



# Libros Virtuales IntraMed



## Enfoque del Paciente con Dolor Abdominal

### ABDOMEN AGUDO .

El diagnóstico de abdomen agudo engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente, con carácter de síntoma importante que requiere un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de un tratamiento quirúrgico urgente.

La interpretación del dolor abdominal agudo constituye uno de los desafíos más importantes a los que tiene que hacer frente el médico, debido a que en primera instancia debe resolver si la patología responsable del cuadro va a ser pasible de tratamiento médico o quirúrgico.

Tienen suma importancia los antecedentes, un examen físico meticuloso como así también una correcta indicación e interpretación de los exámenes de laboratorio y de los estudios por imágenes que se soliciten.

### CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL

#### Dolor originado en el abdomen:

Inflamación del peritoneo parietal:

- Contaminación bacteriana: perforación apendicular, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Irritación química: úlcera perforada, pancreatitis, dolor ovárico por ruptura folicular durante la ovulación.

Obstrucción mecánica de víscera hueca:

- intestino grueso o delgado.
- árbol biliar.
- uréter.

Trastornos vasculares

- embolia o trombosis.
- rotura vascular.
- oclusión por presión o por torsión.
- anemia de células falciformes.

Procesos originados en la pared abdominal

- distorsión o tracción del mesenterio.

- traumatismo o infección de músculos.
- hematoma por ruptura de la arteria epigástrica
- herpes zoster

Distensión de las cápsulas viscerales, hepática o renal.

#### Dolor referido de origen extraabdominal:

Tórax: neumonía, derrame pleural, isquemia coronaria.

Columna vertebral: radiculitis.

Genitales: torsión testicular.

#### Causas metabólicas:

Exógenas: picadura por la araña viuda negra, intoxicación por plomo y otras intoxicaciones.

Endógenas:

- uremia.
- cetoacidosis diabética.
- porfiria.
- factores alérgicos.
- Insuficiencia suprarrenal

#### Causas neurogénicas:

Orgánicas:

- tabes dorsal
- herpes zoster.
- causalgia.

#### Causas funcionales

. Dispepsia, intestino irritable

---

---

## CAUSAS MEDICAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

### De origen abdominal

De la propia pared

- Hematomas
- Miositis

Intraabdominales

- Pancreatitis aguda
- Ovulación
- Linfadenitis mesentérica
- Aneurisma aórtico
- Hepatitis
- Cólico biliar
- Cólico renourteral

### De origen extraabdominal

#### Cardíaca

- infarto agudo de miocardio
- Pericarditis aguda.
- Hígado de éstasis por Insuficiencia cardíaca congestiva aguda

#### Pleuropulmonar

- Neumonías
- Pleuritis diafragmática
- Tromboembolismo pulmonar
- Neumotórax
- Procesos mediastínicos
- Columna vertebral

#### Enfermedades vasculares

- Hematomas intramurales y retroperitoneales
- Vasculitis sistémicas y conectivopatías

#### Procesos neurológicos

- Tabes dorsal
- Herpes zoster

#### Enfermedades hematológicas

- Crisis drepanocíticas
- Leucemia aguda
- Policitemia
- Mononucleosis infecciosa Púrpura de Schönlein-Henoch

#### Otras causas

Edema angioneurótico abdominal, fiebre mediterránea familiar

Ingestión de Amanita phalloides, Botulismo, salmonellosis, Síndrome de Behcet

## CAUSAS QUIRÚRGICAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Esófago: Perforación de esófago abdominal

Estómago: Perforación de úlcera o traumática, Vólvulo

Duodeno: Perforación de úlcera o traumatismo, Perforación de divertículo u Obstrucción.

Intestino delgado: Diverticulitis (Meckel) ,perforación intestinal, tuberculosis intestinal obstrucción intestinal ,vólvulo o invaginación, infarto mesentérico

Intestino grueso: Apendicitis aguda, diverticulitis, obstrucción extramural o intramural vólvulo

Hígado: Rotura de quiste hidatídico, rotura por trauma o espontánea (embarazo, adenoma)

Vesícula biliar: Colecistitis aguda

Páncreas: Pancreatitis aguda, rotura por trauma.

Bazo: Rotura espontánea o traumática.

Aparato genitourinario: Salpingitis, embarazo ectópico, torsión de quiste ovárico, perforación Uterina,rotura vesical.

## MECANISMOS DEL DOLOR

### Dolor originado en el abdomen:

Inflamación del peritoneo parietal:

El dolor es constante y se localiza directamente sobre la zona inflamada, de forma que su referencia exacta es posible debido a que se transmite a través de nervios somáticos que inervan el peritoneo parietal. La intensidad del dolor depende del tipo y cantidad de cuerpos extraños frente a los que quedan expuestas las superficies peritoneales en un período concreto de tiempo. Por ejemplo una pequeña cantidad de jugo gástrico estéril produce mucho más dolor que la misma cantidad de materia fecal contaminada. El co-leperitoneo produce dolor de gran intensidad mientras que la sangre y la orina son tan poco irritantes que pueden pasar desapercibidas a menos que la exposición haya sido súbita y masiva. De ahí la importancia de la velocidad con que los irritantes se introduzcan en la cavidad peritoneal.

El dolor de la inflamación peritoneal se acentúa invariablemente por la presión o las modificaciones en la tensión del peritoneo, como las producidas por la palpación, movimientos y la tos. En consecuencia el paciente con dolor peritoneal permanece quieto en la cama evitando los movimientos, al contrario del paciente que presenta un cólico, que en general no encuentra posición siendo típico el cuadro del cólico renal donde el paciente además de moverse "como una serpiente" se levanta, camina y vuelve a acostarse.

#### **Obstrucción de víscera hueca:**

El dolor es clásicamente intermitente o de tipo cólico. No obstante la ausencia de esta característica no es excluyente debido a que la distensión de una víscera hueca puede producir un dolor constante con exacerbaciones muy ocasionales. Generalmente se acompaña de náuseas, vómitos, ausencia de eliminación de gases. Puede ser mecánico (peristaltismo y ruidos abdominales aumentados) o funcional (dolor continuo y silencio a la auscultación abdominal). No tiene localización tan exacta como en la inflamación del peritoneo parietal.

En el Intestino delgado el dolor es peri o supraumbilical. El dolor colónico es habitualmente infraumbilical y es frecuente la irradiación lumbar del dolor.

La vesícula biliar provoca dolor en el hipocondrio derecho con irradiación a la región posterior derecha del tórax o a la punta de la escápula derecha y al epigastrio. La migración litiasica produce un dolor constante en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho. El dolor de origen pancreático es similar al dolor biliar, en general de mayor intensidad e irradiación posterior, aunque se acentúa por la posición de decúbito y se alivia en posición erecta o de plegaria mahometana.

El dolor vesical es suprapúbico, sordo, a veces la sensación de inquietud sin la percepción de un dolor específico. El dolor de origen ureteral depende de su ubicación, en la

porción intravesical: dolor intenso suprapúbico con irradiación al pene, escroto o muslo interno. En la región pelviana se localiza en el ángulo costovertebral, mientras que la obstrucción del resto del uréter se asocia con dolor en el flanco que a menudo se irradia hacia la parte correspondiente del abdomen. La inquietud que acompaña a este dolor y los cambios permanente de decúbito con exacerbaciones y períodos de ausencia de dolor hacen de éste un cuadro fácilmente identificable

#### **Trastornos vasculares:**

El dolor producido por la embolia o trombosis de la arteria mesentérica superior (AMS) o por la rotura inminente de un aneurisma de aorta puede ser intenso y difuso. Es de suponer

que el dolor asociado a trastornos vasculares intraabdominales es súbito y de naturaleza catastrófica no obstante no siempre es así. Con frecuencia el paciente con oclusión de la AMS presenta únicamente dolor difuso, leve, y continuo durante dos o tres días antes de sufrir un cuadro de colapso vascular. El dolor abdominal que se irradia hacia la región sacra, el costado o los genitales siempre debe hacernos descartar la posibilidad de la rotura de un aneurisma aórtico abdominal.

#### **Pared abdominal:**

El dolor habitualmente es constante e intenso. Los movimientos y la presión acentúan las molestias y el espasmo muscular.

### **DOLOR REFERIDO DE ORIGEN EXTRABDOMINAL**

En todo paciente con dolor abdominal, especialmente en el epigastrio, se debe considerar la posibilidad de un proceso supradiafragmático, intratorácico. Se debe descartar un infarto agudo de miocardio, infarto pulmonar, neumonía, pericarditis, o un proceso esofágico. En ocasiones un derrame pleural derecho suele manifestarse como un síndrome doloroso en fosa iliaca derecha. El dolor referido de origen torácico se suele acompañar de respiración superficial en el hemitórax afectado, en cambio cuando el proceso patológico es intraabdominal las pausas respiratorias y la disminución de los movimientos respiratorios son más intensas. La palpación de la zona del dolor referido en el abdomen no suele acen- tuar el dolor y en muchos casos incluso parece aliviarlo.

El dolor referido procedente de la columna vertebral, que habitualmente implica la compresión o irritación de raíces nerviosas, se intensifica característicamente con la tos, el esfuerzo, y se asocia con hiperestesia de los dermatomas afectados. Esta hiperestesia puede observarse en ocasiones en las etapas precoces del herpes zoster antes de la aparición de las vesículas.

### **CAUSAS METABOLICAS**

En cualquier situación en que la causa del dolor abdominal sea oscura, se debe considerar la posibilidad de un origen metabólico del mismo. Con frecuencia, el problema del diagnóstico diferencial no se puede resolver fácilmente.

El dolor en la porfiria aguda y en el cólico por saturnismo suele ser difícil de distinguir del secundario a obstrucción intestinal, debido a que en ambos casos la hiperperistalsis constituye una característica llamativa. El dolor que se produce

en los cuadros de uremia o diabetes es inespecífico, y con frecuencia presenta modificaciones en cuanto a localización o intensidad.

La cetoacidosis diabética puede simular un cuadro apendicular con dolor en fosa iliaca derecha, asimismo ésta puede ser desencadenada por una apendicitis aguda o por una obstrucción intestinal, de forma tal que si no se consigue una rápida resolución del dolor con la corrección de las alteraciones metabólicas, se debe descartar un problema orgánico subyacente.

## CAUSA NEUROGENAS

El dolor causálgico se puede producir ante la lesión de nervios sensitivos. Es de carácter urente, se limita al territorio de la distribución del nervio, se puede provocar por el tacto o la modificación de la temperatura y pueden aparecer pequeñas máculas esparcidas. No existe rigidez de la musculatura abdominal y los movimientos respiratorios no están alterados.

El dolor originados en los nervios o raíces medulares aparece y desaparece en forma súbita, y tiene carácter lancinante. Causas: herpes zoster, diabetes, compresión tumoral, herniación de disco, sífilis. El dolor empeora con los movimientos de la columna vertebral y habitualmente se localiza en unos pocos dermatomas.

El dolor de origen psicógeno no se ajusta a ninguno de los patrones que hemos mencionado. Suele verse por ejemplo en la adolescente donde acontecimientos naturales como la ovulación son percibidos como cuadros abdominales de carácter catastrófico. El dolor varía enormemente en cuanto a su tipo y localización. No existe espasmo muscular, generalmente se asocia con alteración de la respiración profunda que forma parte del estado de ansiedad.

## ESTUDIO DEL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

Existen solo unos pocos trastornos abdominales que requieran una intervención quirúrgica tan urgente e impidan que se efectúe el estudio ordenado de un paciente con abdomen agudo. Solo aquellos pacientes con hemorragia de carácter exanguinante deben ser trasladados a quirófano inmediatamente con una vía endovenosa para la administración de fluidos adecuada.

Nada puede substituir a una historia clínica detallada. En los casos de dolor abdominal agudo, muchas veces se puede establecer el diagnóstico fácilmente, lo que no ocurre con tanta frecuencia en los pacientes con dolor abdominal

crónico. Debido a que el síndrome de intestino irritable constituye una de las causas más frecuentes del dolor abdominal, siempre debemos tener en cuenta la posibilidad de este diagnóstico.

### 1) ANAMNESIS:

Es muy importante hacer hincapié en la medicación que toma el paciente ya que determinados fármacos pueden ser los causantes del dolor o modificar sus características.

Anticoagulantes: pueden producir hematomas intramurales intestinales o en la vaina de los rectos

Anovulatorios: con dosis estrogénicas importantes pueden causar infartos intestinales de origen venoso, colitis isquémica, rotura de nódulos hiperplásicos hepáticos.

Antibióticos: pueden causar el enfriamiento de abscesos y peritonitis, disminuyendo sus síntomas

Corticoides y AINES: pueden originar hemorragia digestiva o perforación gastrointestinal

Analgésicos y espasmolíticos: ocultan síntomas y signos, enmascarando la evolución del proceso

Medicación cardiológica: son índice probable de cardiopatía embolígena o causante de bajo gasto

Barbitúricos, anticonvulsivantes, estrógenos y alcohol: pueden desencadenar crisis de porfiria aguda intermitente.

Esteroides, diuréticos tiazídicos, isoniacida, salicilatos, indometacina: son posibles

desencadenantes de pancreatitis

Opiáceos: puede formar parte del sme. de privación en pacientes dependientes.

### Evaluación de las características del dolor.

Origen: visceral o esplácnico, somático o parietal, referido.

La forma de instauración, intensidad, naturaleza (cólico, ondulante, continuo o variable) la topografía, la actitud antálgica ( inmóvil, agitado), la posición antálgica, la irradiación

DOLOR EN ABDOMEN		
SUPERIOR	INFERIOR	DIFUSO
-Patología Biliar	-Apendicitis	-Isquemia intest.
-Pancreatitis	-Enfermedad	- Peritonitis
-Dispepsia	-Diverticular	-Obstrucción
-Neumonía	-Litiasis renal	
-Absceso eplénico	-EPI	

Se debe prestar atención a los síntomas que acompañan al dolor abdominal. La pérdida de peso puede estar asociada a un proceso maligno, náuseas y vómitos con obstrucción intestinal, y modificaciones del ritmo evacuatorio con una lesión orgánica colónica.

Se deben evaluar las características del vómito:

Relación con el dolor: -precede al dolor: en las primeras fases de la gastroenteritis aguda.

-sigue al dolor: es lo más frecuente en procesos abdominales agudos.

-modifica la intensidad del dolor: mejora tras el vómito cuando el origen es la distensión de la fibra muscular lisa, empeorándolo cuando es un proceso inflamatorio intraabdominal.

Frecuencia: los vómitos repetidos orientan hacia una obstrucción intestinal alta, cólico biliar o pancreatitis. Los vómitos más espaciados son propios de obstrucción intestinal baja o peritonitis difusa aguda.

Aspecto: -bilioso: producido en los cuadros de dolor cólico por distensión de la fibra muscular lisa. Descarta la estenosis pilórica y confirma la presencia de bilis en el duodeno.

-hemático: es un signo excepcional en el abdomen agudo. Puede ser el resultado final de una situación hiperemética que ha causado lesiones orgánicas en la mucosa de la unión gastroesofágica (Síndrome de Mallory –Weiss) o gástrica.

-fecaloide: típico de obstrucción intestinal baja.

Evaluar la presencia de hipo: El hipo de corta duración se considera equivalente del vómito; si es de larga evolución debe hacernos sospechar en irritación frénica por peritonitis, colecistitis, absceso subfrénico, etc.

Modificación del tránsito intestinal: la constipación es habitual en todos los casos de abdomen agudo quirúrgico. Se habla de oclusión total cuando la expulsión de gases y heces está totalmente ausente durante al menos 24 hr. La diarrea: es infrecuente en el abdomen agudo quirúrgico.

Síntomas urinarios: la presencia de disuria, polaquiuria, y tenesmo vesical orientan hacia un origen urológico del dolor. Si la orina es hemática o purulenta el diagnóstico es prácticamente de certeza y si el aspecto es normal las molestias urinarias quizás puedan explicarse por irritación vesical por vecindad.

Síntomas ginecológicos: si existe amenorrea o ginecorragia el diagnóstico presumible es el de embarazo extrauterino. La leucorrea en una paciente portadora de DIU orienta hacia una EPI.

## 2) EXAMEN FISICO:

Fiebre: si es temprana, elevada y mantenida puede tratarse de procesos supurados localizados en zonas muy vascularizadas (vesícula biliar, pelvis menor); si es discreta, tardía, y con disociación axilorectal de un grado o más puede tratarse de una apendicitis aguda y/o procesos inflamatorios localizados, ej. colecistitis.

Si la fiebre es persistente, moderada y de presentación tardía en ocasiones se debe a procesos primariamente no infecciosos como pancreatitis, hemoperitoneo, etc. Su ausencia, especialmente en ancianos e inmunosuprimidos, no descarta enfermedad seria.

Piel: Ictericia.: Colédocolitiasis, Pancreatitis aguda, Colecistitis, Crisis de anemia hemolítica, Hepatitis. Palidez sin hemorragia aparente: Hemoperitoneo, rotura de bazo o hígado

Petequias, púrpura, sobre todo en abdomen y piernas: Diátesis hemorrágica (hemoperitoneo)

Manchas equimóticas, periumbilicales o en flancos: Pancreatitis aguda. Placas equimóticas en pubis y/o arcada crural: Hematoma de la vaina de los rectos. Vesículas de aspecto arracimado de distribución radicular: Herpes zoster. Ribete azulado en las encías: Crisis de saturnismo

Sistema cardiocirculatorio: valorar la presencia de signos de shock, hipotensión arterial, ortostatismo, pulso rápido y débil, palidez y frialdad. Ante la coexistencia de shock y dolor abdominal hay que pensar en la posibilidad de sepsis, pancreatitis aguda, o patología vascular (isquemia mesentérica). Si el shock se acompaña de hipovolemia y anemia sin signos de hemorragia externa se debe pensar en una posible acumulación de sangre intraabdominal.

Aparato respiratorio: es relativamente frecuente que en el curso de una neumonía o pleuritis el dolor sea referido al hemiabdomen superior.

Sistema nervioso: detectar la presencia de arreflexia patelar o la abolición del reflejo fotomotor en las crisis abdominales tabéticas y valorar una neuritis periférica en un presunto saturnismo.

### Abdomen:

Inspección: presencia de cicatrices quirúrgicas o de lesiones cutáneas. Puede existir equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo de Gray y Turner) siendo indicativas de pancreatitis hemorrágica, aunque aparecen tardíamente en su evolución. Lesiones típicas de herpes zoster, lesiones petequiales.

La inmovilidad del abdomen, con un abdomen plano, que no acompaña a los movimientos respiratorios son manifestaciones de irritación peritoneal difusa.

Palpación: si se palpa una masa o tumor abdominal hay que diferenciar si es intra o extraabdominal, para lo cual se hace incorporar al paciente sobre la cama. Si se hace más aparente corresponderá a una masa de la pared abdominal. Si desaparece hay que pensar en una localización intraabdominal. Uno de los errores más frecuentes cometidos es no pensar en la posibilidad de globo vesical ante el hallazgo de una masa hipogástrica y de los fecalomas ante un abdomen más distendido.

La presencia de contractura abdominal es debida a una respuesta muscular refleja causada por la irritación del peritoneo parietal (abdomen en tabla), siendo difusa en la peritonitis generalizada o parcial en la localizada. El hallazgo de este signo es indicativo de cirugía de urgencia.

La contractura muscular puede no detectarse en ancianos, múltiparas, pacientes con hemorragia peritoneal, infarto mesentérico, perforaciones cubiertas, apendicitis retrocecales y en pacientes con tratamiento corticoideo o que recibieron opiáceos.

Los signos a explorar son: Murphy en las colecistitis agudas

Bloomberg: en el punto de Mc. Burney en apendicitis aguda.

Rovsing: en apendicitis aguda

Obturador y del psoas en apendicitis aguda

La percusión abdominal permite detectar la presencia de neumoperitoneo (disminución o desaparición de la matidez hepática), de líquido en la cavidad peritoneal (matidez de flancos que cambia con la postura) y de gas intestinal detenido (meteorismo generalizado o localizado). Es preferible a la palpación profunda y al signo del rebote ya que es mucho menos traumática para el paciente.

Auscultación abdominal: hay que realizarla al menos durante un minuto, la ausencia de ruidos hidroaéreos (RHA) es un signo de íleo paralítico o de peritonitis generalizada. El peristaltismo aumentado es propio de la obstrucción intestinal mecánica y de la gastroenteritis aguda. La presencia de RHA metálicos es indicativa de obstrucción mecánica.

El tacto rectal: es de práctica obligada en todo paciente con dolor abdominal agudo. En la luz rectal puede hallarse la presencia de tumoraciones o fecalomas (causa frecuente de obstrucción intestinal baja en el anciano). En las paredes laterales prominencias provocadas por la acumulación de colecciones líquidas o sólidas en el espacio perirrectal. En la pared anterior; protrusión y/o dolor en fondo de saco de Douglas (FSD). El examen pélvico es importante para determinar si el origen del dolor abdominal es debido a EPI, quiste de ovario o un embarazo ectópico.

Características de las heces: las negras pueden ser melénicas

(aspecto alquitranado, brillantes, pegajosas, olor putrefacto) o heces teñidas de color negro (no brillantes ni pegajosas) secundarias a hierro, carbón, bismuto o alimentos. Las heces rojas se deben a hemorragia de colon principalmente izquierdo, acompañadas o no de coágulos. Si se acompañan de restos mucosos o mucosanguinolentos se debe sospechar enfermedad inflamatoria intestinal.

No se deben administrar analgésicos ni narcóticos hasta que se haya efectuado un diagnóstico definitivo y se haya establecido un plan terapéutico, debido a que estos agentes suelen dificultar la interpretación de la historia clínica y el exámen físico...

### 3) EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Los análisis de laboratorio son muy importantes en el estudio del paciente con dolor abdominal, aunque no permiten establecer diagnóstico por sí mismas. Se solicitarán: hemograma, glucosa, urea, creatinina, EAB, GOT/GPT, CPK, CPKmb si el dolor se localiza en el hemiabdomen superior, y si se sospecha patología hepatobiliar, Bilirrubinemia, fosfatasa alcalina y transaminasas

Un hematocrito bajo sin signos de sangrado externo puede indicar pancreatitis necrohemorrágica o hemoperitoneo.

La presencia de leucocitosis puede verse tanto en una perforación visceral, como en una pancreatitis, colecistitis aguda, EPI o en un infarto intestinal.

Es necesario efectuar en todos los casos orina completa con sedimento urinario que tienen valor para indicar el estado de hidratación del paciente y para descartar una nefropatía grave, diabetes, o infección urinaria. En algunos procesos inflamatorios vecinos al árbol urinario (apendicitis, ginecológicos, divertículos, etc.) puede haber piuria esteril.

La determinación del nivel sérico de amilasa ha sido exagerada en cuanto a su especificidad en el diagnóstico de la pancreatitis aguda. Muchas otras enfermedades diferentes a la pancreatitis pueden dar lugar a un incremento muy importante de la amilasa, por ej. úlcera perforada, obstrucción y estrangulación intestinal y colecistitis aguda. Se debe tener gran precaución en descartar la intervención quirúrgica en un paciente basándose exclusivamente en la detección de un valor sérico de amilasa elevado.

En una mujer en edad gestacional debe tenerse en cuenta el diagnóstico de un embarazo ectópico y se debe solicitar test de gestación.

### Radiología (Rx) :

Frente a un cuadro abdominal agudo debe indicarse ra-

diología de tórax y abdomen. La Rx posteroanterior y lateral de tórax: permite descartar neumoperitoneo. Orienta hacia una patología abdominal determinada (evaluación diafragmática con derrame pleural en los abscesos subfrénicos y en la colecistitis aguda; derrame pleural izquierdo en la pancreatitis aguda) y permite descartar procesos pleuropulmonares como neumonía, neumotórax, etc.

La Rx simple de abdomen en decúbito y de pie o en decúbito lateral permite visualizar la

si se trata de un íleo paralítico, la dilatación de todo el intestino, delgado y colon con la presencia de gas distal. En ocasiones pueden detectarse dilataciones intestinales segmentarias por un íleo paralítico localizado adyacente a lesiones inflamatorias, "asa centinela".

En caso de una obstrucción intestinal mecánica se dilatará el tramo intestinal proximal al lugar de la obstrucción, no existiendo gas distalmente a la misma.

Ante la sospecha de perforación, la presencia de aire libre intraperitoneal en un paciente sin historia de cirugía o de exploraciones invasivas indica siempre perforación de una víscera hueca. Si el volumen de aire es pequeño, puede no detectarse en la Rx a menos que esta se realice tras permanecer al menos 10 min. en la misma posición.

La exploración con medios de contraste baritados o hidrosolubles de la parte superior del tubo digestivo puede demostrar una obstrucción intestinal parcial que no se hubiera diagnosticado por otros medios. El enema de bario es de valor en casos de obstrucción colónica.

ECG: Debe realizarse para descartar cardiopatía isquémica, especialmente cuando el dolor está referido al hemiabdomen superior.

#### **Punción abdominal:**

Debe efectuarse ante cualquier enfermo politraumatizado que presente clínica de shock hipovolémico, sin que se pueda determinar el origen de la pérdida hemática. Si la punción es roja (sangre que no coagula) debe realizarse laparotomía urgente, si el fisisicoquímico informa líquido sanguinoliento, requiere observación con control de hematocrito cada 2 – 4 hrs. y se debe efectuar una ecografía o tomografía computada.

**Ecografía abdominal:** está indicada de urgencia en todo abdomen agudo. Permite efectuar el diagnóstico rápidamente de colecistitis aguda, migración litiasica con dilatación de la vía biliar, pancreatitis aguda, aneurisma disecante de aorta abdominal, hematomas de vísceras sólidas, embarazo ectópico colecciones abdominales etc.

**TAC de abdomen:** las dos principales indicaciones de urgencia son sospecha de disección de aneurisma de aorta abdominal y pancreatitis aguda con criterios de gravedad.

También en diverticulitis, isquemia mesentérica, apendicitis, colecciones abdominales.

#### **4) TRATAMIENTO**

No siempre es posible establecer un diagnóstico definitivo en el momento del examen inicial, no obstante el cuadro puede ser lo suficientemente expresivo como para indicar la intervención quirúrgica. Las medidas generales son:

1. Nada por boca.

2. Vía periférica y administración de fluidoterapia a razón de 2.500-3.000 ml/24hr., preferiblemente con suero glucosalino (dosis y tipo de solución modificable según la situación clínica del paciente y la enfermedad crónica de base.)

3. Reposición hidroelectrolítica y de sangre si fuera necesario.

4. Descompresión gastrointestinal si fuera necesario con SNG.

5. La administración de analgésicos está formalmente contraindicada si el dolor abdominal agudo está pendiente de filiación, ya que suprimimos el síntoma principal y se dificultará aún más el diagnóstico etiológico del cuadro.

6. Antibióticoterapia: se iniciará antes de la intervención quirúrgica, una vez establecida esta indicación.

Las únicas excepciones la constituyen, la colecistitis aguda, peritonitis bacteriana espontánea de la cirrosis y la diverticulitis en las que se iniciará el tratamiento ATB empírico aunque no se indique cirugía urgente.

#### **Bibliografía**

Silen. Dolor abdominal. Harrison Principios de medicina interna; 1994,13:71

Manejo urgente del dolor abdominal agudo. Medicina de urgencias-Guía diagnóstica y protocolos de actuación., 283

Frishman. Approach to the patient with abdominal pain I. 2001 Up to Date..

Frishman. Approach to the patient with abdominal pain II. 2001 Up to Date.

Martin. Abdominal Emergencies; has anything changed?. Surgical clinics of North America;1997.

Murillo. Manejo urgente del dolor abdominal agudo. Medicina de urgencias;1994,30:273