

REPORTE DE CASO

Comprehensive Surgical Approach To Acute Abdomen With Combined Pathologies: A Case Report From Paraguay

Abordaje Quirúrgico Integral En El Abdomen Agudo Con Patologías Combinadas: Reporte De Un Caso Inusual En Paraguay

Marcia Nayane Da Silva¹  , Jessica Benítez Duarte¹ , José Domingo Álvarez Gomez^{1,2} , Luciana Daniela Garlisi-Torales¹ , Rossana Elizabeth Poletti Duarte¹ 

¹Universidad María Auxiliadora, Mariano Roque Alonso. Paraguay.

²Departamento de Cirugía General, Hospital Regional de Pilar, Pilar. Paraguay.

Citar como: Da Silva MN, Benitez Duarte J, Alvarez Gomez JD, Garlisi-Torales LD, Poletti Duarte RE. Comprehensive Surgical Approach To Acute Abdomen With Combined Pathologies: A Case Report From Paraguay. Salud Integral y Comunitaria. 2026; 4:294. <https://doi.org/10.62486/sic2026294>

Enviado: 19-05-2025

Revisado: 20-09-2025

Aceptado: 02-01-2026

Publicado: 03-01-2026

Editor: Dr. Telmo Raúl Aveiro-Róbalo 

Autor para la correspondencia: Marcia Nayane Da Silva 

ABSTRACT

Acute abdomen requires urgent intervention for potentially life-threatening conditions. We report the case of a 59-year-old male with acute abdominal pain and bloody stools treated at the Regional Hospital of Pilar, Paraguay. Exploratory laparotomy revealed intestinal ischemia with necrosis, congestive appendicitis, inguinal hernia, colocolic intussusception, and diverticulosis. A comprehensive surgical approach resulted in favorable postoperative recovery. This case highlights the critical role of timely diagnosis and multidisciplinary management in optimizing outcomes for complex acute abdomen presentations.

Keywords: Acute Abdomen; Intestinal Ischemia; Appendicitis; Inguinal Hernia; Intussusception.

RESUMEN

El abdomen agudo es una emergencia quirúrgica que abarca diversas patologías graves. Presentamos el caso de un hombre de 59 años con dolor abdominal agudo y deposiciones sanguinolentas, atendido en el Hospital Regional de Pilar, Paraguay. Durante una laparotomía exploratoria se hallaron isquemia intestinal con necrosis, apendicitis aguda, hernia inguinoescrotal, invaginación colo-cólica y pandiverticulosis. El manejo quirúrgico integral permitió una evolución postoperatoria favorable. Este caso resalta la importancia de un diagnóstico oportuno y un enfoque multidisciplinario para optimizar resultados en pacientes con abdomen agudo complejo.

Palabras clave: Abdomen Agudo; Isquemia Intestinal; Apendicitis; Hernia Inguinal; Intussusception.

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es una urgencia quirúrgica frecuente que abarca un espectro de enfermedades que comprometen la cavidad abdominal y que requieren intervención quirúrgica urgente.⁽¹⁾ Las causas de abdomen agudo son diversas, incluyendo apendicitis, isquemia intestinal, hernias, invaginación intestinal y enfermedades diverticulares. La presentación de múltiples patologías simultáneamente, como en el caso de este reporte, es extremadamente rara y plantea un desafío diagnóstico y terapéutico significativo. La intervención oportuna en estos casos es crucial para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del

paciente.^(2,3)

Entre las causas más comunes de abdomen agudo se encuentra la apendicitis aguda, que es la inflamación del apéndice vermiforme y que puede progresar rápidamente hacia la perforación y peritonitis si no se trata adecuadamente.^(1,4) Cuando la apendicitis ocurre en conjunto con otras patologías abdominales, como la isquemia intestinal o hernias, el manejo clínico y quirúrgico se vuelve más complejo, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad.^(5,6) La isquemia intestinal, aunque menos frecuente, es una condición extremadamente grave que conduce a necrosis intestinal si no se trata rápidamente, complicando aún más el cuadro clínico de abdomen agudo.^(3,6)

Las hernias inguinoescrotales indirectas son otro factor que contribuye al abdomen agudo. Estas hernias son comunes, pero no siempre se complican; sin embargo, cuando están presentes en combinación con otras patologías abdominales, el tratamiento se vuelve más difícil. La invaginación intestinal es rara en adultos, siendo más común en niños, y suele asociarse con masas intestinales o inflamatorias. Esta condición también puede ser causa de obstrucción intestinal, lo que agrava el cuadro clínico y requiere una intervención inmediata.⁽⁵⁾

El diagnóstico diferencial de un abdomen agudo se basa en una combinación de historia clínica, exámenes físicos y estudios de imagen. La tomografía computarizada (TC) ha demostrado ser una herramienta clave en la evaluación de pacientes con abdomen agudo complejo, permitiendo la identificación de múltiples patologías de manera simultánea, lo que facilita la planificación quirúrgica. En este reporte de caso, se destaca la importancia de un abordaje quirúrgico integral y multidisciplinario en el manejo de pacientes con múltiples afecciones abdominales severas.⁽⁷⁾

El objetivo del artículo es reportar un caso clínico raro de de abdomen agudo con múltiples patologías, incluyendo isquemia intestinal necrosada a nivel asa delgada, apendicitis aguda congestiva, hernia inguinoescrotal indirecta no complicada, invaginación colo-cólica y pandiverticulosis. Además, discutir el manejo quirúrgico integral basado en una revisión de la literatura científica disponible, destacando los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados.

REPORTE DE CASO

Paciente del sexo masculino de 59 años que ingresó al servicio de urgencias del Hospital Regional de Pilar, Paraguay, con un cuadro clínico de dolor abdominal intenso acompañado de deposiciones líquidas con sangre. A su llegada, se procedió a la evaluación inicial mediante la realización de un hemograma completo, perfil bioquímico y gases arteriales, junto con una radiografía abdominal convencional que no mostró hallazgos definitivos. Ante la persistencia de los síntomas y la sospecha de un cuadro abdominal agudo, se decidió realizar una intervención quirúrgica de emergencia.

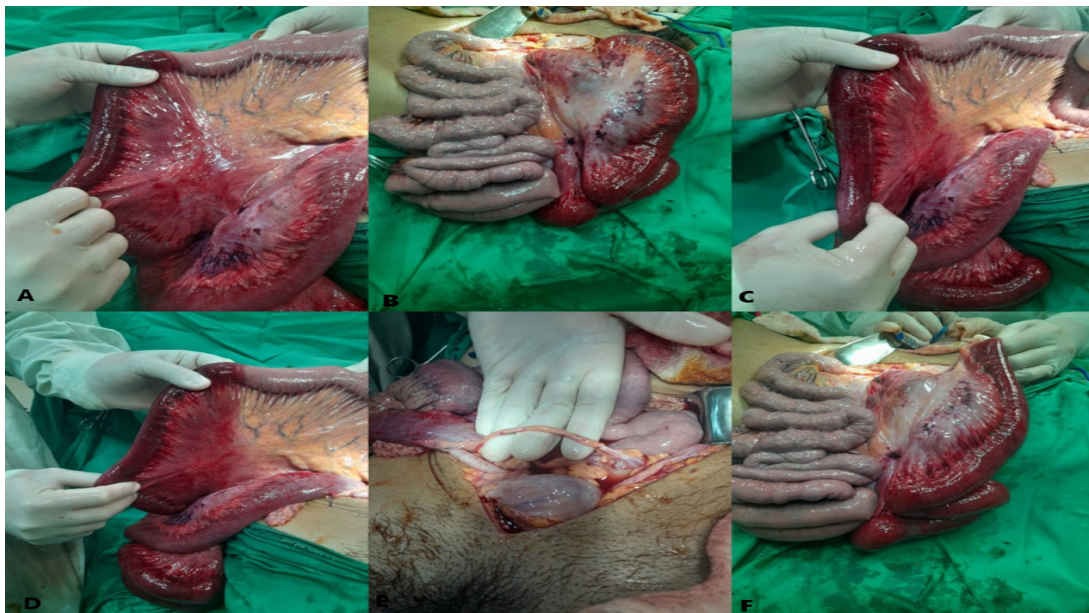


Figura 1. Hallazgos quirúrgicos durante laparotomía exploratoria del paciente

El paciente fue sometido a una laparotomía exploratoria bajo anestesia raquídea, una modalidad anestésica inusual para este tipo de procedimiento quirúrgico abdominal mayor, dado los múltiples diagnósticos que se constató, y que se pudo resolver dentro del tiempo limitado establecido por la técnica anestésica mencionada previamente, sin tener que llegar a requerir la conversión a la intubación endotraqueal. Esta decisión fue tomada para reducir los riesgos asociados a la anestesia general, considerando las características del paciente

y la urgencia del cuadro clínico.

Durante la laparotomía, se identificó un segmento necrosado del intestino delgado, secundario a una brida única (raro al no tener antecedentes quirúrgicos previos), lo que requirió su resección quirúrgica. Adicionalmente, se constató edema y aumento del tamaño del apéndice cecal, por lo que se decidió realizar una apendicectomía incidental. En la misma intervención, se diagnosticó y reparó una hernia inguinoescrotal indirecta, y se realizó la reducción de una invaginación colo-cólica, hallada durante la exploración abdominal. Asimismo, se observó pandiverticulosis colónica, pero debido a la ausencia de signos de inflamación activa o complicaciones, se optó por un manejo conservador de esta condición.

Las imágenes muestran una isquemia intestinal complicada con necrosis (A, C, D, F), una brida única con aumento del tamaño del apéndice, compatible con apendicitis congestiva(E).

La evolución postoperatoria fue cuidadosamente monitoreada mediante evaluaciones clínicas periódicas y estudios de imagen adicionales. El paciente presentó una recuperación favorable, sin complicaciones inmediatas derivadas de la cirugía o de la anestesia raquídea utilizada. El enfoque multidisciplinario, junto con la elección de una técnica anestésica locoregional, sin las complicaciones propias de la anestesia general, permitió una rápida recuperación postoperatoria y una adecuada evolución del paciente.

DISCUSIÓN

Este caso clínico aporta una contribución valiosa a la literatura debido a la coexistencia de múltiples patologías abdominales graves que, si bien han sido reportadas individualmente, rara vez se presentan de manera simultánea.^(2,5) La combinación de isquemia intestinal con necrosis, apendicitis aguda congestiva, hernia inguinoescrotal indirecta, invaginación colo-cólica y pandiverticulosis es extremadamente inusual. Además, el abordaje quirúrgico integral, realizado bajo anestesia raquídea, introduce una variación significativa en el manejo anestésico tradicionalmente empleado en cirugías abdominales mayores, donde la anestesia general suele ser la opción predilecta.⁽⁹⁾

La isquemia intestinal, hallada como una complicación grave de una brida única en este paciente, es una causa rara pero potencialmente mortal de abdomen agudo, representando aproximadamente el 1 % de los casos. La demora en el diagnóstico y tratamiento puede llevar a necrosis intestinal extensa, con un alto riesgo de mortalidad. En este paciente, la identificación temprana de la necrosis intestinal y la posterior resección del segmento afectado, junto con la anastomosis primaria T-T, fueron determinantes para su evolución favorable.⁽³⁾ En la literatura, se destaca la importancia de una intervención quirúrgica temprana, que sigue siendo el tratamiento de elección en estos casos.⁽⁵⁾

La apendicitis aguda congestiva es una variante menos común de la apendicitis, y aunque no presenta perforación inmediata, tiene el potencial de progresar a una forma más grave si no se aborda de manera oportuna. En este caso, la apendicectomía incidental fue justificada por el edema y el aumento de tamaño del apéndice observados durante la laparotomía. Este abordaje temprano probablemente evitó la evolución hacia complicaciones más serias, como perforación o peritonitis, las cuales aumentarían significativamente la morbilidad del paciente. La coexistencia de apendicitis con otras patologías intraabdominales, como la isquemia intestinal, puede complicar el manejo quirúrgico, lo que refuerza la necesidad de una vigilancia continua y decisiones quirúrgicas precisas.^(4,5,10,11)

Las hernias inguinoescrotales indirectas son comunes, pero rara vez se complican con otras afecciones intraabdominales agudas, como se observó en este caso. La reparación de esta hernia durante la misma intervención quirúrgica minimizó el riesgo de complicaciones futuras y evitó la necesidad de una segunda cirugía. Aunque el paciente no presentaba signos de incarceration o estrangulación de la hernia, la corrección simultánea de la misma, junto con las otras patologías encontradas, resalta la importancia de un manejo quirúrgico integral para reducir los riesgos de morbilidad.^(12,13)

La invaginación colo-cólica en adultos es extremadamente rara y a menudo está asociada con lesiones estructurales, como pólipos, tumores o divertículos, lo que difiere significativamente de las causas idiopáticas comunes en niños. En este caso, la invaginación fue resuelta mediante reducción manual durante la laparotomía. Esta intervención fue crucial para prevenir la progresión hacia una obstrucción intestinal completa o isquemia, que pueden ser fatales si no se tratan rápidamente. La invaginación colo-cólica representa menos del 5 % de todos los casos de invaginación en adultos, lo que subraya la singularidad de este hallazgo.^(14,15)

La pandiverticulosis, si bien no fue la causa directa del abdomen agudo en este paciente, representa un hallazgo relevante que pudo haber agravado la sintomatología. La ausencia de inflamación activa o perforación justificó un manejo conservador. Según la literatura, los pacientes con diverticulosis generalmente no requieren intervención quirúrgica a menos que presenten complicaciones como diverticulitis o perforación. Este enfoque conservador fue el más apropiado en este caso, dado que no había signos de diverticulitis, lo que evitó procedimientos innecesarios y riesgos adicionales.⁽¹⁶⁾

Lo que distingue este reporte es la decisión de utilizar anestesia raquídea, un enfoque poco convencional en este contexto clínico, que evitó la necesidad de intubación endotraqueal y resultó en una recuperación

postoperatoria favorable. La literatura existente no ha documentado ampliamente este enfoque anestésico en casos tan complejos, lo que sugiere que puede ser una alternativa viable en pacientes con alto riesgo de complicaciones anestésicas. Este caso podría influir en el manejo futuro de pacientes con patologías combinadas similares, sugiriendo que, en manos experimentadas, la anestesia raquídea podría reducir la morbilidad postoperatoria sin comprometer el resultado quirúrgico.^(9,17)

En comparación con estudios previos, donde la cirugía se realiza predominantemente bajo anestesia general, este caso plantea la posibilidad de expandir las indicaciones de la anestesia raquídea en situaciones urgentes y complejas. El uso de esta técnica y la exitosa recuperación del paciente plantean preguntas importantes sobre cómo optimizar el manejo anestésico en pacientes con abdomen agudo, especialmente aquellos con patologías combinadas que presentan desafíos quirúrgicos.^(17,18)

Sería beneficioso realizar estudios futuros que comparen el uso de la anestesia raquídea con la anestesia general en contextos similares de abdomen agudo complejo. Esto podría ayudar a establecer guías más concretas para el manejo multidisciplinario y optimizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas, mejorando así el pronóstico clínico y reduciendo la morbilidad a largo plazo en pacientes con presentaciones quirúrgicas complejas.

REFERENCIAS

1. Kumar MS, Bharath B, Balasubramanya KS, Thinagaran K. The non traumatic acute abdomen and its clinical spectrum. *Int Surg J.* 2019;6(5):1710-5. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/4069>
2. Bastakoti A, Khatiwada A, Neupane N, et al. A rare concurrence of acute appendicitis with Meckel's diverticulitis: a case report. *Ann Med Surg (Lond).* 2025;87(3):1729-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11981367/>
3. Bala M, Catena F, Kashuk J, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg.* 2022;17:54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9276543/>
4. Lotfollahzadeh S, Lopez RA, Deppen JG. Appendicitis. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193/>
5. Greenseid S, Moody A, Quan G. Concurrent presentation of unrelated perforated appendicitis and high-grade small bowel obstruction: A case report. *J Case Rep Images Surg.* 2024;10(2):10-13. Disponible en: <https://www.ijcrisurgery.com/archive/article-full-text/100141Z12SG2024>
6. Balani P, Bhuiyan AS, Dalal VN, Maheshwari GS. Early Detection and Successful Management of Acute Mesenteric Ischaemia in Symptomatic COVID-19 Patient. *Indian J Surg.* 2022;84(1):209-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8039803/>
7. Dileep K, Kumar NU, Kothareddy L. Evaluation of Acute Abdomen by Multidetector Computed Tomography: A Prospective Study in a Tertiary Care Hospital in Andhra Pradesh, India. *Curr Med Issues.* 2024;22(1):21-5. Disponible en: <https://www.cmijournal.org/article.asp?issn=0973-4651;year=2024;volume=22;issue=1;spage=21;epage=25;aulast=Dileep>
8. Siewert B, Raptopoulos V, Mueller MF, Rosen MP, Steer M. Impact of CT on diagnosis and management of acute abdomen in patients initially treated without surgery. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;168(1):173-8. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/ajr.168.1.8976942>
9. Leoni ML, Cerati G, Corso RM, et al. Emergency awake laparotomy under neuraxial anesthesia in acute abdomen: feasibility and outcomes in a case series. *J Pers Med.* 2024;14(8):845. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10434567/>
10. Zaboli A, Ausserhofer D, Pfeifer N, Magnarelli G, Ciccariello L, Siller M, Turcato G. Acute abdominal pain in triage: A retrospective observational study of the Manchester triage system's validity. *J Clin Nurs.* 2021;30(13-14):2036-44. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15635>
11. Gupta R, Parashar S, Gupta R. Dual Pathology: A Rare Association in Surgical Acute Abdomen. *Cureus.* 2021;13(6):e15926. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/57989-dual-pathology-a-rare-association->

in-surgical-acute-abdomen

12. Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, et al. Update of the international Hernia Surge guidelines for groin hernia management. *BJS Open*. 2023;7(5):zrad080. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjsopen/article/7/5/zrad080/7312617>

13. Dayı S, Anayurt M, Çınar F, Kırmacı İ, Sancar S. Approach to concurrent inguinal hernias during laparoscopic appendectomy for early appendicitis. *Langenbecks Arch Surg*. 2024;409(1):83-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38438562/>

14. Frazier A, Mbah R, Williams JT. Rare Idiopathic Adult Intussusception: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(1):e52022. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/146888-rare-idiopathic-adult-intussusception-a-case-report>

15. Shenoy S. Adult intussusception: A case series and review. *World J Gastrointest Endosc*. 2017;9(5):220-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5437388/>

16. Martínez-Pérez C, García-Coret MJ, Villalba-Ferrer FL. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. *Rev Cir*. 2021;73(3):322-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000300322

17. Pereira AP, Teixeira F, Melo G, et al. Continuous spinal anesthesia for emergent laparotomy in a patient with severe pulmonary comorbidities: A case report. *Cureus*. 2024;16(11):e74683. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11604209/>

18. Teo A, Wang C, Wilson RB. Time is of the essence: evaluation of emergency department triage and time performance in the preoperative management of acute abdomen. *ANZ J Surg*. 2019;89(9):1102-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ans.15255>

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Marcia Nayane Da Silva, Jessica Benítez Duarte, José Domingo Álvarez Gómez, Luciana Daniela Garlisi-Torales, Rossana Elizabeth Poletti Duarte.

Investigación: Marcia Nayane Da Silva, Jessica Benítez Duarte, José Domingo Álvarez Gómez, Luciana Daniela Garlisi-Torales, Rossana Elizabeth Poletti Duarte.

Metodología: Marcia Nayane Da Silva, Jessica Benítez Duarte, José Domingo Álvarez Gómez, Luciana Daniela Garlisi-Torales, Rossana Elizabeth Poletti Duarte.

Redacción - borrador original: Marcia Nayane Da Silva, Jessica Benítez Duarte, José Domingo Álvarez Gómez, Luciana Daniela Garlisi-Torales, Rossana Elizabeth Poletti Duarte.

Redacción - revisión y edición: Marcia Nayane Da Silva, Jessica Benítez Duarte, José Domingo Álvarez Gómez, Luciana Daniela Garlisi-Torales, Rossana Elizabeth Poletti Duarte.