

DOI: 10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.230-238

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1310>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 230-238







Abdomen agudo (dolicho sigma) por masa incidental como hallazgo a peritonitis secundaria post operatorio. A propósito de caso clínico en el Hospital Clínica San Francisco

Acute abdomen (dolicho sigma) due to incidental mass as a finding of post-operative secondary peritonitis. About a clinical case at the Hospital Clínica San Francisco

Abdome agudo (dolicho sigma) por massa incidental como achado de peritonite secundária pós-operatória. Sobre um caso clínico no Hospital Clínica San Francisco

Dennisse Catherine Haro García¹; Mary Adelayda Goncalves Franca²; Juanissi Lila Turaren González³; Martín Federico García Arteaga⁴

RECIBIDO: 02/09/2021 **ACEPTADO:** 20/09/2021 **PUBLICADO:** 30/10/2021

1. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dennisse_harog@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0419-8697>
2. Doctora en Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas De Villa Clara; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; maryfranca85@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5461-5658>
3. Médico Cirujano de la Universidad de Oriente; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; juanissiturareng@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3657-5351>
4. Médico Cirujano de la Universidad de Oriente; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; nitramgarcia13@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7779-4537>

CORRESPONDENCIA

Dennisse Catherine Haro García
dennisse_harog@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La peritonitis secundaria es una patología extremadamente delicada con una alta tasa de mortalidad, debido a las complicaciones que esta puede generar. Su tratamiento está combinado entre antimicrobianos y el quirúrgico, mediante la técnica de laparoscopia en donde se debe contener el foco de infección, mediante la resección del órgano afectado y drenaje del área purulenta. Se presenta caso clínico de paciente femenino de 17 años de edad, que ingresa a centro de salud por presentar cuadro clínico de aproximadamente de 19 días de evolución, caracterizado por dolor abomínó pélvico muy intenso de tipo cólico, se acompañaba de náuseas y vómitos de tipo bilioso en varias ocasiones; refiere familiar ausencia de deposiciones una semana previa a su ingreso hospitalario en clínica San Francisco, donde es intervenida quirúrgicamente, debido a apendicitis incidental y dolico mega sigma, diagnosticándose choque séptico por peritonitis secundaria. En el presente caso de estudio, se observa el desarrollo de una apendicitis, que derivó en un abdomen agudo, desencadenándose una peritonitis secundaria. En el presente caso de estudio, se observa como el desarrollo de una apendicitis previa, derivó en un abdomen agudo, desencadenándose una peritonitis secundaria. En este contexto algunos de los síntomas de dolor abdominal concuerdan con la literatura, en el aspecto del dolor abdominal localizado o focalizado que en este particular la paciente refiere con náuseas y vómitos, no se presenta o describe alguna perforación de la cavidad abdominal, por ello se puede clasificar como un abdomen agudo de tipo inflamatorio (peritonítico). A consecuencia de ello el paciente debe ser intubado e ingresado a UCI y se le realiza una relaparotomía para explorar y corregir los daños causados por la peritonitis en este contexto, con protocolo de antimicrobianos, sin embargo el paciente continúa con una condición crítica, bajo sedación, en constante monitoreo de su evolución.

Palabras clave: UCI, Peritonitis, Laparotomía, Sepsis, Antimicrobiano.

ABSTRACT

Secondary peritonitis is an extremely delicate pathology with a high mortality rate, due to the complications that it can generate. Its treatment is combined between antimicrobial and surgical, through the laparoscopic technique where the focus of infection must be contained, through resection of the affected organ and drainage of the purulent area. A clinical case of a 17-year-old female patient is presented, who is admitted to the health center due to a clinical picture of approximately 19 days of evolution, characterized by very intense pelvic pain of the colic type, accompanied by nausea and vomiting of the bilious on several occasions; She refers to her family's absence of stools a week prior to her admission at the San Francisco clinic, where she undergoes surgery due to incidental appendicitis and dolicho mega sigma, diagnosing septic shock due to secondary peritonitis. In the present case study, it is observed how the development of a previous appendicitis led to an acute abdomen, triggering secondary peritonitis. In this context, some of the symptoms of abdominal pain agree with the literature, in the aspect of localized or focused abdominal pain that in this particular the patient refers with nausea and vomiting, no perforation of the abdominal cavity is presented or described, therefore It can be classified as an acute abdomen of an inflammatory type (peritonitic). As a result, the patient must be intubated and admitted to the ICU and a relaparotomy is performed to explore and correct the damage caused by peritonitis in this context, with an antimicrobial protocol, however the patient continues with a critical condition, under sedation, constantly monitoring its evolution.

Keywords: ICU, Peritonitis, Laparotomy, Sepsis, Antimicrobial.

RESUMO

A peritonite secundária é uma patologia extremamente delicada e com elevada mortalidade, devido às complicações que pode gerar. Seu tratamento é combinado entre o antimicrobiano e o cirúrgico, através da técnica laparoscópica onde o foco de infecção deve ser contido, através da ressecção do órgão afetado e drenagem da área purulenta. É apresentado o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 17 anos, que deu entrada no centro de saúde por apresentar quadro clínico de aproximadamente 19 dias de evolução, caracterizado por dores pélvicas muito intensas do tipo cólica, acompanhadas de náuseas e vômitos do bilioso em várias ocasiões; Refere-se à ausência de fezes na família uma semana antes de sua internação na clínica de São Francisco, onde é operada por apendicite incidental e dolicho mega sigma, com diagnóstico de choque séptico por peritonite secundária. No presente estudo de caso, observa-se como o desenvolvimento de uma apendicite prévia levou a um abdome agudo, desencadeando peritonite secundária. Nesse contexto, alguns dos sintomas de dor abdominal concordam com a literatura, no aspecto de dor abdominal localizada ou focada que neste particular o paciente refere com náuseas e vômitos, nenhuma perfuração da cavidade abdominal é apresentada ou descrita, portanto, pode ser classificado como abdome agudo de tipo inflamatório (peritonítico). Como consequência, o paciente deve ser intubado e internado na UTI e realizada relaparotomia para explorar e corrigir os danos causados pela peritonite neste contexto, com protocolo antimicrobiano, porém o paciente continua em estado crítico, sob sedação, constantemente monitorando sua evolução.

Palavras-chave: UTI, Peritonite, Laparotomia, Sepsis, Antimicrobiana.

Introducción

La peritonitis es el proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una perforación, irritación química, invasión bacteriana, necrosis local contusión directa; es uno de los diagnósticos más frecuentes de urgencias que conduce a sepsis y a la muerte. Se clasifican como primarias, secundarias y terciarias. La peritonitis primaria o espontánea no está relacionada con ningún foco intra-abdominal o perforación del tubo digestivo. La secundaria suele ser la entidad más común entre las principales causas se mencionan: apendicitis aguda, úlcera péptica perforada, obstrucción intestinal con estrangulación, víscera hueca perforada o traumática, infecciones pélvicas y contaminación intraoperatoria, por citar las más comunes. Su tratamiento siempre es quirúrgico, se aplican principios de delimitación del foco de infección, mediante la resección del órgano afectado y drenaje del área purulenta. La peritonitis terciaria aparece en pacientes post-operados con una peritonitis secundaria que no responde al tratamiento y que presenta falla multiorgánico o sepsis (Becerra Coral, Gomez Ceron, & Delgado Bravo, 2018, pág. 261).

La peritonitis secundaria representa una de las patologías de resolución quirúrgica que con mayor frecuencia origina sepsis e ingreso a unidades de cuidados críticos, generando importantes repercusiones en morbimortalidad, estancia hospitalaria y costes sanitarios. Las causas más comunes encontradas a nivel mundial son: perforación de colon (32%), patología apendicular (31%), perforación gástrica/duodenal (18%), patología de intestino delgado (13%) y de origen biliar (6%). La mayoría de pacientes se presenta como peritonitis generalizada (78%) y 26% con peritonitis severa (Portilla Echevarría, 2020).



Figura 1. Peritonitis secundaria.

Fuente: (Alcántara Valdiviso, Llave Heredia, Rodríguez Falla, Shimajuko Del pomar, & Vargas Aguilar, 2008).

La mortalidad en la peritonitis secundaria depende en parte de la edad del paciente; las enfermedades preexistentes cardiovasculares, hepáticas, renales o neurológicas; la fuente no apendicular de infección; la demora en la intervención más allá de las 24 horas y la envergadura de la peritonitis. El 85% de los enfermos presentan fiebre persistente superior a 38° y leucocitosis, desviación izquierda o ambos. Sin embargo, la primera manifestación puede ser el desarrollo de una nueva disfunción orgánica: cardiovascular, respiratoria, renal y hepática, además de acidosis metabólica y arritmias supraventriculares (Vergara, Vera, Flores, & López, 2020, pág. 96).

Tratamiento peritonitis

Una vez ingresa paciente por urgencias se realiza historia clínica completa, tiempo de evolución de los síntomas, se solicitan cuadro hemático, parcial de orina, ayudas diagnósticas como ecografía pélvica para descartar patologías ginecológicas y tomografía abdominal según el caso del paciente. Una vez identificada la patología se lleva a cirugía. Mediante videolaparoscopia se busca el origen de peritonitis, retiro de material purulento de la cavidad, localización, exposición y corrección de la

patología, lavado abundante de la cavidad abdominal con solución salina, colocación de dren mixto (dren de penrose y sonda Foley), para controlar el drenaje de la cavidad. Luego de controlado el proceso infeccioso se hospitaliza por 10 días con antibiótico de amplio espectro y se da salida. Durante la estancia hospitalaria se vigila la aparición de complicaciones (Becerra Coral, Gomez Ceron, & Delgado Bravo, 2018, pág. 262).

Abdomen agudo

El Abdomen Agudo (AA) o dolor abdominal es una entidad mórbida, multisindrómica, multidisciplinaria de defensa aguda ante agresiones abdominales de diversas tipologías. El Abdomen Agudo puede ser de origen traumatológico y padecimientos no concernientes al trauma; como causa u origen del cuadro clínico. El abdomen agudo

es considerado como una de las principales causas de atención en los servicios de urgencias ya sean centros de trauma como generales, puesto que uno de cada 10 pacientes acuden a este servicio en donde el dolor abdominal es el síntoma principal del que parten una serie de complicaciones y llegar a definir el origen del cuadro clínico puede ser complejo, por lo que el Galeno deberá plantearse una serie de procedimientos diagnósticos que involucran diferentes órganos y sistemas que pueden simular un AA. El estado hemodinámico y los procedimientos realizados son trascendentales para saber si un paciente es candidato o no a cirugía, esto en relación a la enfermedad de base, por lo que se debe determinar si existe una patología intra-abdominal o extra-abdominal (Espinoza Siguencia, 2018, pág. 12).

Tabla 1. Tipos de dolor abdominal

Según su tipo	Dolor somático: tiene la característica de ser localizado, corresponde a un origen nervioso somático (dermatomas) y se percibe cuando hay afección del peritoneo parietal.
	Dolor visceral: Se caracteriza por ser un dolor con localización difusa, mal definida; tiene su asiento nervioso en fibras del sistema nervioso autónomo. Se presenta ante una agresión del peritoneo visceral.
	Dolor referido: : Es un dolor que se percibe a distancia de su punto de génesis, esto es debido a las raíces nerviosas compartidas de C3 y C4 que envían fibras sensitivas que se dirigen al diafragma a través del nervio frénico; este detalle permite que afecciones que comprometan al páncreas (pancreatitis) el paciente las refiera también como molestias álgicas en la región interescapular, o en el caso de colecistitis que se refiera dolor en el hombro derecho, etc.
Según su origen	Cólico: Dolor causado por contracción intensa de una víscera hueca, es referido como un retortijón.
	Urente: Se produce cuando la mucosa de alguna víscera hueca se encuentra inflamada e irritada; se lo denomina también como tipo ardor.
	Pesadez: Es causado por una distensión progresiva de un órgano sólido como norma general, pero se puede presentar también en algunos casos en vísceras huecas. Se lo describe también como gravativo o tipo presión.
	Penetrante: Llamado también transfectivo, es aquel que se produce por compromiso de la serosa por afección de las capas histológicas de las vísceras huecas.

Según su ubicación abdominal	Epigastrio: El dolor localizado en esta región corresponde a las estructuras derivadas del intestino anterior embriológico (estómago, duodeno, páncreas, vías biliares extrahepáticas, hígado, bazo) con su correspondiente estructura vascular el tronco celiaco. Este dolor se percibirá además hacia los hipocondrios; cabe resaltar que el dolor por apendicitis en el inicio de su instauración puede causar dolor en esta ubicación debido a que aquí se localiza el plexo celiaco, punto nervioso de donde parte la inervación autónoma de la mayor parte de las vísceras intraabdominal.
	Región umbilical: El dolor que se refiere a esta región corresponde a las estructuras derivadas del intestino medio embriológico (yeyuno, íleon, cuerpo y cola pancreática, ciego, apéndice y mitad derecha del colon) con su representante vascular, la arteria mesentérica superior. La irradiación de este dolor se puede percibir además en flanco y fosa iliaca derecha.
	Hipogastrio: El intestino posterior primitivo y su representante embriológico diferenciado, la mitad izquierda del colón son las estructuras causantes de dolor de esta región que se irradia a flanco y a fosa iliaca izquierda. Cabe resaltar que como acto reflejo a la compresión y descompresión brusca de la pared abdominal en la fosa iliaca izquierda ante la presencia de una apendicitis aguda se referirá dolor en la fosa iliaca contralateral. La arteria encargada de irrigar estas estructuras es la mesentérica inferior.

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (Barahona Castro, 2020)

Tabla 2. Clasificación del abdomen agudo

Abdomen agudo quirúrgico	Abdomen agudo tipo inflamatorio (peritonítico): Se presenta como respuesta inflamatoria ante la exposición a estímulos (sustancias provenientes de vísceras huecas u focos infecciosos lejanos a este); la peritonitis secundaria es la que se presenta con mayor frecuencia a causa de inflamaciones abdominales, pueden ser asépticas (pancreatitis) o por diseminación séptica (perforación de vísceras, diverticulitis, apendicitis).
	Abdomen agudo tipo obstructivo: Este se produce por la parada de la motilidad intestinal ya sea por hernias, bridas, masas tumorales, eventraciones, que son las que producen la oclusión de la luz intestinal impidiendo la salida de los gases y heces fecales, lo cual va a producir dilatación intestinal, comprometiendo la vasculatura (isquemia y necrosis), con el riesgo de presentar perforación víscera
	Abdomen agudo de tipo perforativo: Es el que se produce por perforaciones de cualquier víscera hueca u órgano intraabdominal (intestino delgado y grueso perforado, úlcera duodenal perforada, masas tumorales perforadas, úlceras perforadas, apendicitis perforada, diverticulitis perforada, colecistitis perforada o cualquier órgano perforado); se presenta con mayor incidencia en pacientes mayores de 60 años y precisan de intervenciones quirúrgica para su tratamiento tomando en cuenta que si no se brinda el tratamiento oportunamente puede llegar a ser mortal
	Abdomen agudo tipo vascular: Es aquel que se presenta por afección de las arterias y venas que irrigan al intestino, causando hemorragia (aneurisma de aorta del abdomen), isquemia y luego necrosis de las vísceras (hernia estrangulada, estenosis por obstrucción intestinal, infarto mesentérico, trombosis del mesenterio), en estos casos el dolor abdominal no es el signo que predomina sino más bien el cuadro hipovolémico como también la muerte celular por falta de irrigación que necesita de un tratamiento quirúrgico rápido.

Abdomen agudo de tipo traumático: Son los producidos por traumatismos ya sean iatrogénicos, producto de accidentes y lesiones físicas abiertos o cerrados que irrita el retroperitoneo.

Abdomen agudo de tipo mixto: Es el que se presenta en conjunto a varias causas de las descritas anteriormente.

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (Ruilova Ullauri & Murillo Zambrano, 2019).

Síntomas

Dolor abdominal: El cual es propio de un abdomen agudo en este caso como lo es la perforación se presenta como una puñalada es de intensidad extrema que va aumentando, brusco que puede ser de forma continua, empieza de forma localizada del área afectada y posterior se puede tornar difuso, en algunos casos puede estar irradiado a otras partes como hacia el hombro, la vejiga o el recto.

Signos Generales: Signos de hipoperfusión distal.

- Taquicardia.
- Hipertermia o Hipotermia
- Deshidratación
- Oliguria
- Taquipnea.

Locales

- Distensión abdominal
- Abdomen en tabla
- Náuseas
- Vómito
- Anorexia
- Sed intensa
- Disnea (Ruilova Ullauri & Murillo Zambrano, 2019, págs. 20-21).

Diagnóstico

La obtención de la historia clínica completa, realización de examen físico de forma minuciosa sin dejar pasar por alto ninguna sintomatología, en conjunto con exámenes

de laboratorio complementarios y pruebas de imagen son parte fundamental para obtener un diagnóstico preciso, tomando en cuenta que en un caso de abdomen agudo se debe diagnosticar oportunamente ya que al permitir la evolución de la patología aumenta el riesgo de mortalidad del paciente; aunque para el médico es un reto debido a que un síndrome doloroso abdominal abarca varias patologías (Ruilova Ullauri & Murillo Zambrano, 2019, pág. 21).

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad que acude a la emergencia en compañía de familiares trasladada en ambulancia del IESS por presentar cuadro clínico de aproximadamente de 19 días de evolución, antes de su ingreso en esta casa de salud caracterizado por dolor abominó pélvico muy intenso de tipo cólico retorcijón que no mejoraba con nada y se acompañaba de náuseas y vómitos de tipo bilioso en varias ocasiones; refiere familiar ausencia de deposiciones una semana previa a su ingreso hospitalario en hospital IESS CEIBOS, donde es intervenida quirúrgicamente, debido a apendicitis incidental y dolicomega sigma; revaloración quirúrgica por relaparotomía por enterocolitis, cecostomía y queda en bolsa de bogota con líquido libre en cavidad >2000ml aproximadamente, ingresando a terapia intensiva bajo efectos de sedoanalgesia y relajación con soporte ventilatorio asistido en espera de revaloración y manejo por especialidad. Paciente al momento en condiciones críticas de cuidado afebril temperatura 36,2°C

Glasgow 3/15 RASS -3 en sedoanalgesia y relajación tensión arterial 130/80 mmhg con apoyo de vasopresores, frecuencia cardiaca 80 lpm sin apoyo de inotrópicos, frecuencia respiratoria 18 rpm, saturación 97% en soporte ventilatorio; emuntorios conservados.

Diagnóstico de ingreso a UCI

- Post operatorio de abdomen agudo oclusivo por masa en unio íleo cecal
- Choque séptico por peritonitis secundaria.

1. Examen Físico

1.1. Neurológico

Paciente despierta bajo efectos de sedación RASS de menos 1, reflejos troncales presentes con pupilas isocoricas normofotoreactivas a la luz, moviliza extremidades.

1.2. Cardiovascular

Hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor con RSCS rítmicos no soplos no tercer ruido no ruidos agregados con TA 150/60 mmhg, FC 100lpm, con buena perfusión periférica buen llenado capilar.

- HB 7.7
- HCTO: 22.8
- PLT: 314

1.3. Respiratorio

Bajo ventilación mecánica invasivo OIT en modo A/C presión PI 16, FR 22, PEEP 6, FIO2: 30% CSPS ventilados murmullo vesicular conservado.

1.4. Digestivo

Abdomen blando depresible doloroso con rhs presentes, catarsis 2600 cc debito por colostomía en 24h.

CALCULO DE NPT

- 85 KG-----25 KCAL-----2125 KCAL
- SE INICIA AL 750 % 1593 KCAL
- PROTEINAS 119 GRAMOS
- CARBOHIDRATOS 234 GRAMOS
- LIPIDOS 30 GRAMOS (DADOS POR EL PROPOFOL).

1.5. Renal/metabólico

Diuresis presente con 3350 ml en las últimas 24 horas azoados Urea 31, Creatinina 0.22, Medio Interno NA: 144, K: 3.45, CL : 105.

1.6. Osteomuscular

Extremidades simétricas no edema no ulcera de presión no escara.

1.7. Infeccioso

Afebril con marcadores infecciosos PCR 130, PROCA 0.79, IL 105, GB 11.8.

2. Exámenes complementario

2.1. Ecocardiograma

- FSVI CONSERVADA FEY 80%.
- FUNCION SISTOLICA BI-VENTRICULAR CONSERVADA

2.2. Tac de abdomen

- ASAS INTESTINALES DISTENDIDAS.

3. Manejo clínico

Se realiza como procedimiento quirúrgico no invasivo laparotomía exploratoria, encontrándose lo siguiente:

- Abdomen congelado
- Peritonitis generalizada
- Nata de fibrina
- Menos distención de marco colonico
- Masa indurada en unión recto sigmoidea
- Deserosamiento en ciego

- Líquido libre en cavidad 200cc
- Colección subfrenica izquierda.

Luego de la exploración, se realizan las siguientes acciones tendientes a mejorar la condición clínica del paciente:

- Asepsia y antisepsia
- Colocación de campos quirúrgicos
- Retiro de bolsa de bogota
- Se drena líquido libre en cavidad
- Se lava cavidad con solución salina
- Se liberan adherencias con ayuda de electro bisturí armónico.
- Lavado de cavidad con abundante solución salina tibia
- Colocación de dren dirigido a fondo de saco de Douglas y sub frénico izquierdo
- Se coloca bolsa de bogota sobre asas intestinales
- Cierre de cavidad en un plano con PDX 1 puntos separado.

4. Tratamiento con Antimicrobianos (10 días).

- Meropenem
- Vancomicina
- Colistin
- Tigeciclina.

Discusión

Paciente reportado de grave la cual se encuentra en cuidado hospitalario en seguimiento por cirugía general, al momento despierta, activa, bajo efecto de sedoanalgesia RASS -1, acoplada a ventilación mecánica modo A/C por presión, hemodinámicamente estable, sin requerimiento de vasopresor. Aun con abdomen en bolsa de bogota con colostomía con débito de 2600 cc en 24h, con marcadores infecciosos aun altos, se mantiene con cobertura antibiótica, se solicita valoración por infectología, se programada traqueotomía y se indica transfusión de 1 unidad de GRC. Se comunica a familiares condiciones clínicas.

En el párrafo anterior se valora la condición actual del paciente, y esto concuerda con la literatura estudiada que aborda las consecuencias derivadas de una sepsis por una peritonitis. Sin embargo hay que hacer notar que la tardanza en abordar la sintomatología puede ocasionar, la gravedad que se presenta en este caso de estudio, donde después de 19 días de haber sido intervenida quirúrgicamente la paciente por una apendicitis incidental, fue trasladada al centro de salud, lo que desencadenó en un choque séptico por peritonitis secundaria.

Conclusiones

En el presente caso de estudio, se observa como el desarrollo de una apendicitis previa, derivó en un abdomen agudo, desencadenándose una peritonitis secundaria. En este contexto algunos de los síntomas de dolor abdominal concuerdan con la literatura, en el aspecto del dolor abdominal localizado o focalizado que en este particular la paciente refiere con náuseas y vómitos, no se presenta o describe alguna perforación de la cavidad abdominal, por ello se puede clasificar como un abdomen agudo de tipo inflamatorio (peritonítico). A consecuencia de ello el paciente debe ser intubado y se le realiza una relaparotomía para explorar y corregir los daños causados por la peritonitis en este contexto, con protocolo de antimicrobianos, sin embargo el paciente continua con una condición crítica, bajo sedación, en constante monitoreo de su evolución.

Bibliografía

- Alcántara Valdiviso, J., Llave Heredia, F., Rodríguez Falla, D., Shimajuko Del pomar, L., & Vargas Aguilar, M. (08 de 10 de 2008). Peritonitis secundaria.
- Barahona Castro, E. G. (2020). Complicaciones de laparostomía en el manejo de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Guasmo Sur.
- Becerra Coral, L. E., Gomez Ceron, L., & Delgado Bravo, A. (2018). Peritonitis manejada por laparoscopia como método terapéutico eficaz. Revista de

Gastroenterología del Perú, 38(3), 261-264.

Espinoza Siguencia, G. (2018). Causas más frecuentes de abdomen agudo y sus complicaciones en pacientes atendidos en el Hospital General Julius deponer, período 2018.

Portilla Echevarría, K. M. (2020). Factores relacionados a relaparotomía positiva en pacientes con peritonitis secundaria.

Ruilova Ullauri, A. E., & Murillo Zambrano, D. (2019). Abdomen agudo perforativo y aplicación del proceso de atención de enfermería.

Vergara, J. S., Vera, R., Flores, K., & López, I. (2020). Laparotomía por peritonitis secundaria. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, 4(4), 94-101.

CITAR ESTE ARTICULO:

Haro García, D. C., Goncalves Franca, M. A., Turaren González, J. L., & García Arteaga, M. F. (2021). Abdomen agudo (dolico sigma) por masa incidental como hallazgo a peritonitis secundaria post operatorio. A propósito de caso clínico en el Hospital Clínica San Francisco. RECIMUNDO, 5(4), 230-238. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(4\).oct.2021.230-238](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(4).oct.2021.230-238)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.