

# **Incidencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital Abel Gilbert Ponton de enero a diciembre del 2015**

**Incidence of acute surgical abdomen in patients infected with human  
immunodeficiency viruses at Abel Gilbert Ponton Hospital from January to  
December 2015**

Dra. Gladys Moran Robalino <sup>1</sup>

Dr. William Muñoz Arambulo <sup>2</sup>

Dr. Javier Orrala Merejildo <sup>3</sup>

Enviado mayo - 8 - 2018 Aceptado julio – 17 – 2018 Publicado octubre 5 - 2018

---

<sup>1</sup> Especialista en Cirugía General, Médico Especialista en Cirugía, Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos

<sup>2</sup> Magister en Emergencias Médicas, Docente, Universidad de Guayaquil, drwilliammunoz@hotmail.com

<sup>3</sup> Médico, Hospital Cantonal de Daule.

## Resumen

El presente artículo permitió identificar la incidencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana en el hospital Abel Gilbert Pontón de enero a diciembre del 2015. El objetivo fue determinar la incidencia del Abdomen Agudo Quirúrgico (AAQ) y sus causas, en pacientes con diagnóstico de infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se realizó un estudio retrospectivo de una serie de casos con diagnóstico de ingreso de dolor abdominal agudo e infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), durante el periodo de Enero a Diciembre del 2015. Se revisaron las historias clínicas de 1531 pacientes que ingresaron por el área de Emergencia del HAGP, de los cuales 82 se presentaron con diagnóstico clínico de dolor abdominal agudo más infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Los casos de AAQ fueron más representativos en los hombres, lo que establece una relación hombre/mujer 2 a 1. La neumonía fue la complicación postoperatoria más relevante, seguida de la infección de herida quirúrgica.

## Palabras clave

virus de inmunodeficiencia humana, apendicitis aguda, abdomen agudo, abdomen agudo quirúrgico

## Abstract

This article allowed us to identify the incidence of acute surgical abdomen in patients infected with human immunodeficiency virus in the Abel Gilbert Pontón hospital from January to December 2015. The objective was to determine the incidence of Surgical Acute Abdomen (AAQ) and its causes, in patients with a diagnosis of infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV). A retrospective study of a series of cases with diagnosis of admission of acute abdominal pain and infection by the human immunodeficiency virus (HIV) was made during the period from January to December 2015. Clinical records of 1531 patients admitted were reviewed in the Emergency area of the HAGP, of which 82 presented with clinical diagnosis of acute abdominal pain plus infection by the Human Immunodeficiency Virus. The cases of AAQ were more representative in men, which establishes a male / female ratio of 2 to 1. Pneumonia was the most relevant postoperative complication, followed by infection of the surgical wound.

## key words

Human immunodeficiency virus, acute appendicitis, acute abdomen, acute surgical abdomen

---

## 1. Introducción

Los pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, que se caracteriza por la disminución de los linfocitos T CD4, predispone a enfermedades neoplásicas o infecciones oportunistas que pueden poner en peligro la vida de los pacientes.

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de consulta médica urgente. Además, su adecuado manejo clínico implica un amplio conocimiento y una gran responsabilidad por su enorme variedad clínica y por la urgencia vital que constituye en muchas ocasiones. El diagnóstico etiológico a través de un síntoma como el dolor abdominal es uno de los desafíos más frecuentes a los que se tiene que enfrentar la comunidad médica.

Dentro del amplio espectro de las manifestaciones clínicas que componen un AA, específicamente el dolor abdominal, es un reto diagnóstico para el cirujano a la hora de tomar decisión de realizar una intervención quirúrgica debido a la variedad de entidades clínicas que pueden estar asociadas, como son las infecciones oportunistas y no oportunistas, neoplasias abdominales, visceromegalias o enfermedades inflamatorias.

El tratamiento de estos pacientes con VIH incluye los medicamentos antirretrovirales y otras medidas terapéuticas para las múltiples complicaciones de esta enfermedad, los pacientes con AA pueden requerir otras estrategias terapéuticas asociadas. Esta entidad requiere de hospitalización urgente para una hacer una evaluación por el servicio de cirugía aunque no todos los pacientes requirieron de procedimientos quirúrgicos.

El presente artículo permitirá identificar la incidencia de abdomen agudo quirúrgico, así como las causas que lo provocaron, en pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana en el hospital Abel Gilbert Pontón de enero a diciembre del 2015. Se establecerá la relación de las complicaciones presentadas con los factores de riesgo.

El objetivo de este artículo es determinar la incidencia de AAQ y sus causas en pacientes con diagnóstico de infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

---

## 2. Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo de una serie de casos con diagnóstico de ingreso de dolor abdominal agudo e infección del virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital Abel Gilbert Ponton durante el periodo de enero a diciembre del 2015. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de estos pacientes.

El presente estudio se realizó en el HAGP de Guayaquil. Se revisaron 1531 historias clínicas de pacientes con VIH. Para la factibilidad del estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pacientes con cuadro clínico de dolor abdominal + VIH, incluidos hombres y mujeres de 18 años en adelante, todos con tratamiento antirretroviral. Se excluyeron las pacientes embarazadas y pacientes portadores de VIH menores de 18 años. 82 pacientes reunieron los criterios de inclusión del estudio.

### 2.1 Variables

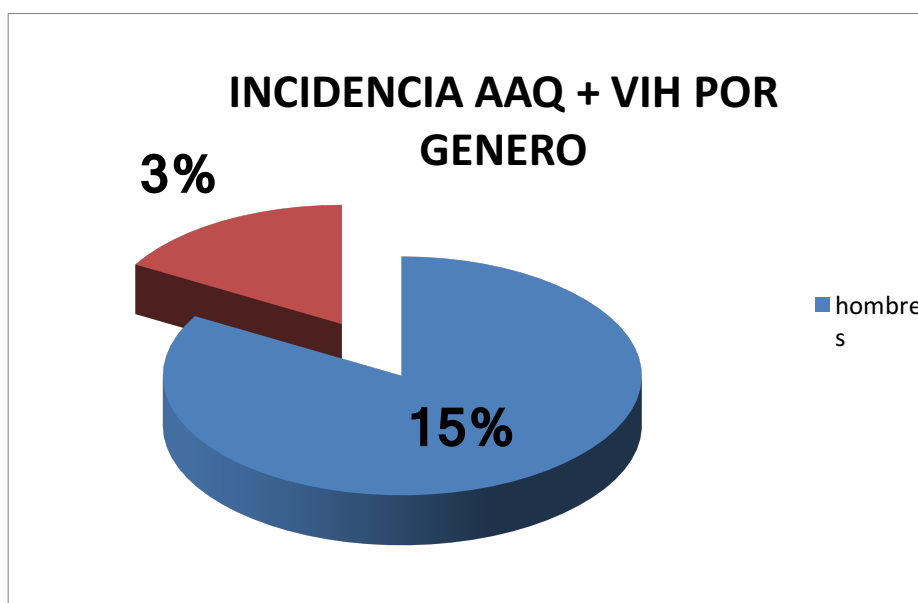
**Abdomen Agudo Quirúrgico:** Síndrome caracterizado por dolor localizado en el abdomen, acompañado o no por otras manifestaciones de aparición brusca, cuya causa es de tratamiento quirúrgico.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Causas de AAQ</b> Apendicitis Aguda AA Perforativo Colecistitis AA Obstrutivo AA + Absceso intraabdominal AA + Adenopatías mesentérica	- N° de Pacientes - Por ciento
<b>Complicaciones Pos-operatorias.</b> Neumonía Infección de herida quirúrgica Fístula enterocutánea Fiebre Dehiscencia de herida operatoria Trastorno hidroelectrolítico Diarrea persistente Íleo paralítico	- N° de Pacientes - Por ciento

### 3. Resultados

De las 1531 historias clínicas que fueron revisadas, 82 pacientes presentaron dolor abdominal agudo más infección del virus de inmunodeficiencia humana, 54 varones y 28 mujeres. De estos pacientes fueron intervenidos 18 con diagnóstico de abdomen agudo 13 varones y 5 mujeres. (Fig. 1)

**Fig. 1:** Incidencia de AAQ + VIH por género



Como características socioeconómicas la mayoría de los pacientes estaba solteros 11(61,1%), 4 estaban casados (22,2%), 2 divorciados (11,1%), 1 viudo (5,5%). De este mismo grupo 9 pacientes (50%) vivían con padres, 6 (33,3%) vivían con parejas y 3 (16,6%) vivían solos. En cuanto a nivel cultural la mayoría tenía estudios primarios y secundarios 7 (38,8%) y 6 (33,3%) respectivamente, el resto se reparte en analfabetismo, y ausencia de estudios (27,9%). Como hábitos 10 pacientes (55,5%) tenían trastornos relacionados con sustancias, 8 pacientes (44,4%) relaciones heterosexuales y homosexuales de riesgo. En cuanto a las edades del grupo de pacientes estuvo comprendida de 18 años en adelante de la siguiente manera 18 a 25 años 4 pacientes (22,2%), de 26 a 33 años 8 pacientes (44,4%) 34 a 41 años 3 pacientes (16,6%) y de 42 a 50 años 3 pacientes (16,6%).

Los síntomas presentados por los pacientes fueron dolor abdominal difuso o localizado en 18 pacientes (100%), náuseas y vómitos 9 pacientes (50%), sensación de alza térmica 9 pacientes (50%), hiporexia 6 pacientes (33,3%), distensión abdominal 4 pacientes (22,2%), diarrea en 2 pacientes (11,1%), pirosis 1 paciente (5,5%).

Los signos fueron de irritación peritoneal como Mac Burney , Murphy , rebote , Blumberg y/o Rovsing positivo en 15 pacientes (83,3%) , fiebre en 10 pacientes (55,5%) , ruidos hidroaereos disminuidos 7 pacientes (38,8%) , pérdida de peso 3 pacientes (16,6%) , constipación 2 pacientes (11,1%).

En el examen físico abdominal se encontró dolor abdominal difuso y o localizado en los 18 pacientes (100%), signos de irritación peritoneal 15 pacientes (83,3%), ruidos hidroaereos disminuidos 7 pacientes (38,8%), distensión abdominal 4 pacientes (22,2%).

En los exámenes complementarios como la biometría hemática, se encontró en un 66,6% de los pacientes valores de leucocitos superior a 10 000 leu/ml, y en el 33,4 % de los pacientes leucocitos menores a 10 000 leu/ml.

En cuanto a estudio de imágenes se utilizó la Radiografía Simple de Abdomen en un 72,1 %, La Tomografía de Abdomen en un 38,7% y la Ecografía Abdominal en un 22,1 % (Tabla 1).

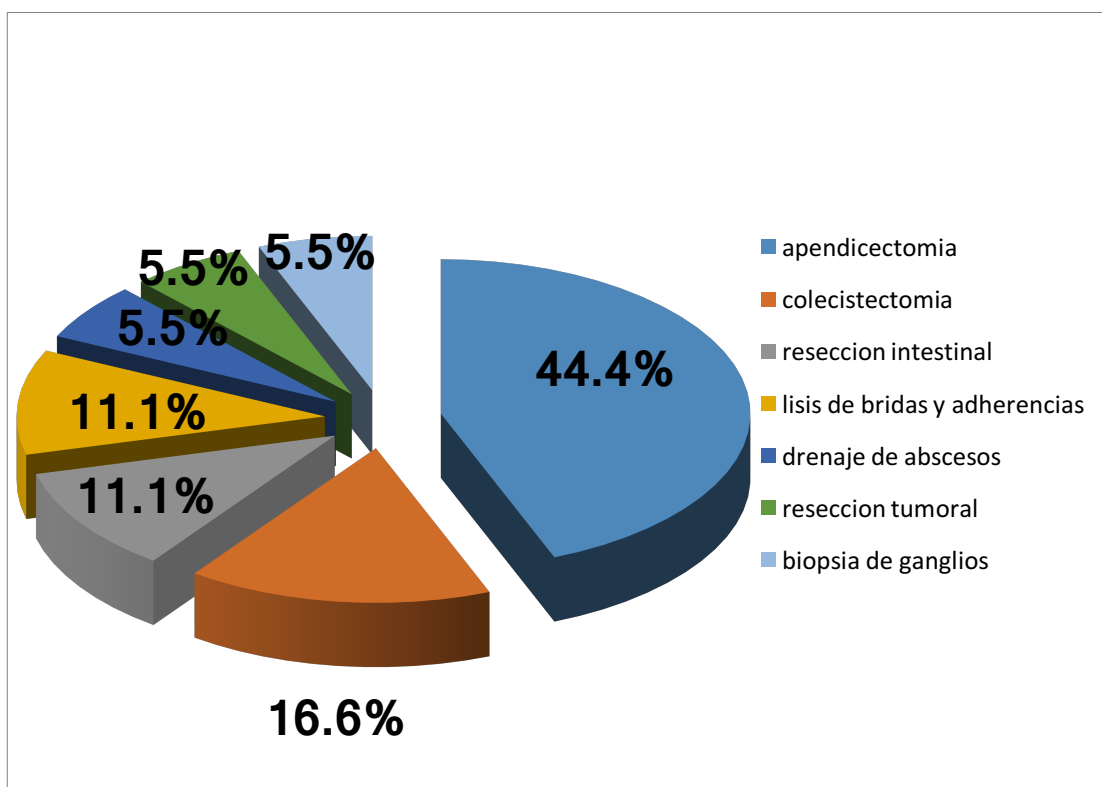
**Tabla 1.**

<b>ESTUDIO DE IMÁGENES EN PACIENTES CON PATOLOGIA QUIRURGICA VIH</b>				
<b>PATOLOGIA QUIRURGICA</b>	<b>pacientes</b>	<b>RX</b>	<b>ECO</b>	<b>TAC</b>
Apendicitis	8	X		
Colecistitis	3		X	
AA Obstructivo	3	X		X
AA perforativo	2	X		X
AA + Absceso intraabdominal	1		X	X
AA + Adenopatías mesentéricas	1			X

Los diagnósticos preoperatorios fueron 8 pacientes con apendicitis aguda (44,4%), colecistitis aguda en 3 pacientes (16,6%), AA Obstructivo de etiología a determinar en 3 pacientes (16,6%), AA Perforativo (11,1%), AA + absceso intraabdominal 1 paciente (5,5%), AA + adenitis mesentérica en estudio 1 paciente (5,5%).

Las intervenciones Quirúrgicas, que se realizaron fueron, Apendicetomía en el 44,4%, Colecistectomía 16,6%, Laparotomía Exploratoria + resección intestinal por perforación de víscera hueca 11,1%, Laparotomía Exploratoria + lisis de bridas y adherencias (por cirugías previas) 11,1%, Laparotomía Exploratoria + drenaje de absceso subhepático derecho 5,5%, Laparotomía Exploratoria + resección tumoral 5,5%, Laparotomía Exploratoria + biopsia de ganglios 5,5% (Fig. 2)

**Fig. 2 INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS EN AA + VIH**



En cuanto a la determinación de carga viral y CD4 en estos pacientes se encontraron los siguientes resultados. (Tabla 2).

**Tabla 2:** Resultados obtenidos de linfocitos CD4 y carga viral.

RESULTADOS OBTENIDOS DE LINFOCITOS CD4 Y CARGA VIRAL				
PACIENTE	SEXO	EDAD	LINFOCITOS CD4	CARGA VIRAL
1	H	32	5	270000
2	H	37	260	1210
3	H	29	26	125000
4	M	42	54	231776
5	M	24	176	307040
6	H	22	231	3303

7	H	30	6	279475
8	H	46	20	240000
9	H	32	221	145185
10	H	38	242	867777
11	M	31	80	450000
12	H	34	5	350000
13	H	49	360	110000
14	H	32	54	200000
15	M	32	70	550000
16	H	29	68	280000
17	H	20	50	260000
18	H	18	50	300000

Los diagnósticos postoperatorios fueron apendicitis aguda 8 pacientes (44,4%) de los cuales 6 fueron apendicitis aguda no complicada y 2 apendicitis aguda complicada, colecistitis aguda 3 pacientes (16,6%), AA por perforación de víscera hueca 2 pacientes (11,1%), AA Obstructivo por bridas y adherencias debido a cirugías previas, 2 pacientes (11,1%), AA. Obstructivo por tumoración de etiología en estudio 1 paciente (5,5%), AA. + Drenaje de absceso intraabdominal ( subhepatico derecho) 1 paciente (5,5%), AA + adenitis mesentérica 1 paciente (5,5%).

Después de realizadas las intervenciones quirúrgicas en estos pacientes, se realizó estudio de anatomía patológica en 15 pacientes (83,3%). Apéndice catarral 16,6%, apéndice flegmonosa en un 16,6%, apéndice supurada en 5,5%, apéndice gangrenosa en 5,5%, de las piezas obtenidas de colecistectomía se encontró CMV en un 11,1% y litos en un 5,5%, Bacilo de Koch en las piezas obtenidas de resección intestinal en un 11,1%, Linfoma no-hodgkin de células B en un 5,5%, tejido inflamatorio en biopsia de ganglios en un 5,5%.

**Tabla 3 Tratamiento Antirretroviral en pacientes con AAQ.**

Tratamiento Antirretroviral	Número de pacientes
TDF / FTC / EFV	10
TDF + 3TC + LPV / RTV	2
ABC / 3TC + EFV	1
ABC / 3TC + LPV /RTV	1
AZT / 3TC + LPV /RTV	1
ABC / 3TC + RAL	1
TDF + 3TC + RAL	1
LPV / RTV + RAL	1

En la Tabla 4 se muestra el tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente por emergencia hasta la cirugía.

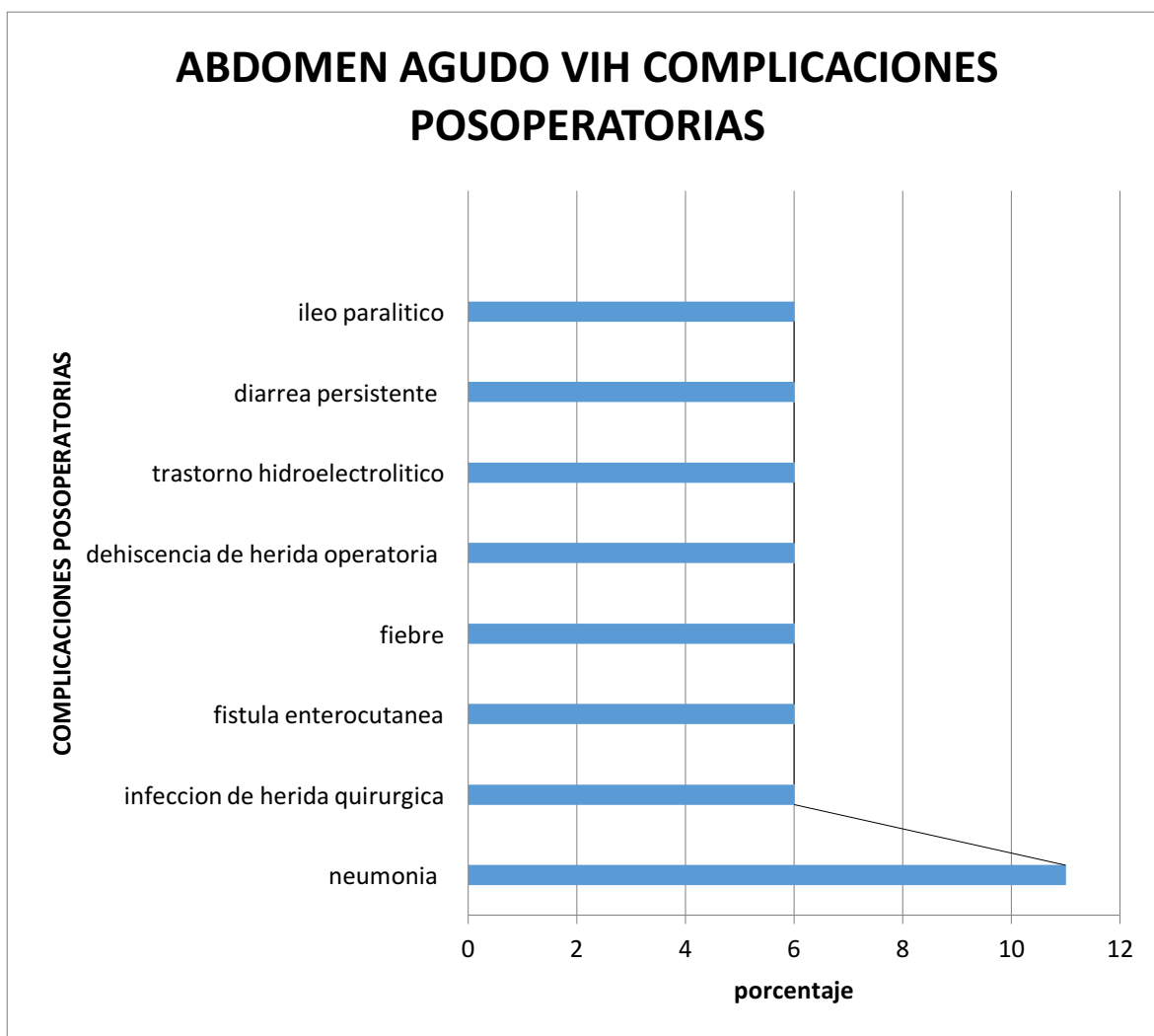
**TABLA 4: Tiempo promedio entre el ingreso a emergencia y la cirugía.**

TIEMPO PROMEDIO ENTRE EL INGRESO A EMERGENCIA Y LA CIRUGIA		
HORAS	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
0-12	8	44,4%
13-24	4	22,2%
25-36	2	11,1%
37-48	2	11,1%
MAS DE 49	2	11,1%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 9 pacientes, neumonía 2 pacientes (11.1%), infección de herida quirúrgica en 1 paciente (5,5%), Fístula entero cutánea de alto

gasto en 1 paciente (5,5%) fiebre en 1 paciente (5,5%), dehiscencia de sutura en 1 paciente (5,5%), trastornos hidroelectrolíticos en 1 paciente (5,5%) diarrea persistente en 1 paciente (5,5%), íleo paralítico en un 1 paciente (5,5%). (Fig. 3)

**Fig.3** Complicaciones posoperatorias de AAQ + VIH



De las 1531 historias clínicas que fueron revisadas en el Hospital Abel Gilbert Ponton, Ecuador, Guayaquil, se tomó una muestra de 82 pacientes que presentaron dolor abdominal agudo e infección del virus de inmunodeficiencia humana. Esta enfermedad se observó más en hombres; con un total de 54 casos, que en las mujeres. Coincidiendo con los estudios de Martínez, Rodríguez y Samalvides (2004) que describen predominancia del sexo masculino.

El AA es un síndrome que abarca todo dolor abdominal de instauración reciente el cual requiere un tratamiento rápido y preciso ante la posibilidad de un tratamiento quirúrgico urgente. 3.5 No todo AA es quirúrgico, las características que nos hacen sospechar de AAQ son:

- Dolor de un comienzo insidioso, continuo, que aumenta progresivamente de intensidad hasta que es intolerable, sin tiempo de instauración.
- Descartar enfermedades torácicas que en ocasiones producen dolor referido o irradiado al hemiabdomen superior.
- Ausencia de peristaltismo a la auscultación y eliminación de heces durante un periodo de 24 horas.

- Situación de shock.

En los pacientes con abdomen agudo se deben evaluar todos los datos obtenidos por medio del interrogatorio, la exploración física y exámenes complementarios, para poder decidir en cuanto al manejo quirúrgico o clínico del paciente.

De los 82 pacientes con AA, 18 fueron intervenidos quirúrgicamente. Aquí también se puede observar una mayor incidencia en el género masculino, pues de los 18 pacientes 13 eran hombres. La causa principal de AAQ es la apendicetomía y una de las menos frecuentes fue la resección tumoral como también se puede observar en los estudios realizados por Montoya (2014).

Debido a las complicaciones posoperatorias la mayor tasa de morbilidad estuvo representada por la neumonía con un 11,1% seguida de las infecciones de heridas quirúrgicas con un 5.5%.

---

## 4. Discusión o Conclusiones

Las afecciones abdominales agudas, de cuyo diagnóstico preciso y precoz dependen en gran medida el pronóstico y tratamiento oportuno, requieren de un juicio clínico y de la pericia del médico, sobre todo a la hora de decidir si el tratamiento es clínico o quirúrgico.

En el HAGP fueron intervenidos quirúrgicamente 18 pacientes de 82 que presentaron abdomen agudo. Con mayor predominio en hombres que en mujeres. Se pudo establecer una relación hombre/mujer 2 a 1.

La patología quirúrgica más frecuente fue la apendicitis aguda, seguida por colecistitis aguda, AA perforativo, AA obstructivo, Absceso Subhepatico, Linfoma no hodgkin.

Cabe señalar que se encontró en piezas de colecistectomía CMV y bacilo de Koch en piezas de resección intestinal lo cual nos orienta hacia la etiología que coincide con la literatura médica universal, por lo cual ante estos casos deberíamos pensar primero en estos agentes oportunistas.

Como complicación más frecuente se presentó cuadros de neumonía, seguida de la infección de herida quirúrgica.

### 4.1. Recomendaciones

Debido a la etiología diversa y manifestaciones clínicas poco específicas (similares a la población en general) que presentaron los pacientes con AA + infección por VIH, se presentó un retraso en el diagnóstico, en el 55,5% de los pacientes transcurrieron más de 12 horas desde el momento de ingreso hasta la cirugía, por lo que se recomienda que el diagnóstico debería ser enfocado a patologías asociadas a VIH como la tuberculosis y se debería realizar en las primeras 8 horas desde su ingreso.

El uso de técnicas menos invasivas como cirugía laparoscópica o drenaje percutáneo, podrían prevenir el retraso del diagnóstico y disminuir complicaciones como la infección de herida quirúrgica.

---

## Referencias bibliográficas

1. Delgado, J. (2015). *Complicaciones postoperatorias frecuentes*.
2. Harrison (2006). *Principios de medicina interna*. Ed.16.
3. Jiménez, L. (2010) *Medicina de urgencias y emergencias guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Elsevier, Ed.4.
4. Marban (2010). *Diagnóstico tratamiento médico: Infección VIH*.
5. Marban (2013). *Medicina; infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Amir.
6. Martínez, F., Rodríguez, M. y Samalvides, F. (2004). Abdomen agudo quirúrgico en pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *RevMedHered*, 15 (4) Lima.
7. MontoyaL, Rodríguez E, Zúñiga Grace, Yamamoto Gaby y González E. (2014) Abdomen agudo en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Nacional de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31, (3) 515-519.