



**Libros
Virtuales
IntraMed**



DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

DEFINICIÓN: dolor abdominal difuso o localizado, de más de 15 días de evolución

DESAFÍO: diferenciar dolor crónico orgánico, de funcional

ESTRATEGIA INICIAL

I ANAMNESIS

- ❖ ALICIA (aparición, localización, intensidad, síntomas concomitantes, irradiación, forma de atenuación), evolución, antecedentes patológicos, etc.

Localización	Correlación anatómica
Hipocondrio derecho	Higado, vía biliar, flexura hepática del colon, polo superior de riñón derecho, suprarrenal derecha
Hipocondrio izquierdo	Estómago, bazo, cola de páncreas, ángulo esplénico del colon, polo superior de riñón izquierdo, suprarrenal izq.
Epigastrio	Estómago, bulbo duodenal, páncreas, higado, esófago abdominal
Flanco derecho	Colon ascendente, riñón, asas de delgado
Flanco izquierdo	Colon descendente, riñón, asas de delgado
Periumbilical	Intestino delgado, mesenterio, epiplón,
Fosa iliaca derecha	Ciego, apéndice, ileon terminal, uréter derecho, ovario, cordón espermático der.
Fosa iliaca izquierda	Sigmoides, uréter izquierdo, ovario, cordón espermático izq.
Hipogastrio	Vejiga, útero, recto, próstata, ángulo rectosigmoideo, asas de delgado, trompas de Falopio

Las causas de dolor abdominal crónico son múltiples y es importante determinar si el dolor es:

- ▶ • **Funcional**
- ▶ • **Orgánico**
- ▶ • **Típico**
- ▶ • **Atípico**

Dolor funcional: generalmente es un dolor de larga data, puede ser difuso o localizado, no se encuentran criterios de organicidad ni alteraciones de laboratorio en exámenes complementarios.

Dolor orgánico: dolor de corta evolución, generalmente no supera los dos meses y se acompaña de las siguientes alteraciones en:

Interrogatorio y examen físico

- ▶ disfagia progresiva

- ▶ pérdida de peso
- ▶ melena, hematoquecia
- ▶ diarrea crónica
- ▶ alteración del sueño
- ▶ ictericia
- ▶ masa palpable

Laboratorio

- ▶ anemia
- ▶ leucocitosis
- ▶ ERS elevada
- ▶ hepatograma alterado

Dolor típico: es aquel que por sus características permite sospechar el órgano afectado guiando la conducta diagnóstica a la hora de solicitar exámenes complementarios

Dolor atípico: es aquel en el cual no se logra discriminar el órgano afectado luego de realizar un interrogatorio, examen físico, análisis de laboratorio general y ecografía abdominal, tiene características poco comunes y generalmente suele arribarse al diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional.

Características del dolor abdominal según órgano afectado:

1. ESÓFAGO: Dolor epigástrico, retroesternal o precordial más uno o más de los siguientes

- ▶ Pirosis
- ▶ Regurgitación
- ▶ Disfagia progresiva
- ▶ Síntomas atípicos de ERGE

2. ESTÓMAGO: epigastralgia más uno o más de los siguientes

- ▶ Saciedad precoz
- ▶ Plenitud posprandial
- ▶ Náuseas
- ▶ Vómitos
- ▶ Melena
- ▶ Ardor, acidez, eructos

3. INTESTINO DELGADO: Dolor de tipo cólico periumbilical asociado a uno o más de los siguientes:

- ▶ Distensión
- ▶ Vómitos
- ▶ Diarrea
- ▶ Esteatorrea
- ▶ Pérdida de peso
- ▶ Melena

4. COLON: dolor localizado en epigastrio (2/3 proximales) o hipogastrio y fosa iliaca izquierda (tercio distal) asociado a uno o más de:

- ▶ Diarrea (baja)
- ▶ Constipación
- ▶ Aumenta con ingesta de alimentos
- ▶ Calma con las evacuaciones
- ▶ Cambio de consistencia y/o frecuencia en la materia fecal
- ▶ Proctorragia
- ▶ Hematoquesia
- ▶ Distensión abdominal
- ▶ Puede ser tipo cólico o continuo

5. PÁNCREAS: epigastralgia irradiada a dorso más uno o más de:

- ▶ Diabetes de reciente comienzo en paciente sin factores de riesgo
- ▶ Diarrea
- ▶ Esteatorrea
- ▶ Síndrome depresivo
- ▶ Trombosis venosa
- ▶ Disminución de peso
- ▶ Colestasis

6. VÍA BILIAR: Dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho irradiado a dorso y/o escápula de tipo cólico desencadenado por alimentos colecistoquinéticos, alivia con antiespasmódicos más uno o más de:

- ▶ Ictericia
- ▶ Coluria
- ▶ Hipocolia
- ▶ Prurito
- ▶ Hepatograma alterado con patrón de colestasis

7. HÍGADO: Dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho, sensación de peso más uno o más de:

- ▶ Hepatomegalia
- ▶ Esplenomegalia
- ▶ Ascitis
- ▶ Signos de hepatopatía crónica (atrofia testicular, distribución feminoide de vello, retracción palmar de Dupuytren, eritema palmar, spiders, circulación colateral)
- ▶ Hepatograma alterado

8. DOLOR RENAL: dolor lumbar y/o en flanco, más uno o más de:

- ▶ Masa palpable
- ▶ Hematuria
- ▶ Disuria, polaquiuria, tenesmo vesical

9. DOLOR DE ORIGEN GINECOLÓGICO: Dolor hipogástrico o en fosas iliacas, más uno o más de:

- ▶ Dispareunia
- ▶ Flujo genital patológico
- ▶ Antecedentes de ETS
- ▶ Dismenorrea
- ▶ Metrorragia
- ▶ Hipermenorrea
- ▶ Infertilidad
- ▶ Tacto vaginal doloroso

Clasificación de Roma III de los Trastornos Funcionales Digestivos del adulto

Los criterios deben estar presentes en los últimos 3 meses, con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Criterios diagnósticos de dispepsia funcional

Los nuevos subgrupos de dispepsia funcional son:

- ❖ Síndrome de dolor epigástrico
- ❖ Síndrome de distress postprandial

El síndrome de dolor epigástrico debe incluir todo lo siguiente:

1. Dolor ó quemazón localizado en el epigastrio de al menos una vez a la semana.

2. El dolor es intermitente.

3. No es generalizado o localizado en otra región abdominal o torácica.

4. No calma con la defecación o eliminación de flatos.

5. No llena los criterios para desórdenes de la vesícula biliar o del esfínter de Oddi.

Criterios de soporte:

1. El dolor puede ser tipo quemazón, pero sin componente retroesternal.

2. El dolor comúnmente es inducido o aliviado por la ingesta de una comida, pero puede ocurrir en ayunas.

3. El síndrome de distress postprandial puede coexistir.

El Síndrome de distress postprandial se definirá por la presencia de una o ambas de:

1. Plenitud postprandial que incomoda, que ocurre después de una comida de tamaño regular (promedio), que ocurre al menos varias veces a la semana.

2. Saciedad temprana que evita finalizar una comida regular, al menos varias veces por semana.

Criterios de soporte:

1. Distensión abdominal alta o náusea postprandial o eructos excesivos pueden estar presentes.

2. El síndrome de dolor epigástrico puede coexistir.

Criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable

Criterios de Roma III:

Dolor abdominal continuo o recurrente asociado a 2 o más de:

1. Calma con la defecación

2. Cambio en la frecuencia de las evacuaciones

3. Cambio en las características de la materia fecal

Criterios de soporte:

1. Frecuencia alterada de las deposiciones: > 3/día o < 3/semana

2. Forma alterada de la materia fecal

3. Defecación alterada (estreñimiento, urgencia o evacuación

incompleta)

4. Abundante moco en las heces

5. Meteorismo o distensión abdominal

Síndrome de dolor abdominal funcional

- ❖ Dolor abdominal difuso
- ❖ Más frecuente en mujeres
- ❖ Puede coexistir con SII o dispepsia
- ❖ Generalmente antecedentes de abuso sexual
- ❖ Exámenes complementarios normales
- ❖ Buena respuesta a antidepresivos

Síndrome del elevador del ano

Causado por espasmos del elevador

- ❖ Frecuente en mujeres
- ❖ Episodios de dolor que duran 20 minutos o más
- ❖ El paciente lo refiere como espasmos, tensión o ardor en el recto
- ❖ Empeora con la defecación y la sedestación sin alterar el sueño, calmando con caminatas o en decúbito
- ❖ En el tacto rectal el elevador se palpa como un cordón tirante y doloroso.

Proctalgia fugaz

Causado por disfunción en el músculo liso anal

- ❖ Más común en hombres perfeccionistas de mediana edad
- ❖ Descrito como un calambre o dolor similar a una puñalada que dura de segundos a pocos minutos. El examen físico es normal
- ❖ Suele coexistir con otros trastornos funcionales del tracto digestivo

Síndromes orgánicos

- ❖ ERGE
- ❖ Enfermedad ulceropéptica
- ❖ Litiasis biliar sintomática
- ❖ Neoplasias abdominales (cáncer de esófago inferior, cáncer gástrico, cáncer de páncreas, cáncer de colon)
- ❖ EII
- ❖ Isquemia mesentérica
- ❖ EPI

- ❖ Endometriosis
- ❖ Adherencias
- ❖ Obstrucción intestinal
- ❖ Dolor Parietal*

EN GENERAL LAS CAUSAS ORGÁNICAS ORIGINAN DOLORES TÍPICOS QUE SEACOMPañAN DE ALTERACIONES EN EL LABORATORIO Y EN LOS MÉTODOS

COMPLEMENTARIOS.

Patrones de los síndromes orgánicos:

- ❖ ERGE: pirosis, regurgitación o síntomas atípicos de ERGE, recordar que los síntomas no se correlacionan con los hallazgos endoscópicos
- ❖ Síndrome Ulceropéptico: dolor en epigastrio que calma con antiácidos, empeora con los alimentos, saciedad precoz, plenitud postprandial, náuseas, vómitos, melena, antecedentes de ingesta de AINES.
- ❖ Cólico biliar: dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho desencadenado por ingesta de alimentos coleréticos, puede irradiarse a espalda y escápula, dura mas de 30 minutos y calma con antiespasmódicos
- ❖ Pancreatitis crónica: ingesta crónica de alcohol, dolor en epigastrio irradiado a dorso, empeora con la ingesta de alimentos, puede acompañarse de diarrea, pérdida de peso, diabetes mellitus tipo II
- ❖ Neoplasias abdominales
 - ▶ 1. Cáncer de esófago: disfagia progresiva, epigastralgia, pérdida de peso
 - ▶ 2. Cáncer gástrico: epigastralgia asociada a síntomas de alarma
 - ▶ 3. Cáncer de páncreas: dolor en epigastrio irradiado a dorso +/- diarrea, pérdida rápida de peso, diabetes, depresión
 - ▶ 4. Cáncer de colon: dolor abdominal asociado a cambio de hábito evacuatorio, anemia ferropénica, HDB, oclusión o suboclusión intestinal
- ❖ Isquemia mesentérica: Pacientes con factores de riesgo cardiovascular, dolor periumbilical o epigástrico post ingesta, hematoquesia, pérdida de peso, soplo abdominal, nunca aparece en ayunas.
- ❖ EPI:, dolor en hipogastrio con irradiación a región sacra, dispareunia, tacto vaginal doloroso, +/- fiebre, flujo vaginal patológico, antecedentes de infección genital
- ❖ Dolor parietal: superficial, continuo o intermitente, localización fija, afecta un área no mayor a 2 cm, signo de Carnett +, suele estar próximo a una cicatriz, calma con inyección

subcutánea de lidocaína al 2%, puede estar relacionado con ciertos movimientos del paciente, puede coexistir con dispepsia funcional. Los exámenes complementarios son normales

II EXÁMEN FÍSICO

Debe ser completo, muchas veces se obtienen datos que ayudan a definir el carácter orgánico del dolor

- ❖ Pérdida de peso significativa (> 10% del peso)
- ❖ Piel y sistema osteoarticular: palidez, ictericia, petequias, eritema nodoso, adenopatías, artropatías
- ❖ Signos de hepatopatía crónica
- ❖ Visceromegalias, ascitis, masa palpable
- ❖ Fístulas anales y fisuras atípicas
- ❖ Alteraciones cardiovasculares
- ❖ Alteraciones respiratorias

Investigar la presencia de síntomas que acompañan al dolor:

- ❖ Trastornos psiquiátricos o psicológicos (ansiedad, depresión)
- ❖ Diarrea (determinar si es orgánica o funcional)
- ❖ Vómitos
- ❖ Melena
- ❖ Proctorragia
- ❖ Fiebre
- ❖ Diabetes de inicio reciente
- ❖ Prurito
- ❖ Fatiga

III LABORATORIO Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- ❖ Laboratorio completo
- ❖ Ecografía abdominal y renal
- ❖ VEDA/Colonoscopia (pueden diferirse y ser solicitadas en la segunda consulta según hallazgos en el examen físico y anamnesis)
- ❖ Buscar criterios de organicidad en el laboratorio
- ❖ Anemia
- ❖ ERS aumentada
- ❖ Leucocitosis o leucopenia
- ❖ Hepatograma alterado

- ❖ Alteración metabólica (hiperglucemia, ionograma alterado)

Estudios por imágenes (según sospecha diagnóstica).

IV RESUMEN

Solicitar a todos los pacientes

Laboratorio y ecografía abdominal

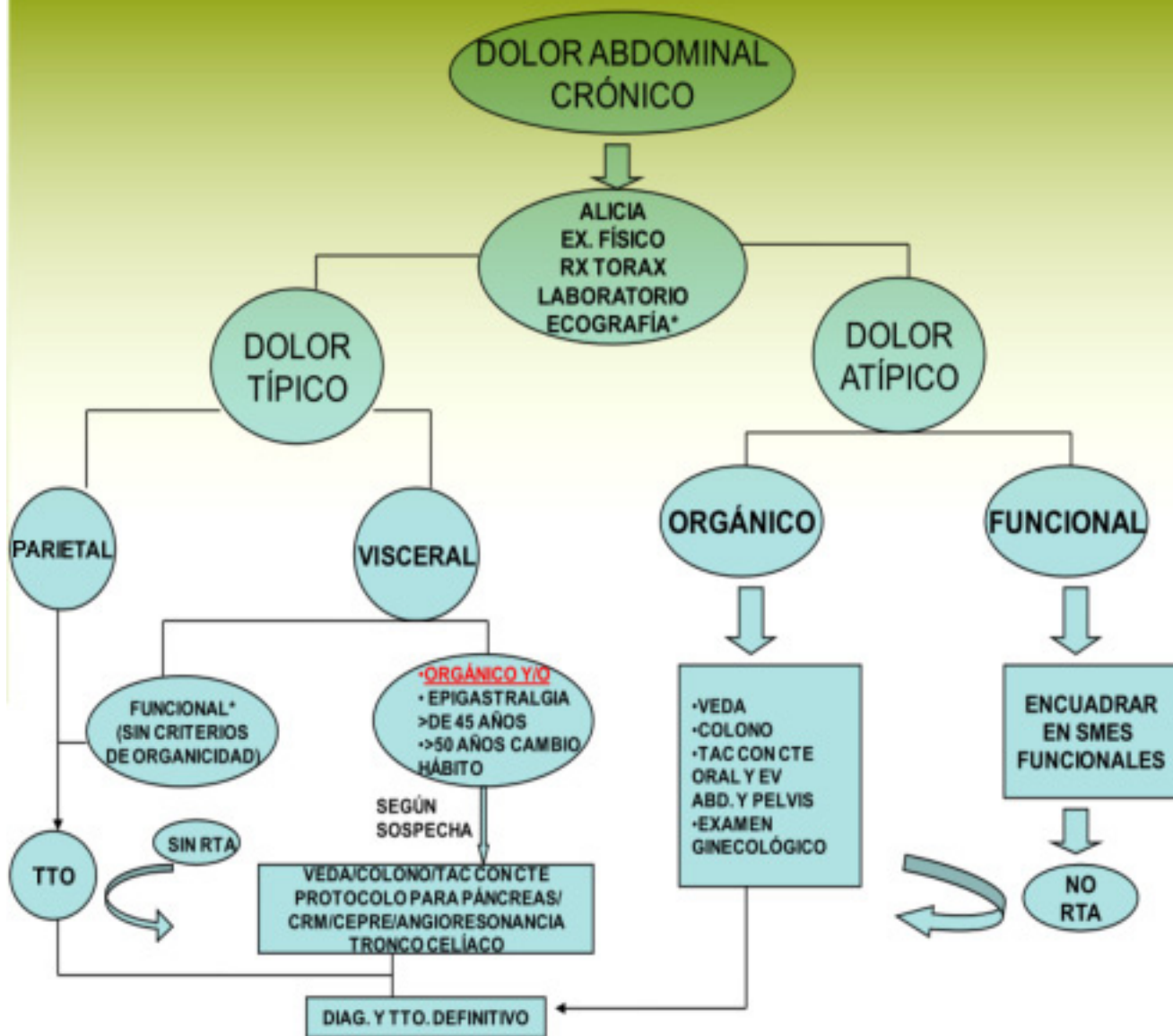
VEDA cuando el paciente tiene epigastralgia y es > de 45 años o presenta síntomas de alarma.

Colonoscopia:

- ❖ Cambio de hábito evacuatorio
- ❖ Mayor de 50 años
- ❖ Diarrea orgánica
- ❖ Pérdida de peso
- ❖ Anemia
- ❖ Antecedentes familiares de cáncer de colon

Según características del dolor y sospecha clínica, el médico podrá solicitar TAC de abdomen con contraste oral y EV, angiografía de tronco celíaco y arteria mesentérica, Colangiografía para evaluar vía biliar y Wirsung, CPRE, marcadores tumorales, manometría anorrectal y tiempo de tránsito colónico (trastornos funcionales), ecografía ginecológica

ALGORITMO



Bibliografía

- Henriëtte AM van den Heuvel-Janssen, Jeroen AJ Borghouts. Chronic non-specific abdominal complaints in general practice: a prospective study on management, patient health status and course of complaints. *BMC Fam Pract.* 2006; 7: 12.
- Carole C Upshur, Roger S Luckmann, and Judith A Savageau. Primary Care Provider Concerns about Management of Chronic Pain in Community Clinic Populations. *J Gen Intern Med.* 2006 June; 21(6): 652–655.
- David S Sanders, Iman AF Azmy, and David P Hurlstone. A New Insight into Non-Specific Abdominal Pain. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006 March; 88(2): 92–94.
- Risa Bordman and Bethany Jackson. Below the belt: Approach to chronic pelvic pain. *Can Fam Physician.* 2006 December 10; 52(12): 1556–1562.
- Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology.* 2006; 130:1377-1390.
- Radhika Srinivasan, M.D. Chronic Abdominal Wall Pain: A Frequently Overlooked Problem. *Practical Approach to Diagnosis and Management. AJG – Vol. 97, No. 4, 2002*