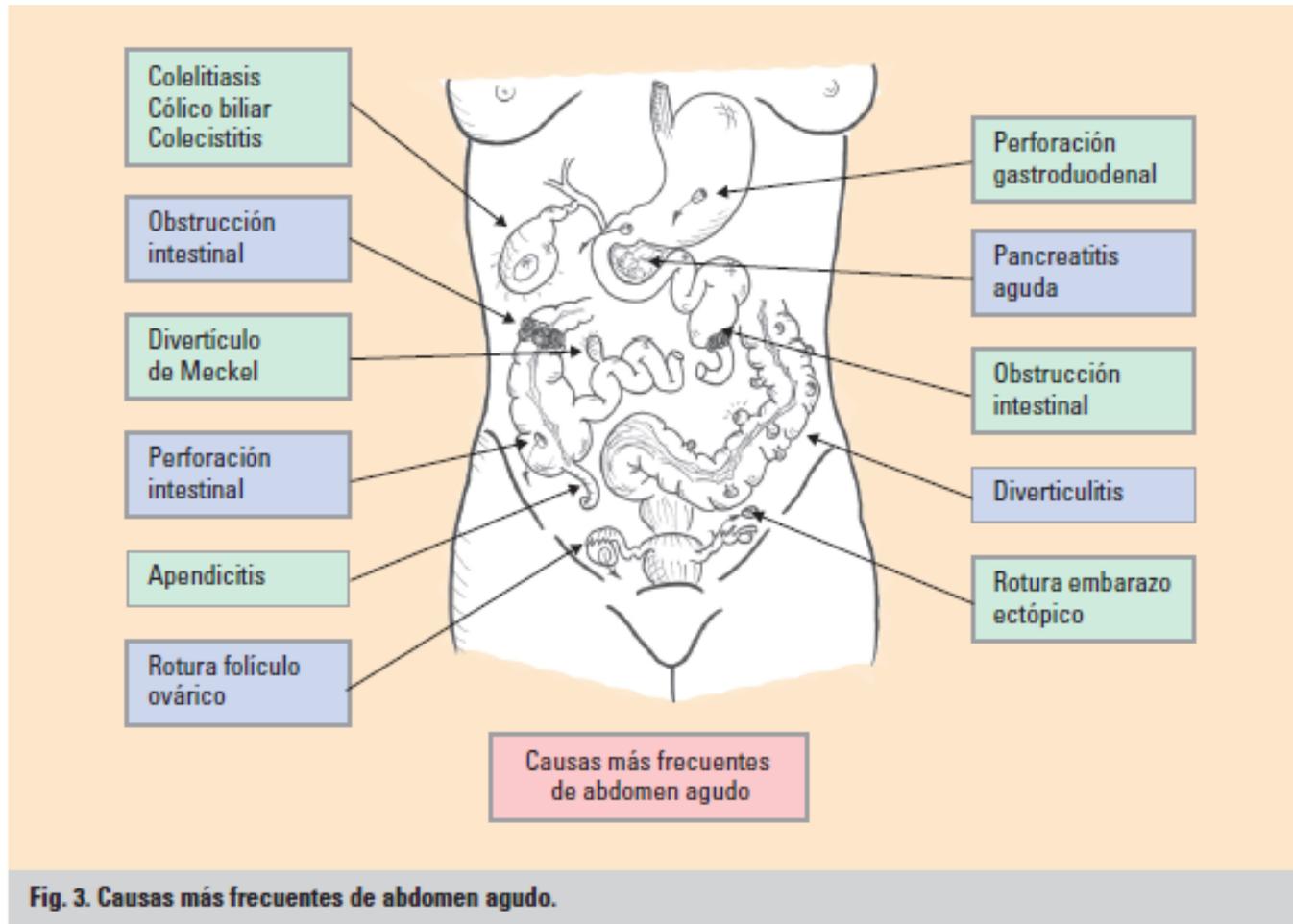


Fig. 3. Causas más frecuentes de abdomen agudo.

Diagnóstico basado en Anamnesis y exploración física

TABLA 2

Patología más frecuente según edad y sexo

Edad	Patología más frecuente
Recién nacido	Malformaciones congénitas Enterocolitis necrotizante
Lactante	Invaginación intestinal Hernias
Infancia/ adolescencia	Apendicitis aguda Adenitis mesentérica Divertículo de Meckel
Adultos	Apendicitis aguda Colecistitis aguda Úlcus perforado Pancreatitis aguda Hernias estranguladas
Mujer en edad fértil	Colelitiasis/colecistitis Patología ginecológica
Ancianos	Obstrucción intestinal por cáncer Isquemia Intestinal Diverticulitis

TABLA 4

Exploración abdominal en el abdomen agudo: signos y maniobras

Signo o maniobra	Concepto	Sospecha diagnóstica
Signo de Cullen	Hematoma periumbilical	Hemorragia intraabdominal Pancreatitis
Signo de Grey Turner	Hematoma en flancos	Hemorragia retroperitoneal
Maniobra de Blumberg o signo del rebote	Aumento del dolor tras la descompresión con la palpación profunda	Irritación peritoneal
Maniobra de Murphy	Interrupción de la inspiración profunda mientras el explorador palpa el hipocondrio derecho	Colecistitis aguda
Maniobra del psoas	Se eleva lentamente la pierna derecha mientras se palpa en profundidad la FID	Apendicitis aguda
Maniobra del Obturador	En decúbito supino y con muslo flexionado en ángulo recto respecto al tronco se realiza rotación externa del miembro inferior	Apendicitis pélvica y abscesos tuboováricos
Signo de Rovsing	Dolor en FID al comprimir la FII	Apendicitis aguda
Signo de Carnett	Aumento del dolor al contraer los músculos del abdomen	Dolor parietal
Maniobra de McKessack-Leitch	Paciente en decúbito lateral izquierdo con ambos muslos contra el cuerpo. El examinador extiende el muslo derecho hacia atrás	Apendicitis aguda
	Aumento del dolor al presionar la FID	



Síndrome mínimo

- La mínima cantidad de signos clínicos que permiten un diagnóstico temprano:
 - **Abdomen agudo peritonítico:**
 - Dolor abdominal agudo, contractura muscular abdominal involuntaria, vómitos agudos reflejos.
 - **Abdomen agudo obstructivo:**
 - Dolor abdominal sordo, distensión abdominal, vómitos por rebosamiento.



Anamnesis completa:

- **Antecedentes personales** y familiares.
- **Características del dolor abdominal.**
- Síntomas asociados.



Exploración física minuciosa:

- **Inspección.**
- **Palpación:**
 - Orificios herniarios (región inguino-femoral).
 - Sonda nasogástrica.



Diagnóstico sindrómico y posible etiología:

- Pruebas complementarias (excluir):
 - Amilasemia.
- Pruebas complementarias (afirmar):
 - Rx Tórax y abdomen simple en bipedestación. Neumoperitoneo.

Pruebas diagnósticas

Rx Simple de abdomen normal (Supino)

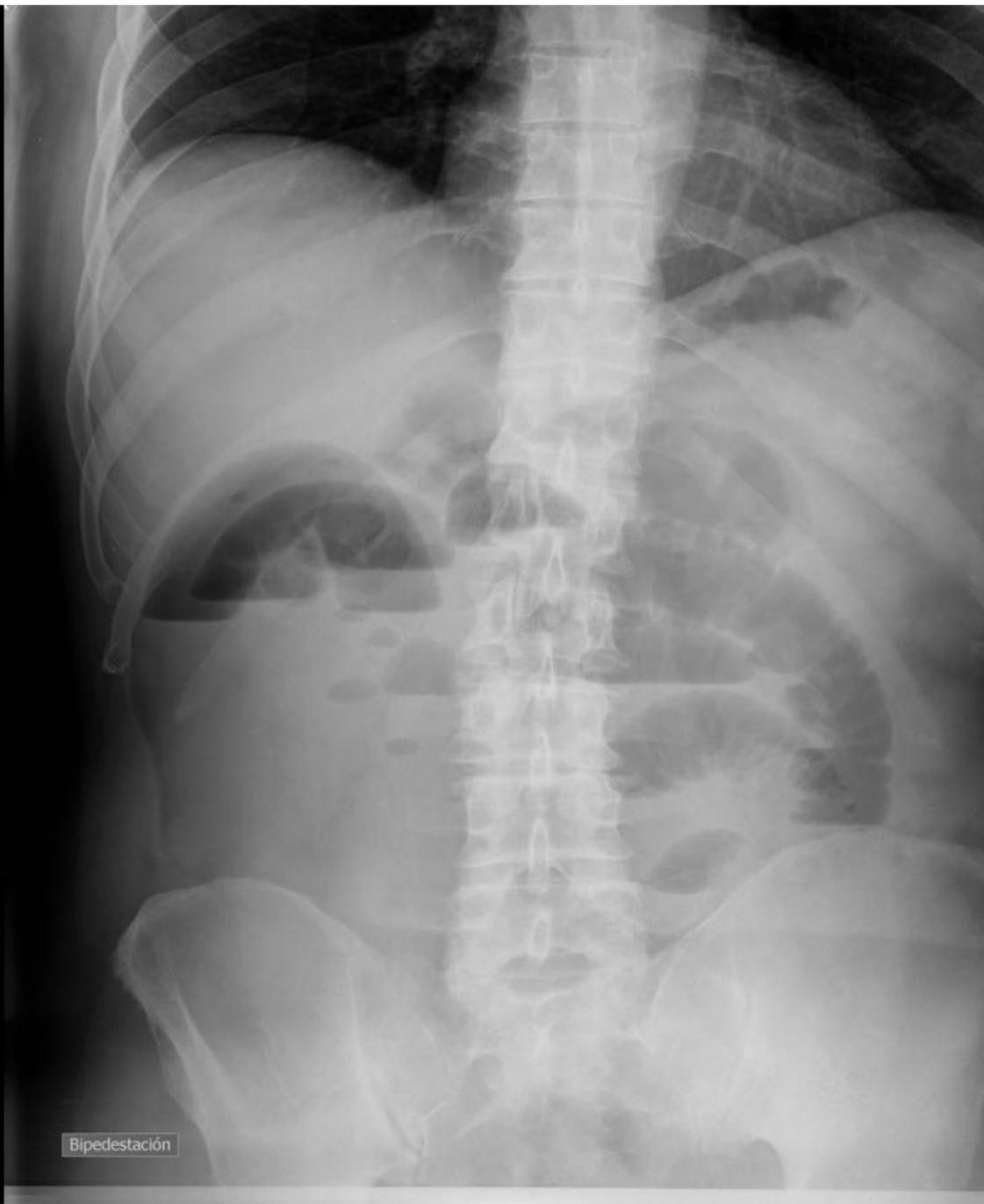
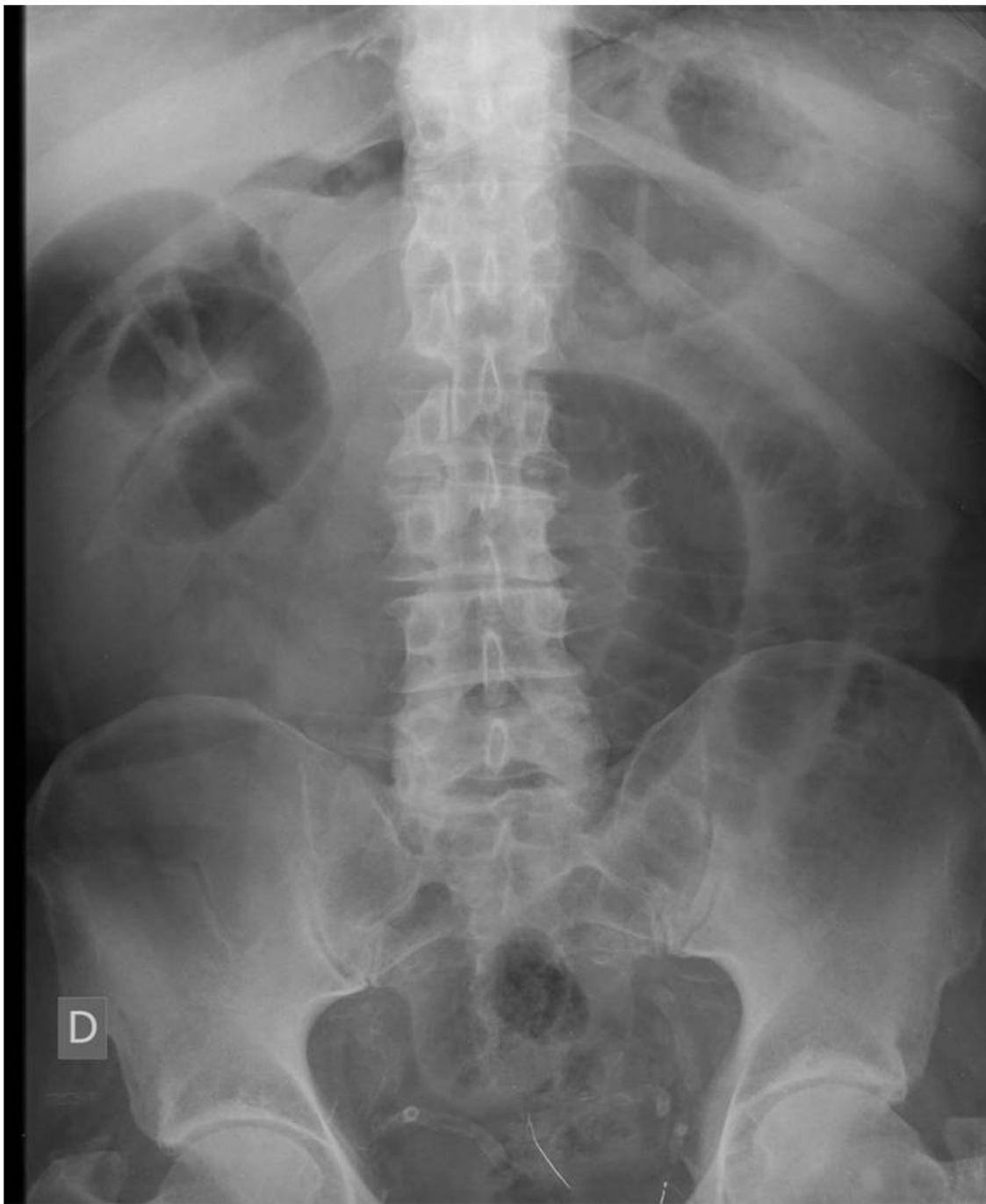


1. Costillas 11.
2. Cuerpo vertebral (T12).
3. Aire en cámara gástrica.
4. Gas en el colon (ángulo esplénico).
5. Gas en el colon transverso.
6. Gas en el colon sigmoides.
7. Hueso sacro.
8. Articulación sacroiliáca.
9. Cabeza femoral.
10. Moteado cecal
11. Cresta iliaca.
12. Gas en el colon (ángulo hepático).
13. Línea del Psoas.

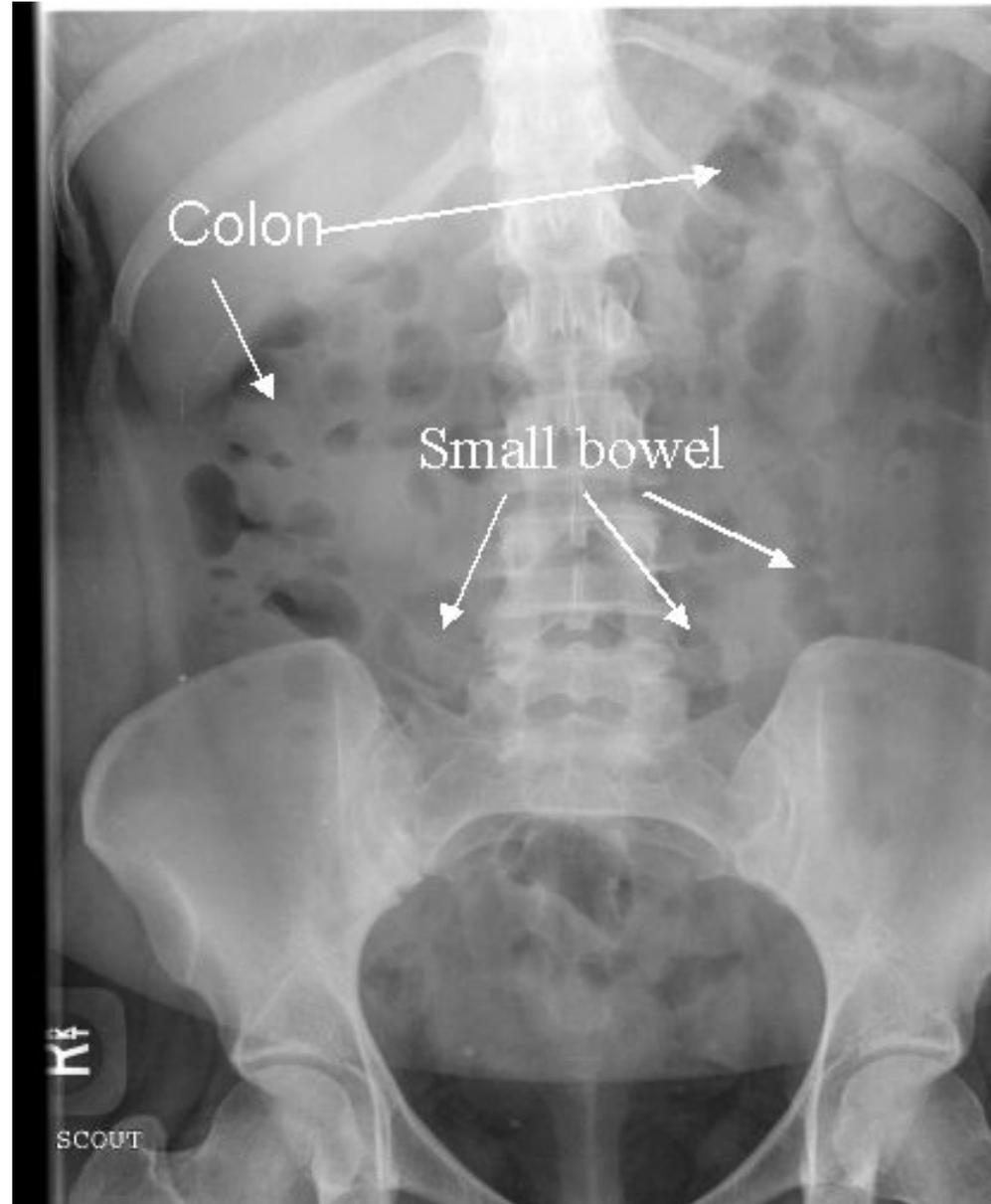
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía de abdomen

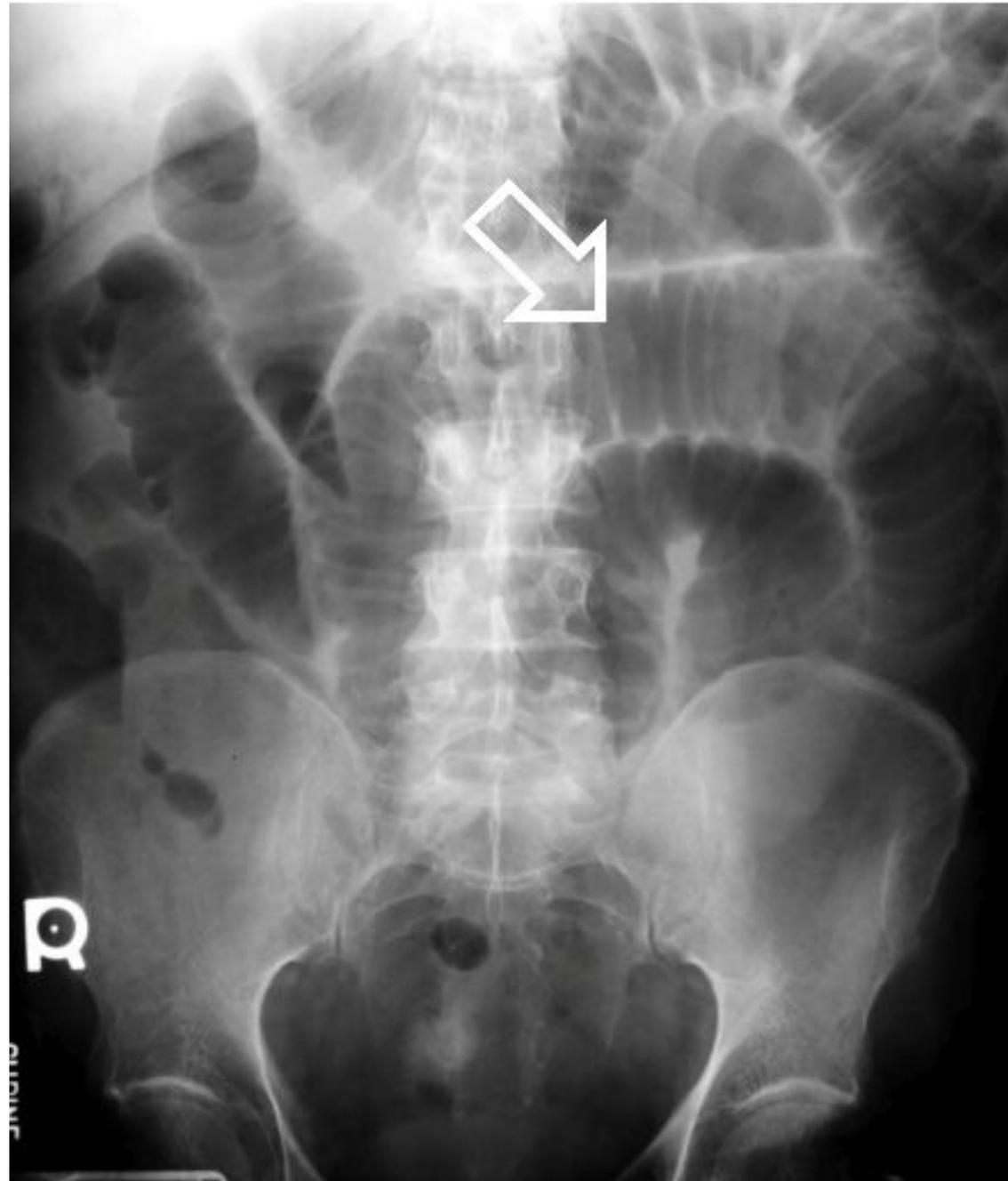
- Distribución del aire: sólo fisiológico en estómago y colon:
 - Dilatación de delgado sólo:
 - Obstrucción de delgado o válvula íleo-cecal.
 - Dilatación de delgado y colon hasta un punto:
 - Obstrucción de colon.
 - Dilatación de delgado y colon hasta recto:
 - Íleo paralítico.
- Desplazamiento del aire intraluminal:
 - Masas o visceromegalias.
- Aire extraluminal: neumoperitoneo:
 - Perforación víscera hueca o cirugía reciente.
- Calcificaciones:
 - Pancreáticas.



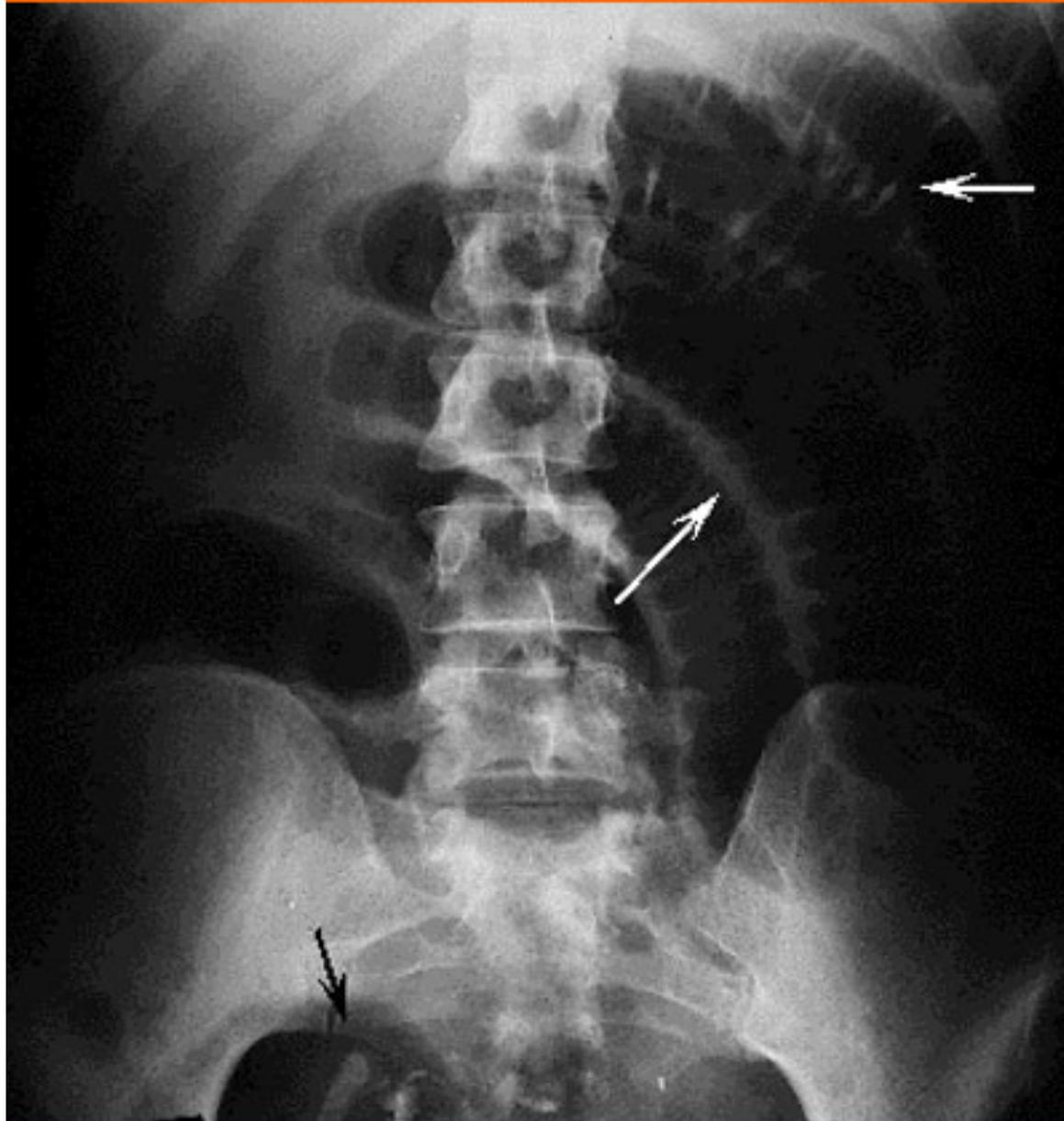
Radiografía de abdomen normal



OBSTRUCCIÓN DE DELGADO



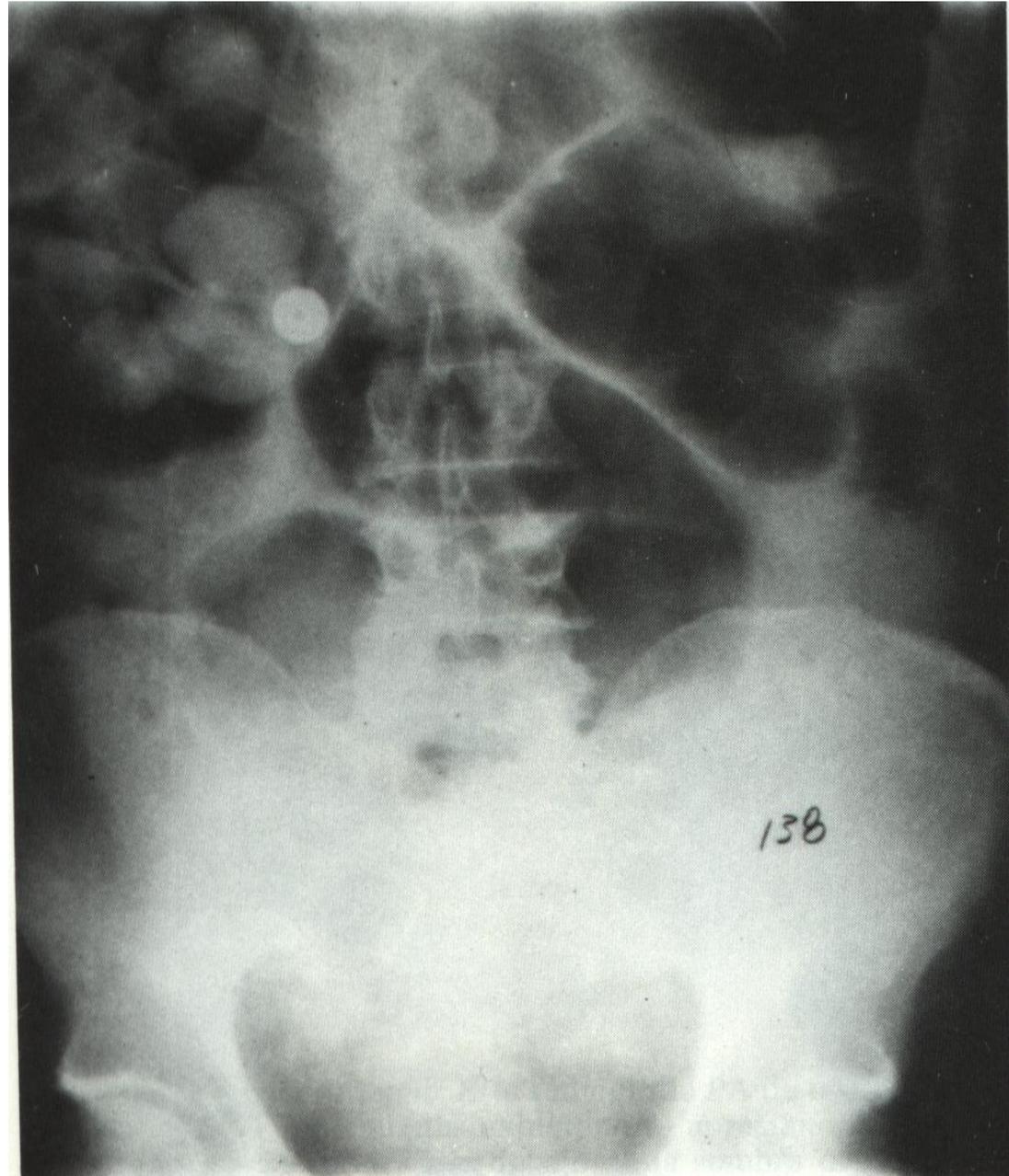
OBSTRUCCIÓN DE DELGADO



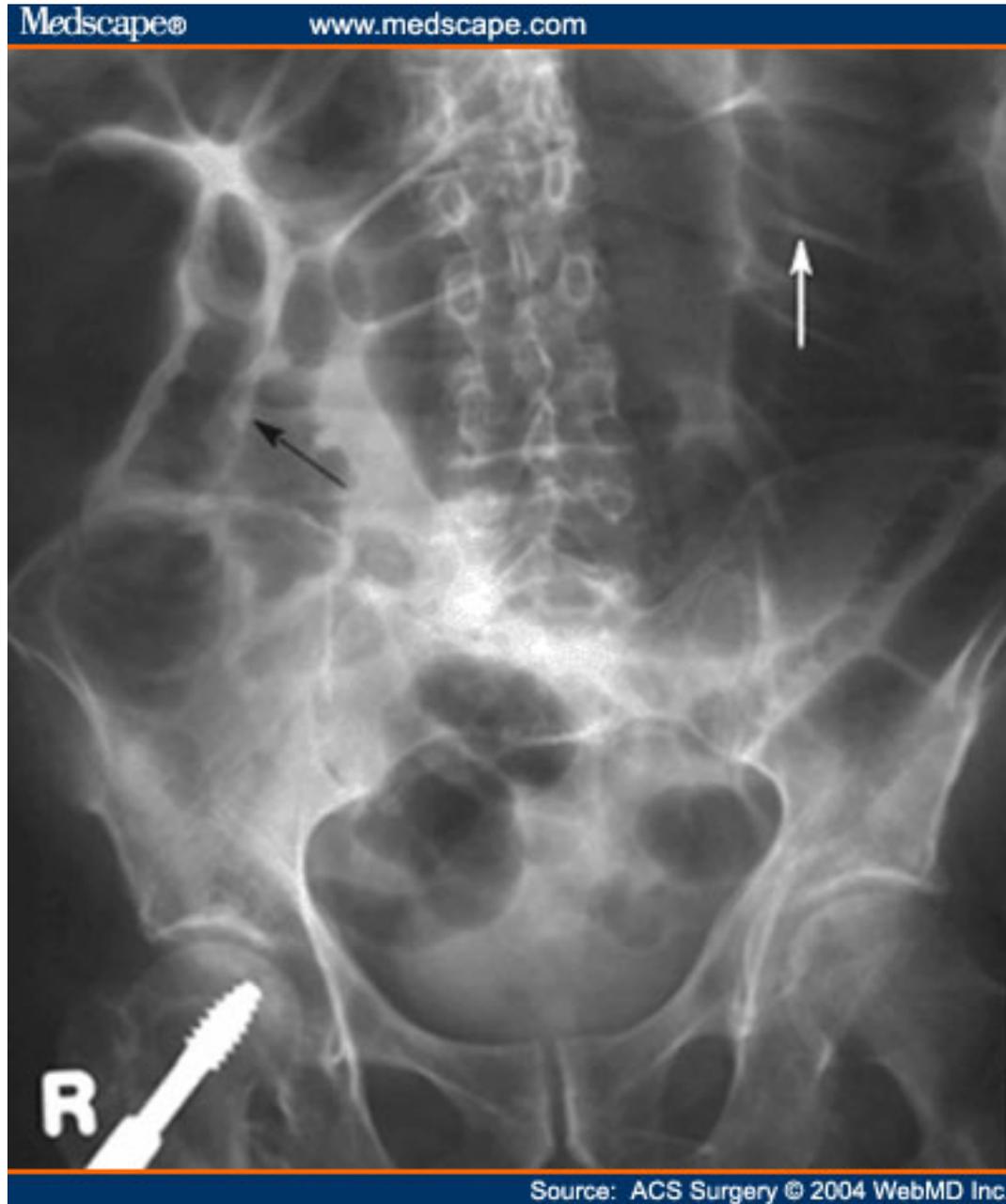
OBSTRUCCIÓN DE DELGADO



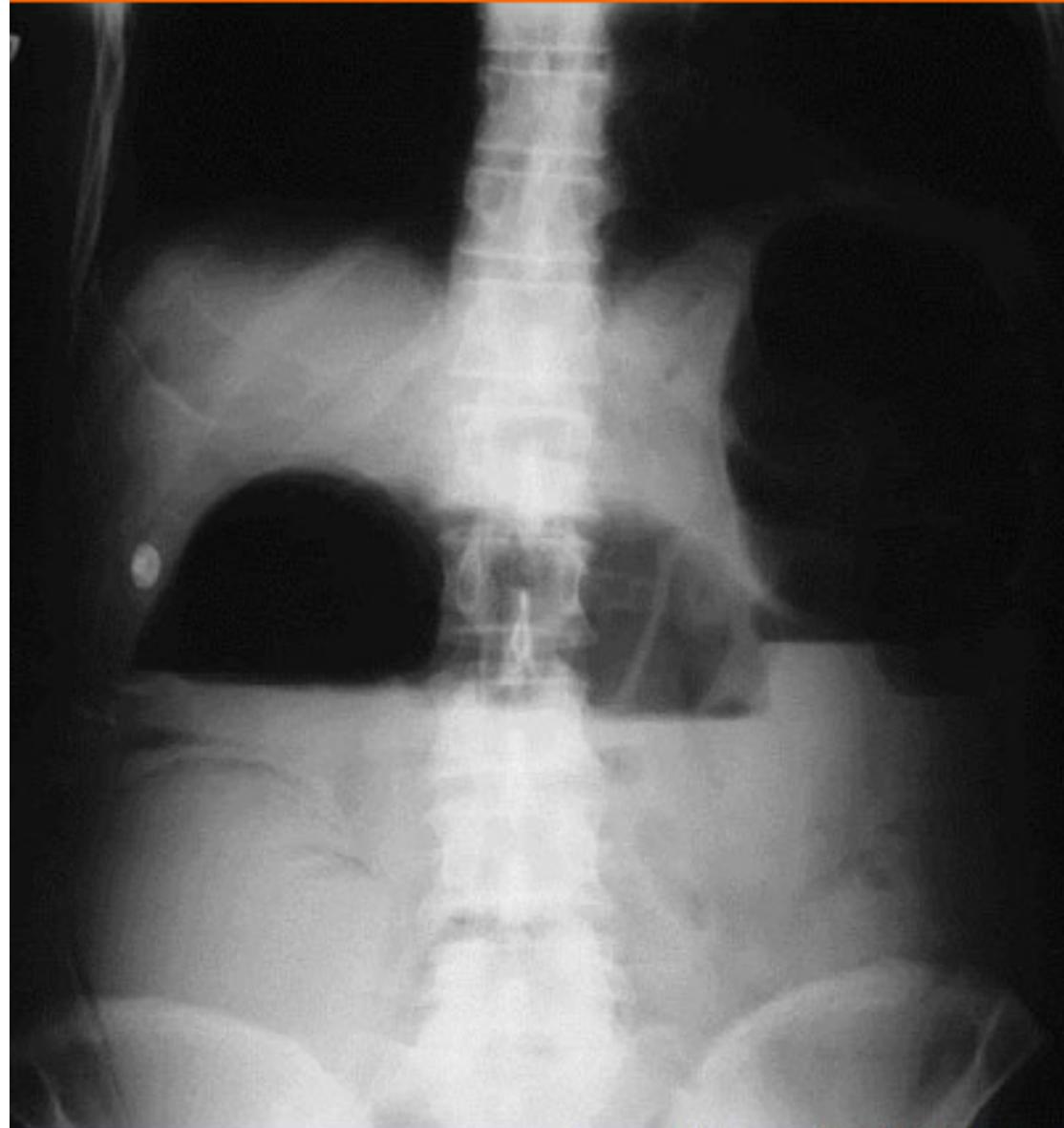
OBSTRUCCIÓN DE COLON



OBSTRUCCIÓN DE COLON



OBSTRUCCIÓN DE COLON



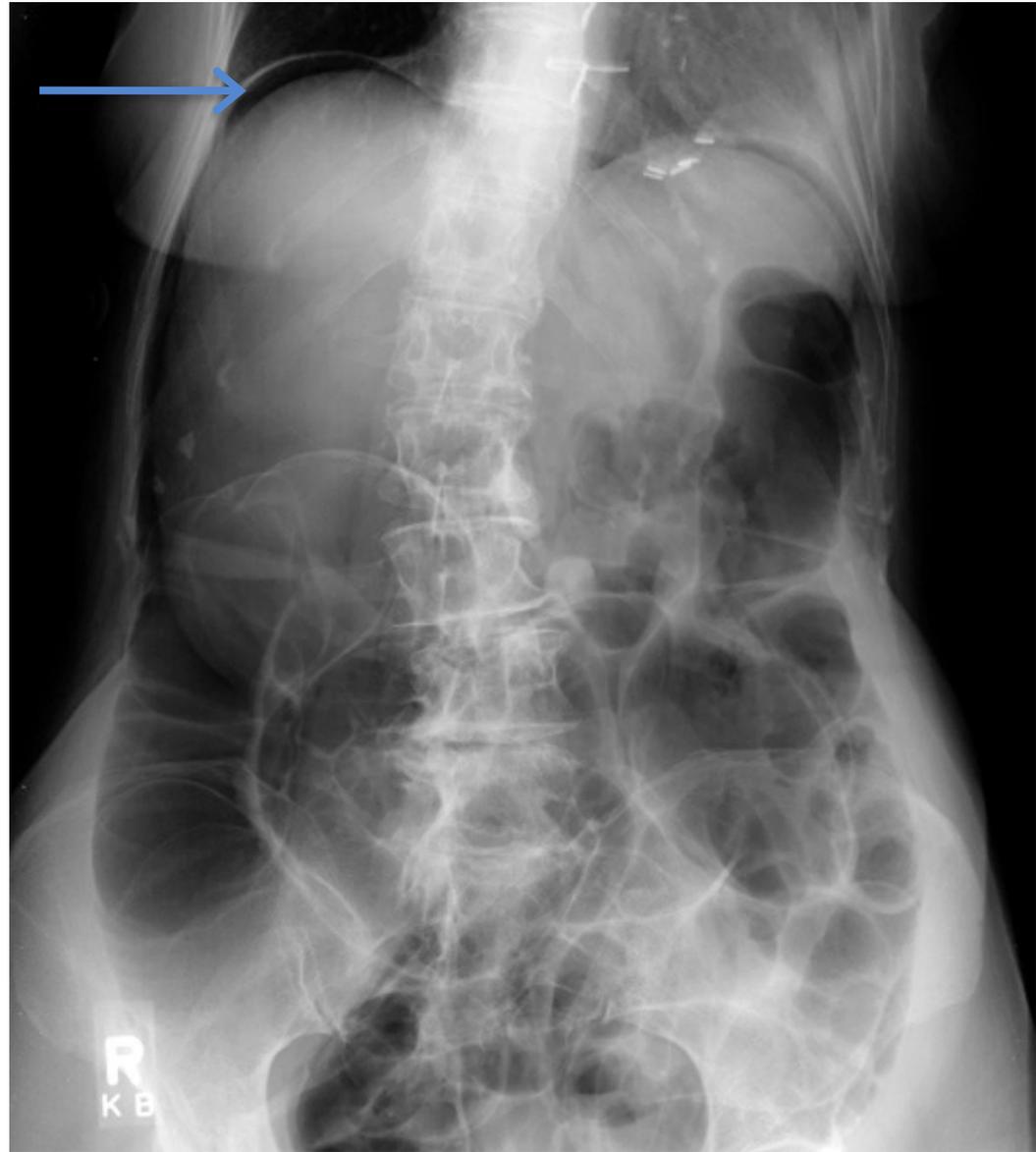
**ÍLEO
PARALÍTICO**



NEUMOPERITONEO



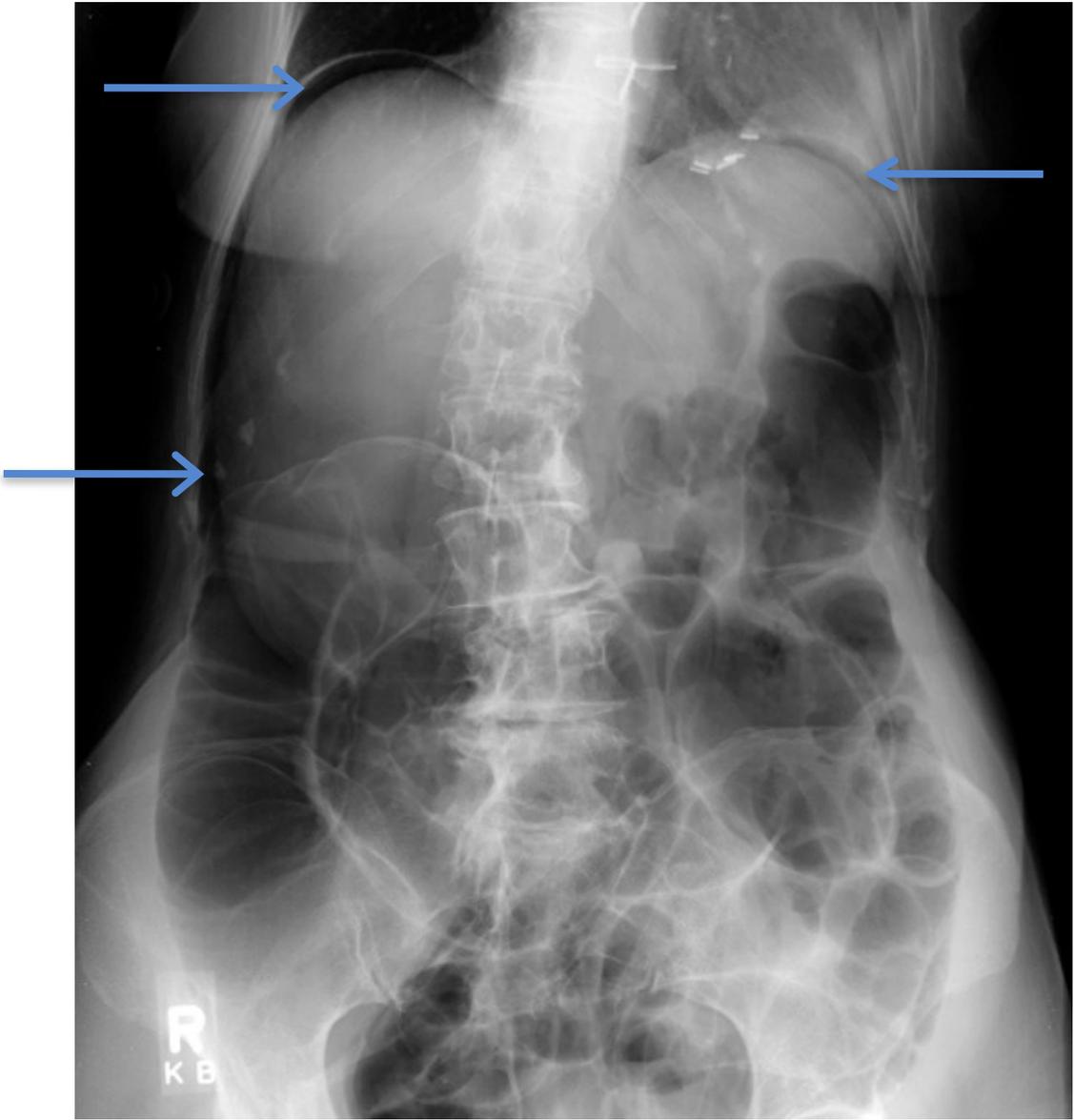
NEUMOPERITONEO



NEUMOPERITONEO

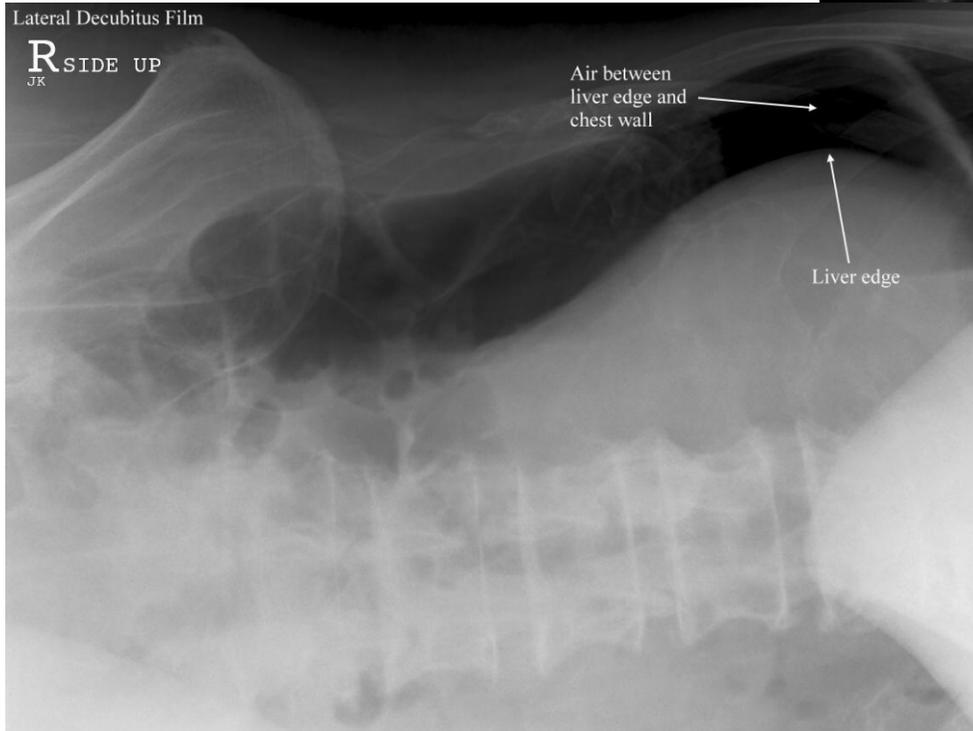
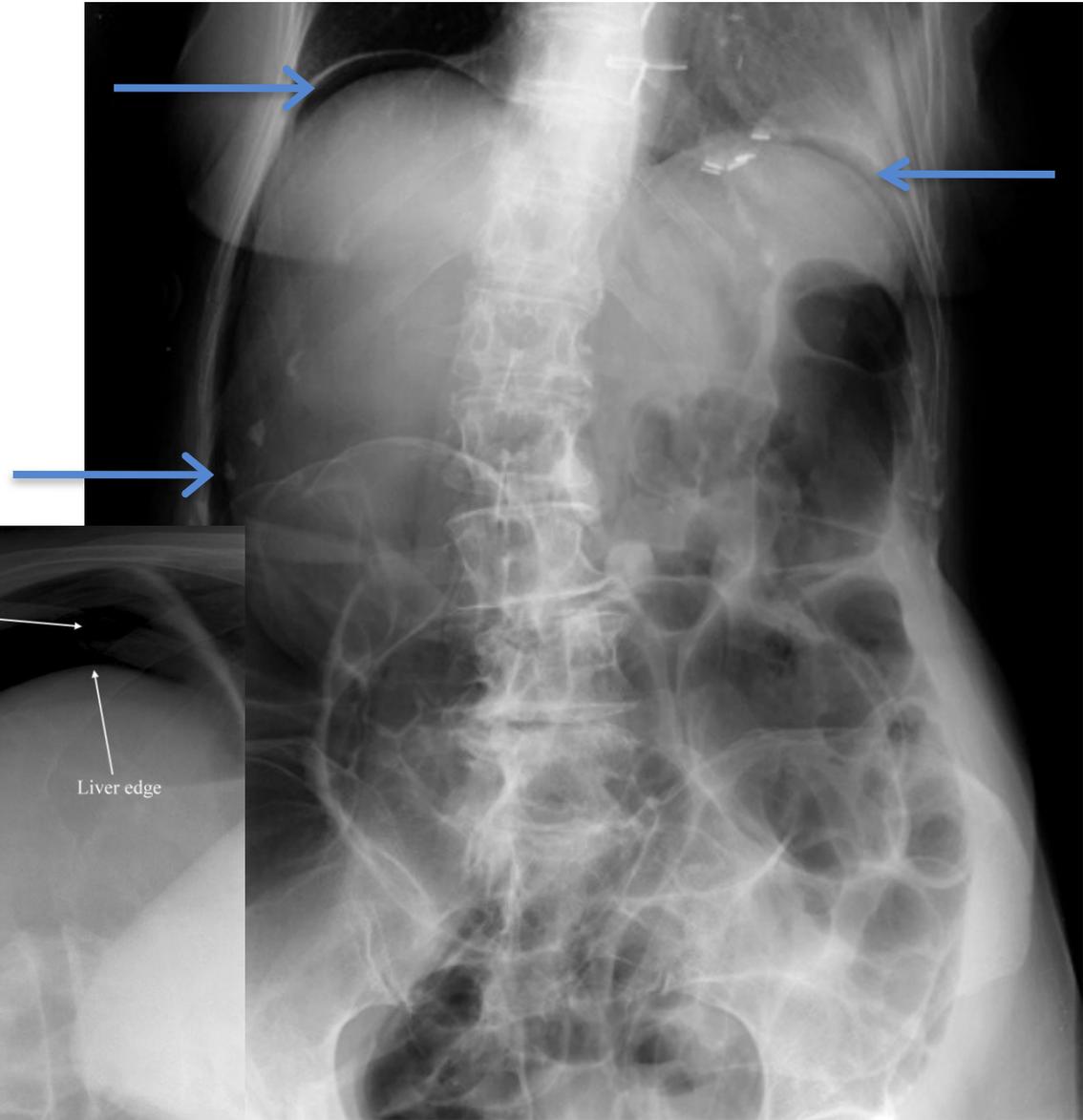


NEUMOPERITONEO



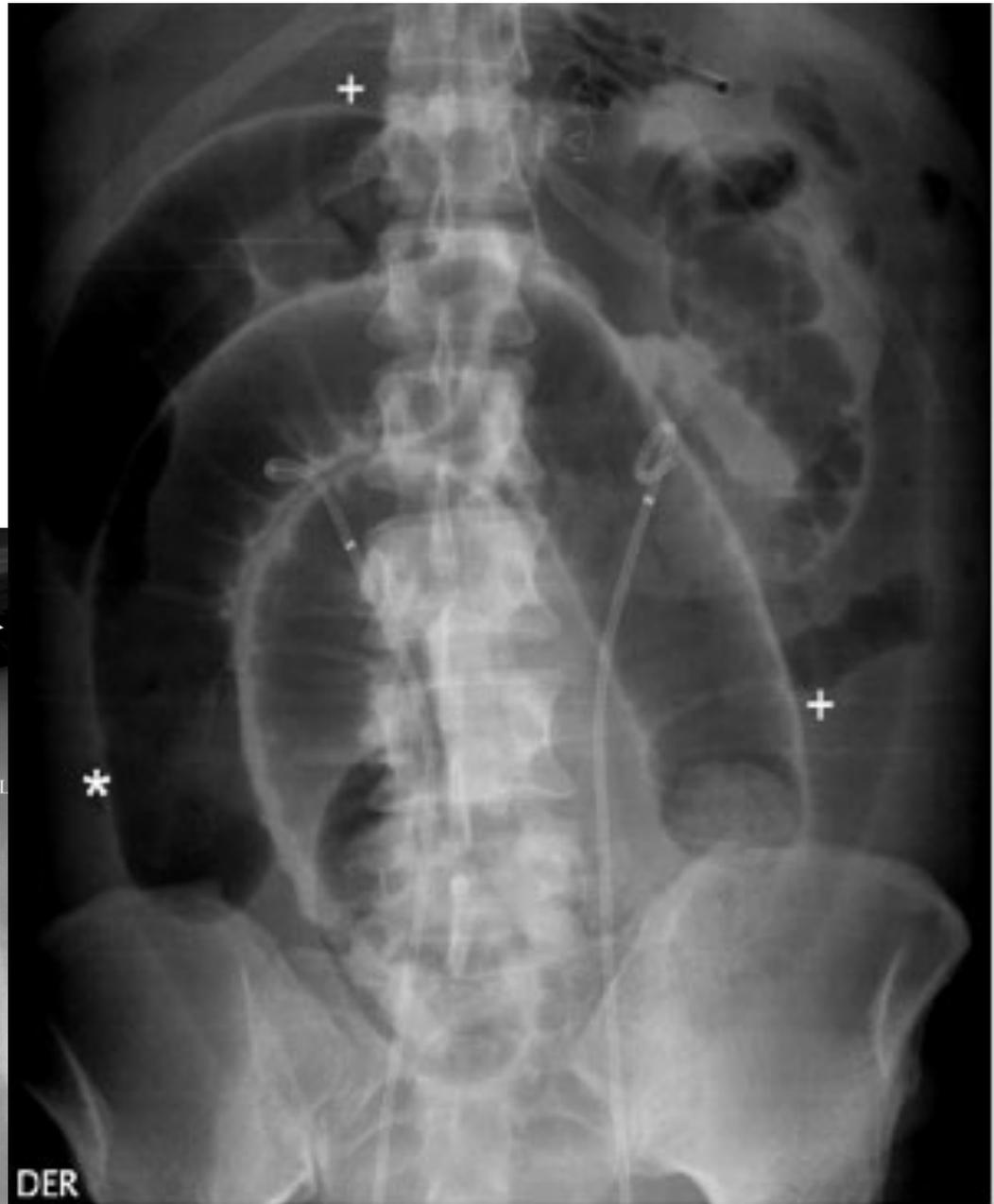
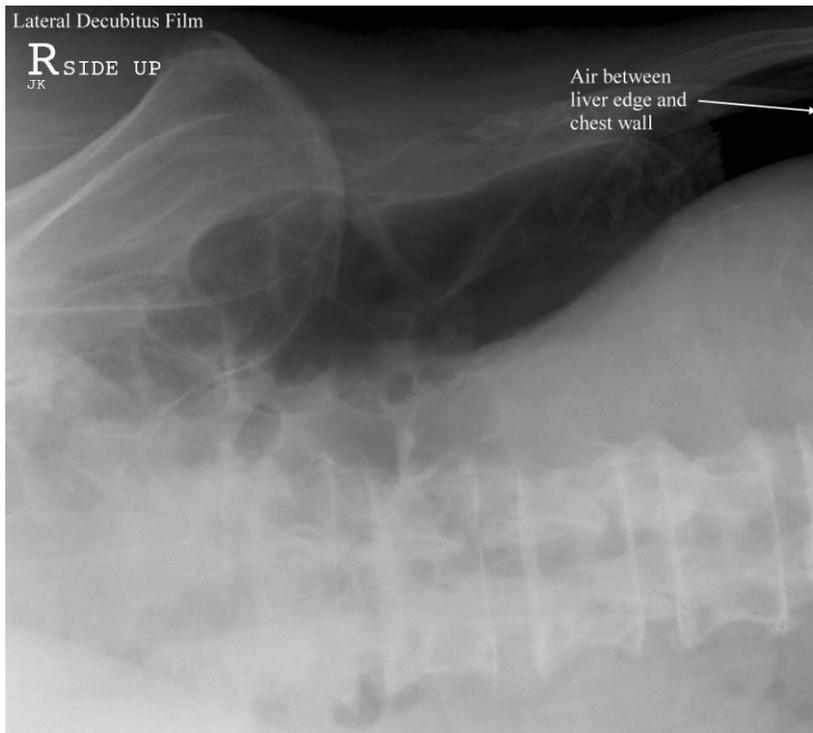
NEUMOPERITONEO

Rx en decúbito lateral
con rayo horizontal



NEUMOPERITONEO

Rx en decúbito lateral
con rayo horizontal



Radiografía de tórax

- Neumoperitoneo.
- Neumonía.
- Neumotórax.
- Fracturas costales.
- Neumomediastino.
- Cardiomegalia.

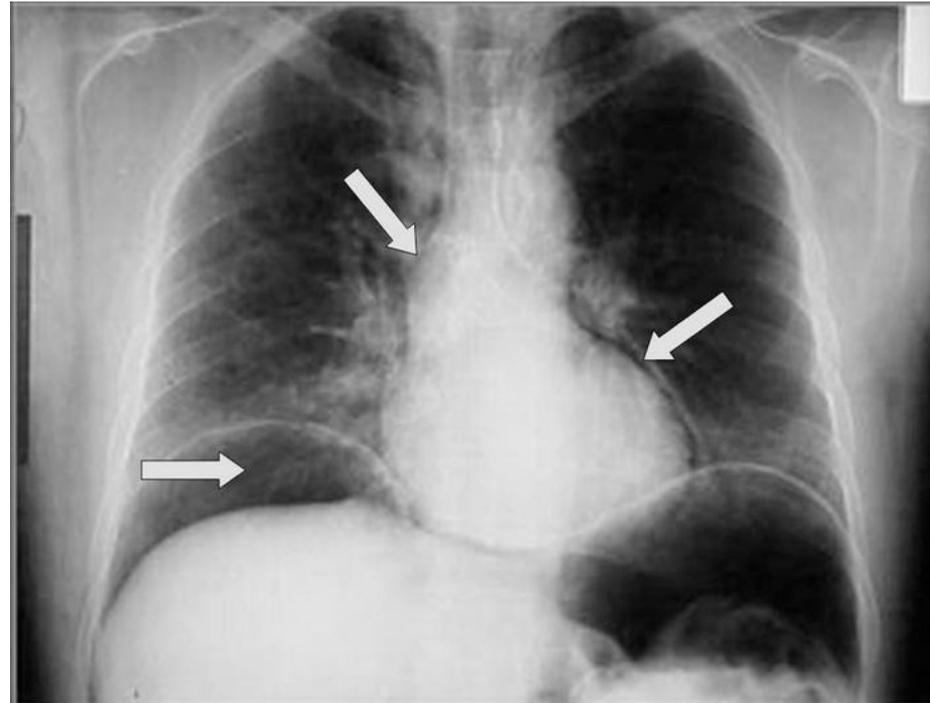
Radiografía de tórax

- Neumoperitoneo.
- Neumonía.
- Neumotórax.
- Fracturas costales.
- Neumomediastino.
- Cardiomegalia.



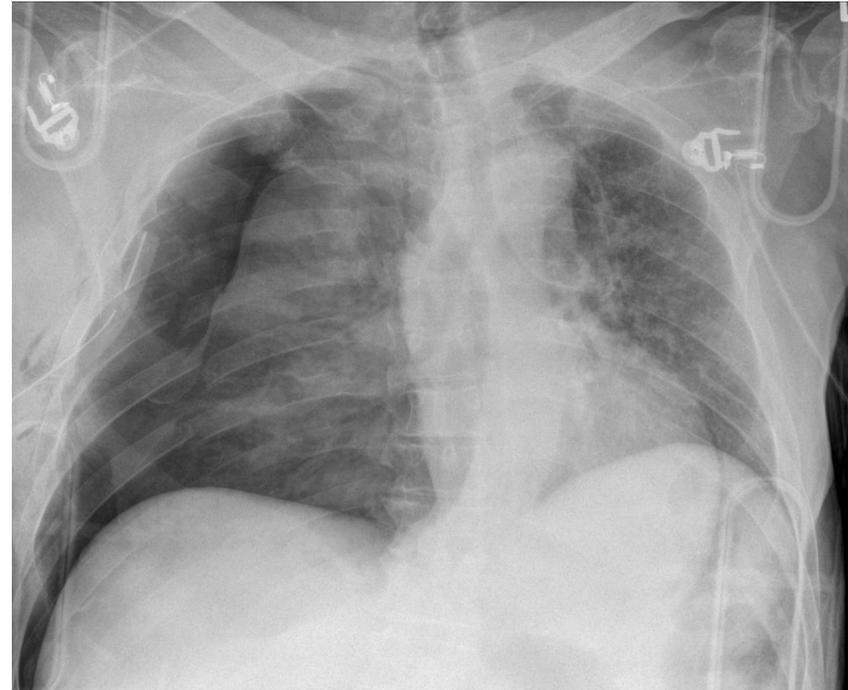
Radiografía de tórax

- Neumoperitoneo.
- Neumonía.
- Neumotórax.
- Fracturas costales.
- Neumomediastino.
- Cardiomegalia.



Radiografía de tórax

- Neumoperitoneo.
- Neumonía.
- Neumotórax.
- Fracturas costales.
- Neumomediastino.
- Cardiomegalia.



Radiografía de tórax

- Neumoperitoneo.
- Neumonía.
- Neumotórax.
- Fracturas costales.
- Neumomediastino.
- Cardiomegalia.



Radiografía de tórax

- Neumoperitoneo.
- Neumonía.
- Neumotórax.
- Fracturas costales.
- Neumomediastino.
- Cardiomegalia.



Hemograma

- Serie roja: **Anemia** sugiere neoplasia, embarazo ectópico roto.
- Serie blanca: **leucocitosis** moderada salvo en isquemia mesentérica.

Bioquímica

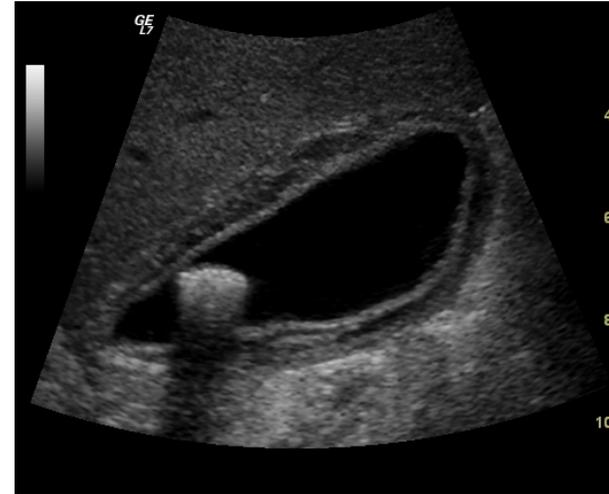
- Glucosa.
- Creatinina.
- Iones.
- Amilasa.

Ecografía

- **Útil en:**
 - Colecistitis.
 - Trauma abdominal.
 - Abscesos.
 - Apendicitis en niños.

Ecografía

- Útil en:
 - Colecistitis.
 - Trauma abdominal.
 - Abscesos.
 - Apendicitis en niños.



Ecografía

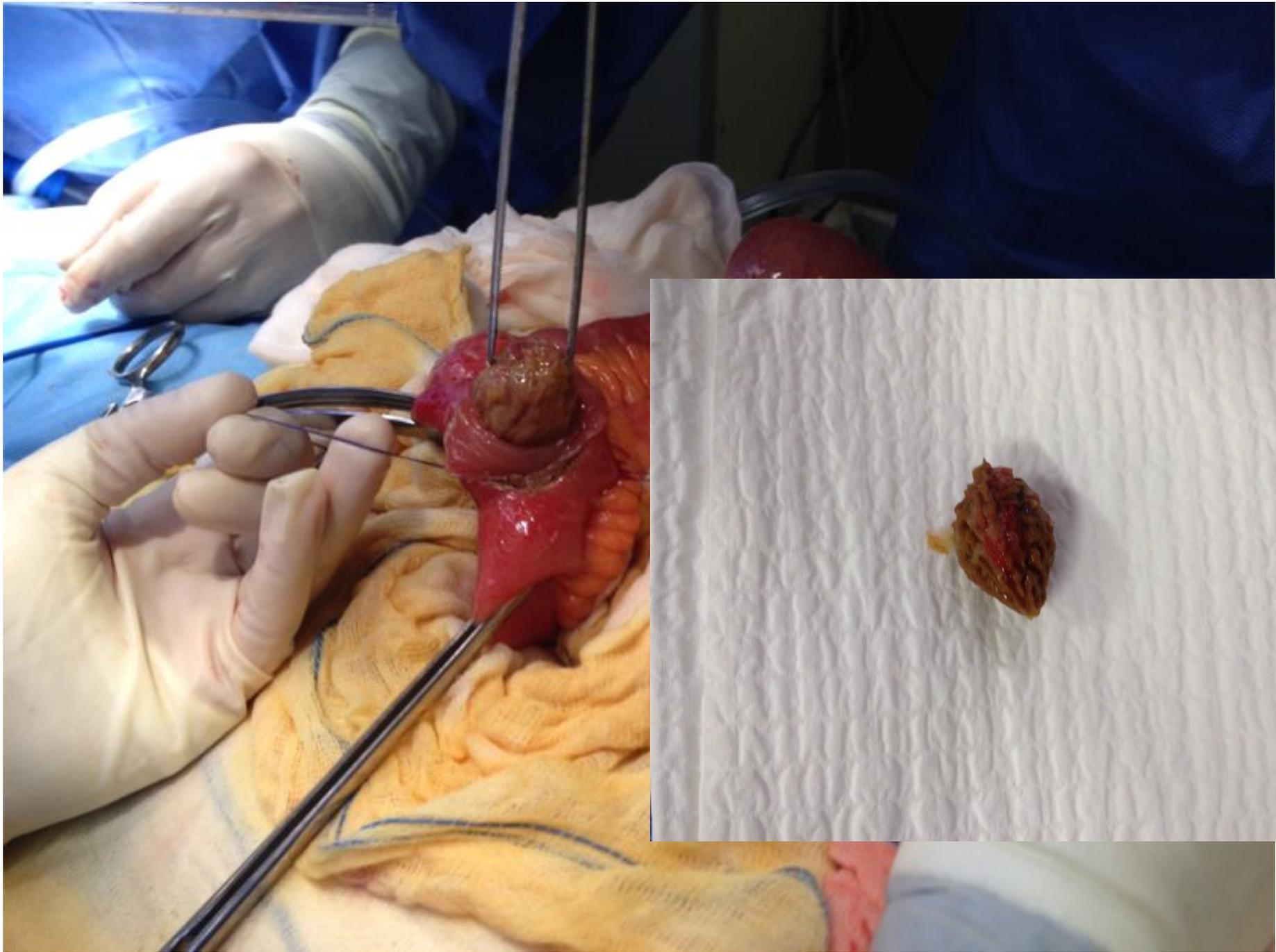
- Útil en:
 - Colecistitis.
 - Trauma abdominal.
 - Abscesos.
 - Apendicitis en niños.



TAC

- Útil en cualquier causa de abdomen agudo.
- Indicaciones (relativas):
 - Diverticulitis aguda de sigma.
 - Obstrucción intestinal.
 - ¿Apendicitis?
 - Dudas diagnósticas.

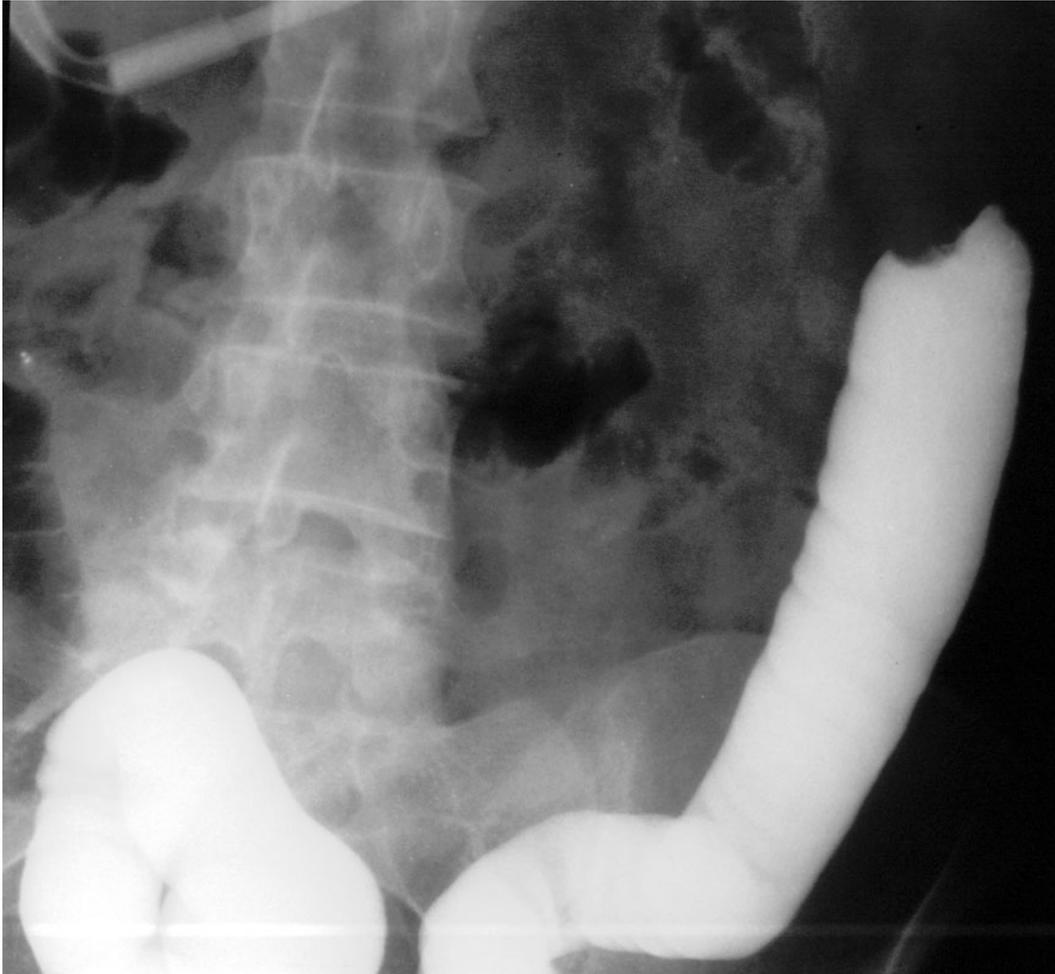




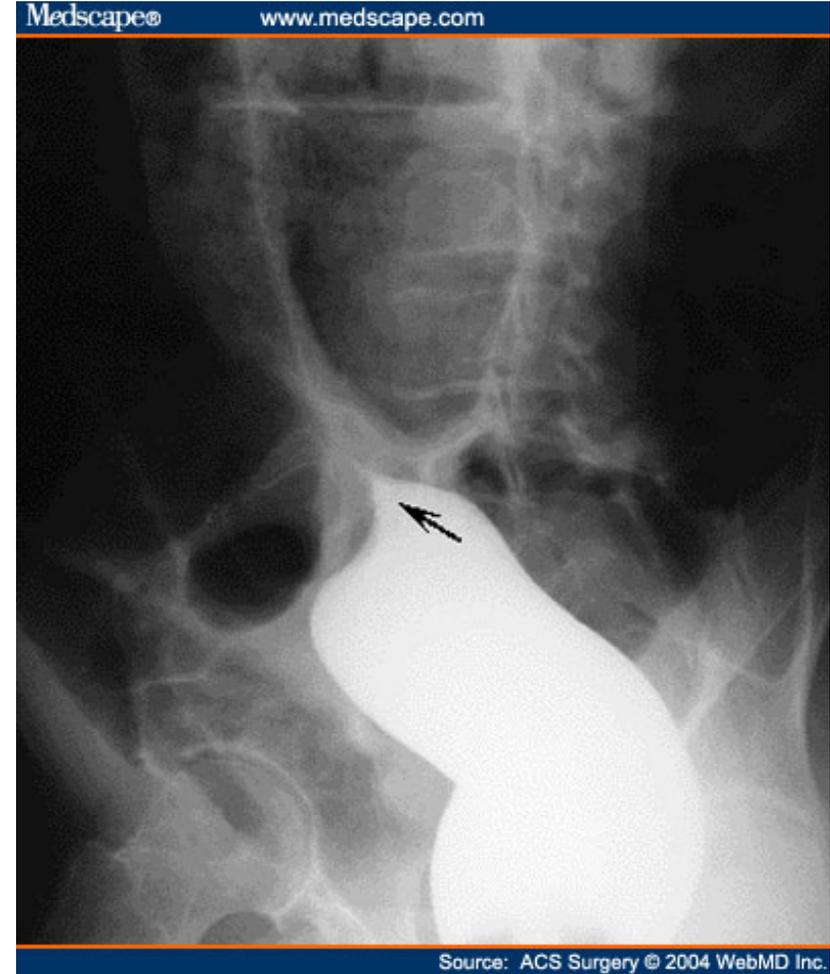
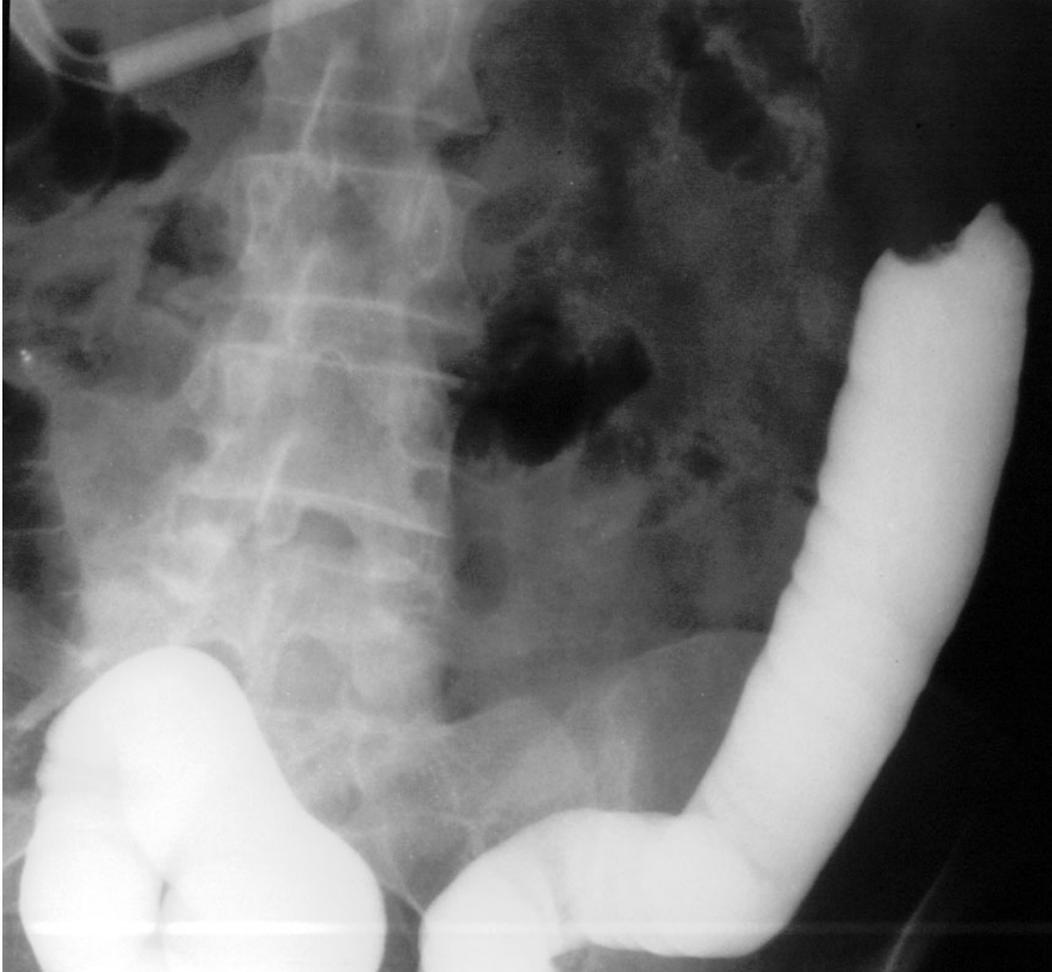
Enema opaco

- Indicado en obstrucción de colon (sustituido por TAC).
- No indicado en diverticulitis aguda.

Enema opaco

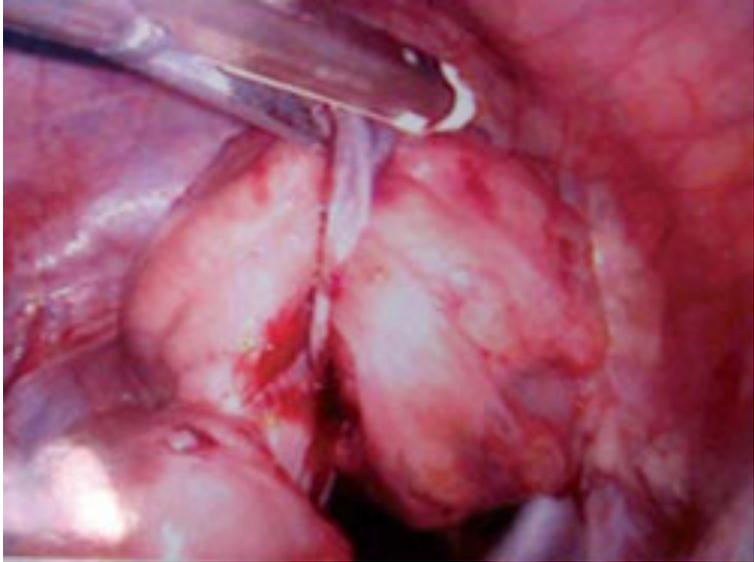


Enema opaco



LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA

- Último recurso.
- Especialmente indicado en mujer joven.
- Útil como terapéutica en apendicitis, perforación duodenal, quiste ovárico, embarazo ectópico.



Casos clínicos

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

Centradas en el Docente

- Exposición

Centradas en el Alumno

- Exposición
- Aprendizaje basado en problemas

Centradas en la Comunidad

- Aprendizaje basado en problemas.
- Estudio de casos.
- Proyecto.
- Aprendizaje Colaborativo.

Caso clínico 1. Síndrome Peritónico

- Paciente de 56 años que acude a Urgencias por dolor abdominal.
- **Antecedentes:**
 - Personales:
 - Diabético tipo II en tratamiento con antidiabético oral.
 - Colecistectomía hace 10 años.
 - Familiares: sin interés.

Caso clínico 1

- Cuadro clínico:
 - **Características del dolor:**
 - Duración: 4 horas, de instauración brusca, aunque llevaba con dolor menos intenso y molestias abdominales 4 días.
 - Localización: epigástrico.
 - Irradiaciones: no.
 - Tipo: continuo.
 - **Vómitos:** no.
 - **Dificultad para la expulsión de heces y gases.**
 - **Ritmo intestinal:** normal.
 - **Rectorragias:** no.

Caso clínico 1

- Exploración:
 - **General:**
 - Deshidratación ligera.
 - Normocoloración cutánea.
 - **Abdominal:**
 - No distensión abdominal.
 - Cicatriz de colecistectomía.
 - Dolor difuso a la palpación, con importante defensa y signos de irritación peritoneal.
 - No se palpan hernias.
 - Tacto rectal: no masas ni sangre; restos fecales.

Caso clínico 1

- Pruebas complementarias:
 - **Hemograma:**
 - 12000 leucocitos sin desviación izq.
 - Hemoglobina: 14 mg/dl.
 - **Bioquímica:**
 - K+: 3.2 mEq/l.
 - Na+: 136 mEq/l.
 - Creatinina: 1.8 mg/dl.
 - Glucosa 220 mg/dl.
 - Amilasa: 148 mg/dl.

Diagnóstico sintromico

- Síndrome peritonítico:

- Dolor continuo.
- No vómitos.
- Signos de irritación peritoneal.
- La ausencia de expulsión de gases puede deberse al íleo paralítico secundario



Síndrome mínimo

- La mínima cantidad de signos clínicos que permiten un diagnóstico temprano
 - Abdomen agudo peritonítico
 - Dolor abdominal agudo, contractura muscular abdominal involuntaria, vómitos agudos reflejos
 - Abdomen agudo obstructivo
 - Dolor abdominal sordo, distensión abdominal, vómitos por rebosamiento

Caso clínico 1

Radiografía simple abdomen:

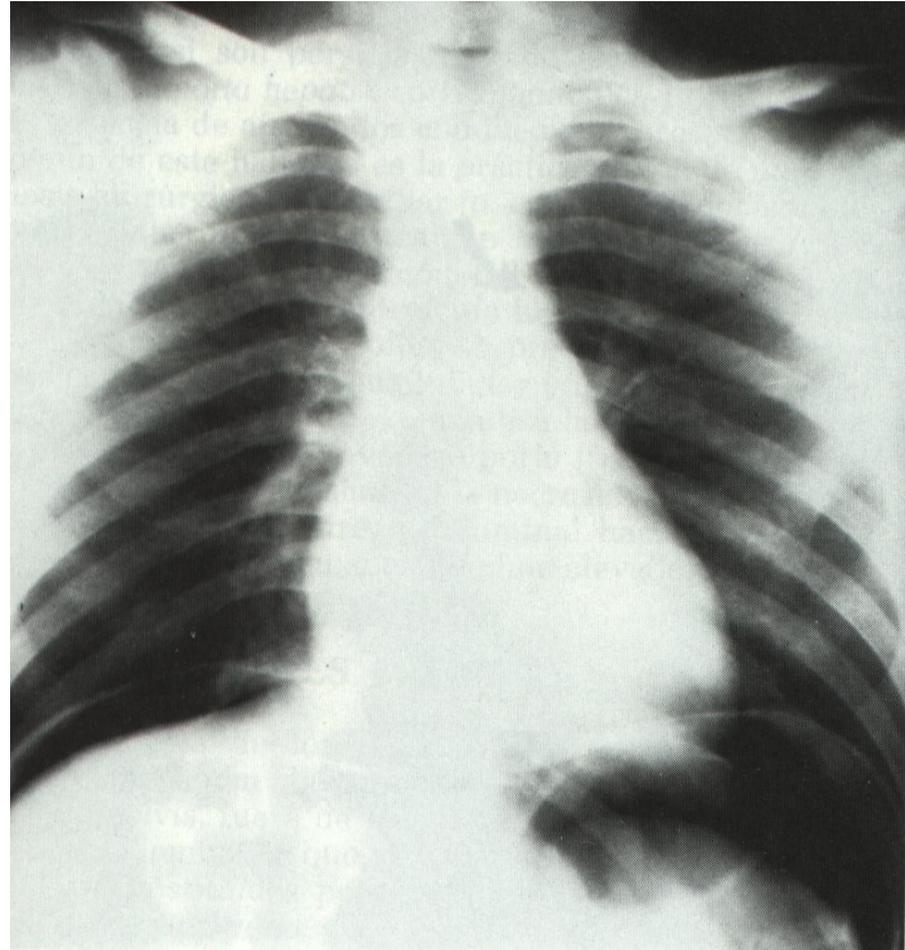
- Neumoperitoneo.
- Íleo.



Caso clínico 1

Rx con cúpulas:

- Neumoperitoneo.



Caso 1

Diagnóstico diferencial

- **Sindrómico:** peritonítico.
- **Etiológico:**
 - **Úlcus perforado.**
 - Tumor de colon perforado.
 - Diverticulitis de sigma.

Caso 1

Tratamiento

- Sueroterapia.
- Analgesia (una vez decidida la cirugía).
- Intervención quirúrgica.

Resumen

- Abdomen agudo. ¿cuándo pensaremos que estamos ante un abdomen agudo? ¿ si esto es cierto que implicaciones tiene esta situación? Ideas asociadas.
- Clasificación. Abdomen agudo falso.
- Semiología del dolor abdominal.
- Importancia de la inspección en la exploración física.
- Síndrome mínimo.
- Causas etiológicas mas frecuentes (grupos de edad).

