



Cuando hablamos de **dolor abdominal agudo** nos referimos al dolor de menos de 24 horas de evolución. Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias. La interpretación correcta de este síntoma, es una tarea difícil que requiere experiencia y gran capacidad de juicio clínico. Por ello, cuando hacemos frente a un paciente que presenta un dolor abdominal, deberemos realizar una detallada anamnesis, un examen físico completo y un uso adecuado y racional de las exploraciones complementarias en función de la sospecha clínica.

Dependiendo del punto en el que se origine el estímulo doloroso podemos distinguir los siguientes tres tipos de dolor abdominal:

-dolor visceral: se genera en finas terminaciones nerviosas situadas en la capa muscular o en la submucosa de vísceras huecas o a nivel capsular en órganos sólidos (hígado, bazo, riñón). Se transmite por vía simpática, a través de nervios esplácnicos. El dolor visceral se localiza en relación con órgano afectado. Así, por ejemplo, los procesos dolorosos gastroduodenales se refieren a epigastrio, mientras que en los procesos dolorosos de colon o Aparato genital el dolor se refiere a hipogastrio.

-dolor parietal: se origina en las estructuras que forman la pared abdominal, principalmente en el peritoneo parietal. Se produce por irritación química (jugo gástrico, jugo pancreático etc.) o por contaminación bacteriana. Se transmite a través de nervios espinales, refiriéndose al dermatoma correspondiente. Puede ser localizado o difuso.

-dolor referido: se origina por convergencia de fibras aferentes viscerales y espinales correspondientes a una misma metámera, en una misma neurona, a nivel del hasta posterior.

- **DIAGNÓSTICO**

El **diagnóstico** del paciente con dolor abdominal agudo se basa en:

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Exploraciones complementarias.



ANAMNESIS

Es muy importante debido a que el enfoque y la orientación diagnóstica

del paciente, y posteriormente la petición de exploraciones complementarias, se realizará en función de la anamnesis. El interrogatorio constará siempre de los siguientes apartados:

- Edad: algunas patologías son más frecuentes a una edad que a otra.
- Sexo: por ejemplo el dolor en hemiabdomen inferior en una mujer nos hará tener en cuenta un posible origen ginecológico u obstétrico.
- FUM
- Hábitos tóxicos.
- Historia de intervenciones quirúrgicas (Ej. : adherencias obstrucción.
- Patología abdominal previa (Ej. : ulcus, litiasis biliar.
- Antecedentes ginecológicos y/o urológicos.
- Los antecedentes familiares pueden hacernos sospechar cuadros metabólicos o genéticos como: porfiria aguda intermitente, fiebre mediterránea familiar, déficit del inhibidor C-1 esterasa, cáncer de colon etc.
- Medicación habitual
 - *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*: el dolor abdominal puede formar parte del sme. de privación en pacientes dependientes.



• Semiología del dolor

1. Localización

La localización del dolor resulta fundamental ya que puede orientar sobre el órgano o víscera afectada y por tanto sobre el origen del cuadro.

SUPERIOR	INFERIOR	DIFUSO
<i>Patología Biliar</i>	<i>Apendicitis</i>	<i>Isquemia intest.</i>
<i>Pancreatitis</i>	<i>Enfermedad Diverticular</i>	<i>Peritonitis</i>
<i>Dispepsia</i>	<i>Litiasis renal</i>	<i>Obstrucción</i>
<i>Neumonía</i>	<i>EPI</i>	
<i>Absceso esplénico</i>		

2. Cronología

Instauración Brusca	Embolia mesentérica, vólvulo colónico o gástrico, perforación de úlcera péptica, infarto de algún órgano abdominal, IAM, TEP, aneurisma aórtico disecante, rotura de embarazo ectópico, neumotórax espontáneo.
Instauración rápida	Trombosis arterial mesentérica, trombosis venosa mesentérica, perforación de víscera hueca, estrangulación de víscera hueca, pancreatitis, colecistitis aguda, cólico biliar y renal, diverticulitis, apendicitis, obstrucción intestinal alta.
Instauración gradual	Obstrucción intestinal, apendicitis, hernia abdominal estrangulada, colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, perforación tumor digestivo, isquemia intestinal, gastroenteritis, retención urinaria, obstrucción intestinal baja, salpingitis.

3. Intensidad

La intensidad del dolor está generalmente relacionada con la magnitud del estímulo nocivo, aunque es difícil de medir, dado que la tolerancia al dolor es distinta en cada paciente. Por este motivo, la estimación de la severidad del dolor no siempre es un indicador fiable.



4. Irradiación

Con relativa frecuencia el dolor abdominal se irradia a otras regiones pudiendo orientar el diagnóstico, así:

- El dolor del cólico biliar irradia espalda y a escápula derecha.
- El del cólico urinario hacia los genitales.
- El de la pancreatitis irradia en cinturón hasta la espalda.

5. Factores que agravan o alivian el dolor

- El dolor abdominal que se desencadena o aumenta con la deambulación o el esfuerzo físico suele estar en relación con la patología de la pared abdominal.
- El dolor puede aliviarse con la ingesta (Ej.: úlcera péptica) o exacerbarse con algunos alimentos como las grasas (Ej.: cólico biliar) o con la ingesta en general (Ej.: isquemia mesentérica).
- El alivio del dolor con la defecación o al eliminar gases, sugiere patología de colon (neoplásica o inflamatoria).

6. Signos y síntomas acompañantes

- **Vómitos: *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

- **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
- Coluria, hipocolia, acolia
- Disuria
- 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.



EXPLORACIÓN FÍSICA

- Debemos comenzar valorando los signos vitales que nos orientaran a la gravedad del cuadro (TA, FC, FR, saturación de O₂).
- Posteriormente visualizaremos el estado en que se encuentra el paciente (buen estado, caquético, deshidratado....) , la postura, el grado de malestar. Por ejemplo, los pacientes que presentan peritonitis se encontrarán inmóviles en la cama con respiración superficial, mientras que los pacientes que presentan cólicos biliares o renales, retenciones urinarias o obstrucciones intestinales se encontrarán inquietos con tendencia al cambio de postura.
- Auscultación cardiorrespiratoria.
- Examen abdominal

Durante el examen del paciente, el médico debe tener presente algunos datos de la información aportada por el interrogatorio. Por ejemplo, en un paciente de edad avanzada, inmunocomprometido o diabético es menos probable que existan signos de irritación peritoneal, aún en presencia de una víscera perforada. El examen abdominal incluirá:

1. **Inspección:** Debemos valorar la existencia de hernias, eventraciones, cicatrices, distensión, rigidez muscular, equimosis etc.
2. **Auscultación:** Para que ésta sea valorable debemos efectuarla antes de la palpación para no alterar la frecuencia de los ruidos intestinales. Valoraremos si existe peristaltismo y si está aumentado o disminuido. Podemos auscultar ruidos intestinales intensos y de tonalidad metálica, frecuentes en las primeras fases de la obstrucción abdominal o en procesos que cursen con diarrea abundante; o un verdadero silencio abdominal que se observa en el íleo paralítico reflejo por irritación peritoneal y en las fases avanzadas de la obstrucción intestinal. En ocasiones se auscultan soplos vasculares abdominales, que pueden estar en relación con aneurismas, estenosis arteriales o tumores hipervascularizados

3. **Palpación:** Debe comenzar en el punto más alejado del punto más doloroso y progresar hacia el punto de mayor dolor..

El dolor a la palpación superficial, difuso y de carácter marcado, con rigidez, sugiere peritonitis, mientras que el dolor leve a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal, es más característico de situaciones que no requieren intervención quirúrgica.

4. **Percusión:** Puede ser timpánica por exceso de gas tanto intraluminal (obstrucción intestinal) como extraluminal (pérdida de matidez en área hepática por neumoperitoneo). Podemos detectar matidez cambiante en flancos por ascitis.

5. **Tacto rectal:** Nos puede revelar la presencia de un fecaloma o un tumor rectal o la ocupación del saco de Douglas por líquido en pacientes con patología inflamatoria pélvica. Nos permite evaluar las 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

6. **Exploración genital** ante sospecha de patología anexial.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Laboratorio

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. Orina completa. Amilasa

El hemograma, por si mismo nos puede orientar hacia trastornos hematológicos que cursen con dolor abdominal. Un descenso brusco en los niveles del hematocrito o de la hemoglobina puede indicar un hemoperitoneo o una hemorragia digestiva aguda. La leucocitosis con desviación izquierda se pueden dar por múltiples procesos (sobre todo infecciosos e inflamatorios), por lo cual no presenta especificidad, por lo que debe valorarse junto al cuadro clínico y otras exploraciones.

También hay que solicitar una bioquímica sanguínea que incluya amilasa (> de 3 su valor normal nos orientará hacia pancreatitis aguda), enzimas hepáticas (elevados en patología biliar y hepática), iones (para descartar Addison y para valorar el estado hidroelectrolítico del paciente) y función renal (para determinar la repercusión de las enfermedades sobre la función renal, o alteración secundaria a embolia renal, retenciones urinarias). La orina, puede mostrar la presencia de hematuria y leucocituria, y orientar hacia cuadros de litiasis renal, tumores renales e infecciones urinarias. A toda mujer en edad fértil con dolor abdominal se le debe realizar un test de embarazo en orina.

Electrocardiograma

Ante todo dolor epigástrico, y sobre todo en pacientes con antecedentes personales y/o familiares de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y personas de edad avanzada, se debe realizar un ECG para descartar patología isquémica

Imágenes

Inicialmente una radiografía de tórax y de abdomen (serie de “abdomen agudo”) y posteriormente valoraremos la realización de otros estudios como ECO, TAC y/u otras pruebas diagnósticas.

Radiografía de tórax postero-anterior, en bipedestación, puede poner de manifiesto neumoperitoneo y causas torácicas de dolor abdominal, tales como neumonías, derrames pleurales...

Radiografía de abdomen en decúbito y ortostática o en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal, cuando el paciente no se pueda incorporar, puede poner de manifiesto:

- Asas dilatadas de intestino delgado (reconocibles por la presencia de válvulas conniventes que atraviesan completamente la luz) y/o de intestino grueso (haustros que atraviesan incompletamente la luz) y la formación de niveles hidroaéreos en bipedestación en cuadros obstructivos.
- La presencia de gas en ampolla rectal sugiere obstrucción incompleta
- Aerobilia en el íleo biliar por fístula colecistointestinal.
- Asa centinela en la pancreatitis aguda.

Ecografía abdominal es una prueba inocua y de alta rentabilidad en manos experimentadas. **Está indicada de urgencia en todo abdomen agudo.** Permite efectuar el diagnóstico rápidamente de colecistitis aguda, migración litiásica con



dilatación de la vía biliar, pancreatitis aguda, aneurisma disecante de aorta abdominal, hematomas de vísceras sólidas, embarazo ectópico colecciones abdominales etc.

Tomografía axial computarizada debe indicarse cuando la ecografía plantee dudas diagnósticas, sobre todo en el estudio del retroperitoneo. 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. Puede proporcionar información en cuanto a la presencia de neumoperitoneo, patrones de gas intestinal anormales, detección de lesiones inflamatorias, neoplásicas, vasculares y traumatismos.

Otros estudios diagnósticos

- **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 fisicoquímico informa líquido sanguinolento, requiere observación con control de hematocrito cada 2 – 4 hrs. y se debe efectuar una ecografía o tomografía computada.
- **Estudios endoscópicos**
- **Laparotomía exploradora.**

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. Es discutido si se debe indicar o evitar el tratamiento analgésico del dolor abdominal agudo antes de establecer el diagnóstico. En un tiempo se creyó que la analgesia interfiere con la evaluación de pacientes con dolor abdominal. Muchos estudios han desmentido esta idea, los pacientes con dolor abdominal deben ser tratados con prudencia con los analgésicos. Se elegirán sobretodo, los derivados de morfina
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:**

1. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Otras+publicaciones/Libro+electronico+de+temas+de+urgencia. Carlos Prieto Martínez, Susana Oquiñena Legaz. *Dolor abdominal*. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Universidad de Navarra
2. Robert Penner. Diagnostic approach to abdominal pain in adults. Up to date 17.1 Enero 2009
3. Thomas SH; Silen W; Cheema F; Reisner A; Aman S; Goldstein JN; Kumar AM. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial Stair TO. *J Am Coll Surg* 2003 Jan;196(1):18-31
4. Kendall J. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. Up to date 17.1. Enero 2009
5. Sánchez Turrión V. Dolor abdominal. En: Moya Mir MS. Guías de actuación en urgencias. 2ª ed. McGraw-Hill-Interamericana de España, 2000: 188-193