



## Capítulo 29

### DOLOR ABDOMINAL AGUDO

D. Cuevas del Pino - D. Palomares Rabadán - A. Blanco Bravo

#### INTRODUCCIÓN

Cuadro clínico que incluye procesos de diversa gravedad.

El término **abdomen agudo** se aplica al cuadro clínico cuyo síntoma principal es el dolor abdominal y que implica generalmente un proceso intraabdominal grave, urgente y que requiere solución quirúrgica inmediata.

#### VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE A SU LLEGADA A URGENCIAS

En primer lugar, **establecer la gravedad del cuadro y detectar la existencia de shock** (hipovolémico o séptico-tóxico), por lo que el primer paso es estabilizar la situación clínica del enfermo y posteriormente proceder a su diagnóstico:

- ▲ Se aseguran dos vías venosas para la reposición hidroelectrolítica.
- ▲ Posteriormente, si es posible, se colocará *catéter venoso central* para cuantificar la presión venosa y valorar el tipo de shock.
- ▲ Administrar *oxígeno* con mascarilla a altas concentraciones.
- ▲ Realizar analítica básica: *Sistemático de Sangre, Estudio de Coagulación, bioquímica elemental* (iones, urea, glucosa, creatinina), *gasometría arterial* y obtener muestra para *pruebas cruzadas*. Dependiendo de la sospecha clínica se pedirán estudios analíticos complementarios (amilasa, lipasa, calcio, bilirrubina, enzimas hepáticas, niveles de digoxina, CPK, etc).
- ▲ *ECG*.
- ▲ *Sonda nasogástrica* (descartar sangrado digestivo) y *sondaje vesical* para controlar el ritmo de diuresis (obteniendo además sistemático de orina).
- ▲ Los restantes estudios dependerán de la sospecha clínica: radiología, ecografía abdominal, TAC, etc.

Hay que descartar o confirmar lo antes posible: perforación de víscera hueca, disección aórtica, rotura de vaso de grueso calibre y hemorragia intraabdominal, procediendo a tratamiento quirúrgico en la mayor brevedad.

#### DIAGNÓSTICO

##### 1. HISTORIA CLÍNICA:

- ▲ **EDAD:** patologías más frecuentes en los distintos grupos de edad.
- ▲ **SEXO:** en mujeres debe considerarse la patología ginecológica como responsable de un cuadro de dolor abdominal.
- ▲ **ANTECEDENTES PERSONALES:**  
Alergias medicamentosas, intervenciones quirúrgicas previas, antecedentes médicos, ingestión de fármacos, etc.
- ▲ **CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR:**
  - **CRONOLOGÍA DE LOS SINTOMAS:** horas de evolución, forma y sitio de comienzo, factor desencadenante.  
El dolor severo de instauración brusca sugiere perforación de víscera hueca, rotura de órgano sólido, isquemia-infarto intestinal o embarazo ectópico. El dolor abdominal de comienzo gradual, generalmente indica proceso inflamatorio.

- **LOCALIZACIÓN:**

El dolor vago y difuso en la línea media, usualmente es de origen visceral (isquemia o distensión de víscera hueca), sin olvidar el dolor referido.

El dolor localizado, agudo, quemante, corresponde a irritación peritoneal en progresión.

- **IRRADIACIÓN.**

- **CARÁCTER:**

Cólico en la obstrucción de víscera hueca o espasmo intestinal. Continuo en procesos inflamatorios o isquémicos.

- **INTENSIDAD Y DURACIÓN.**

- **FACTORES DESENCADENANTES.**

- ▲ **SINTOMAS ACOMPAÑANTES:**

- **DIGESTIVOS:** náuseas, vómitos, anorexia, alteraciones del ritmo intestinal, características de las heces (preguntar sobre posibles datos de hemorragia digestiva).

- **EXTRAABDOMINALES:** fiebre, sintomatología miccional, tos, disnea o dolor torácico, mareo, síncope etc.

## 2. EXPLORACIÓN FÍSICA:

- ▲ **Exploración general del paciente:**

- Determinar constantes vitales, estado de perfusión, nutrición e hidratación.
- Posición adoptada por el paciente y su actitud (inmóviles en un cuadro de irritación peritoneal; agitado en el dolor cólico).

- ▲ **Auscultación cardiopulmonar.**

- ▲ **Exploración abdominal:**

- **INSPECCIÓN:** descubrir completamente el abdomen del paciente (quitar pañales de incontinencia a las personas mayores), buscar hernias de pared abdominal, cicatrices de intervenciones previas (obstrucción intestinal por bridas), distensión abdominal, circulación colateral, alteraciones cutáneas (*signos de Grey-Turner o Cullen*), hematomas, etc.

- **AUSCULTACIÓN:** valora la motilidad intestinal. Aumento del peristaltismo en obstrucción intestinal y GEA; disminución del peristaltismo en peritonitis e íleo paralítico. Detecta la existencia de soplos arteriovenosos.

- **PALPACIÓN:** superficial comenzando distal al lugar de máximo dolor. Detectar zonas de dolor y resistencia muscular (**defensa**); La contractura muscular constituye un signo de irritación del peritoneo parietal (debe diferenciarse de la defensa voluntaria realizada por el paciente ante el temor a experimentar dolor). La contractura generalizada dará lugar al llamado "**vientre en tabla**". El rebote doloroso (**Blumberg**) también indica irritación peritoneal.

La palpación profunda pondrá de manifiesto la existencia de visceromegalias, hernias, eventraciones, masas o tumoraciones.

EN TODOS LOS CASOS SE EXPLORARÁN LOS ORIFICIOS HERNIARIOS, SOBRE TODO EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE OBSTRUCCIÓN INTES-TINAL DE DELGADO.

- **PERCUSIÓN:** detecta irritación peritoneal. Valora matideces o timpanismos en localizaciones anómalas.

- ▲ **Exploración rectal:** tono esfinteriano, masas, características de las heces, próstata y cuello uterino, ocupación del fondo de saco de Douglas...

- ▲ **Exploración genital.**



▲ **Otras:**

Valoración del contenido gástrico por medio de SNG (sangrado digestivo, aspirado fecaloideo en obstrucción intestinal distal...).

**Cuadro 29.1: Localización del dolor y patologías según cuadrantes**

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	EPIGASTRIO	CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO
Patología de vesícula y vía biliar. Pancreatitis. Patología hepática. Absceso subdiafragmático abdominal. Perforación úlcus péptico. Apendicitis retrocecal. Neumonía y pleuritis. Patología riñón derecho. Patología ángulo hepático y colon ascendente.	Úlcus gastroduodenal. Pancreatitis. Esofagitis. Apendicitis.  IAM (inferior).	Perforación úlcus péptico. Pancreatitis. Patología esplénica. Aneurisma aorta.  Absceso subdiafragmático. Patología riñón izquierdo. Hernia hiatal complicada. Neumonía, pleuritis, IAM. Patología ángulo esplénico y colon descendente.
<b>PERIUMBILICAL</b> Pancreatitis. Obstrucción intestinal. Úlcus péptico. Apendicitis. Diverticulitis. Hernia inguinal incarcerada. Aneurisma aorta abdominal. Trombosis-isquemia mesentérica.		
CUADRANTE INFERIOR DERECHO	HIPOGASTRIO	CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO
Apendicitis aguda. Adenitis mesentérica. Divertículo Meckel. Ileitis. Crohn. Patología ovárica. Torsión testicular. Patología riñón derecho. Perforación-neoplasia ciego.	Apendicitis aguda. Patología ginecológica. Torsión testicular. Patología renoureteral. Enfermedad inflamatoria intestinal Patología vesical.	Diverticulitis aguda. Patología ovárica. Enfermedad inflamatoria Intestinal. Patología riñón izquierdo. Patología colon izquierdo. Colitis isquémica. Epididimitis-torsión testicular

**Hallazgos que implican urgencia:**

- ▲ Palidez, sudoración, taquicardia, obnubilación, hipotensión y fiebre elevada.
- ▲ Contractura abdominal y signos de irritación peritoneal.
- ▲ Distensión abdominal intensa con silencio abdominal.

**3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

▲ **Pruebas de laboratorio:**

- Hemograma.
- Estudio de coagulación.
- Bioquímica: urea, creatinina, glucosa, iones, amilasa, lipasa, CPK-MB.
- Gasometría arterial o venosa.

- ▲ **ECG:** Cuando se sospeche origen cardíaco en un cuadro de dolor abdominal y en aquellos pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía.

### ▲ Estudios radiológicos:

- **RX TÓRAX:** pedir siempre en bipedestación, ya que puede visualizarse neumoperitoneo como primer indicio de aire libre intraperitoneal. Se descartarán neumonías, neumotórax, derrame pleural, hernias diafragmáticas, ensanchamiento mediastínico, etc.
- **RX ABDOMEN:** siempre en decúbito supino y bipesdestación (o decúbito lateral izquierdo si el paciente no puede mantenerse de pie) para ver niveles hidroaéreos, neumoperitoneo, etc. Valora estructuras óseas, patrón gas intestinal, silueta de vísceras sólidas, aerobilia, etc.
- **ECO ABDOMINAL:** es el método de imagen de elección en patología hepática, de vesícula y vía biliar, patología renoureteral y ginecológica, aneurismas abdominales y existencia de líquido libre abdominal. Es fácilmente disponible, indolora e inocua.
- **TAC ABDOMINAL:** ante sospecha de patología retroperitoneal, traumatismo abdominal, complicaciones postquirúrgicas y dudas diagnósticas tras estudios anteriores. Útil en patología hepática, pancreatitis y sus complicaciones, tumores intraabdominales y localización de colecciones intraabdominales (puede ser terapéutica: drenaje percutáneo).
- **ENEMA OPACO:** en obstrucción intestinal baja. Terapéutico en vólvulo de sigma.
- **ARTERIOGRAFÍA:** isquemia mesentérica, aneurismas disecantes o hemorragia digestiva baja de origen desconocido.
- **ENDOSCOPIA:** en episodio de hemorragia digestiva alta.

- ▲ **Punción-lavado peritoneal:** En traumatismos abdominales severos ó con presencia de inestabilidad hemodinámica para confirmar o descartar sospecha de hemoperitoneo.

## MANEJO Y TRATAMIENTO

- \* Establecer **diagnóstico diferencial** entre entidades que requieran tratamiento médico y aquellas que constituyan una emergencia quirúrgica. El enfermo debe ser valorado por el cirujano, ante la menor duda de indicación terapéutica.
- \* Siempre estabilizar al enfermo antes de proceder a solicitar pruebas complementarias.
- \* El tratamiento e indicación de ingreso dependen del diagnóstico y su repercusión.

### Criterios de tratamiento quirúrgico:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peritonitis localizada o difusa.</li> <li>- Absceso no drenable percutáneamente.</li> <li>- Distensión abdominal progresiva por obstrucción intestinal.</li> <li>- Isquemia intestinal.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aneurisma aórtico complicado.</li> <li>- Neumoperitoneo.</li> <li>- Masa inflamatoria y sepsis.</li> <li>- Obstrucción intestinal completa en Rx.</li> <li>- Extravasación de contraste en Rx (perforación).</li> </ul> |
|---|--|

### Procesos que en función de su evolución pueden requerir tratamiento quirúrgico

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colecistitis aguda.</li> <li>- Pancreatitis aguda.</li> <li>- Diverticulitis aguda.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Megacolon tóxico.</li> <li>- Rotura de quiste ovárico.</li> <li>- Salpingitis aguda.</li> </ul> |
|---|--|

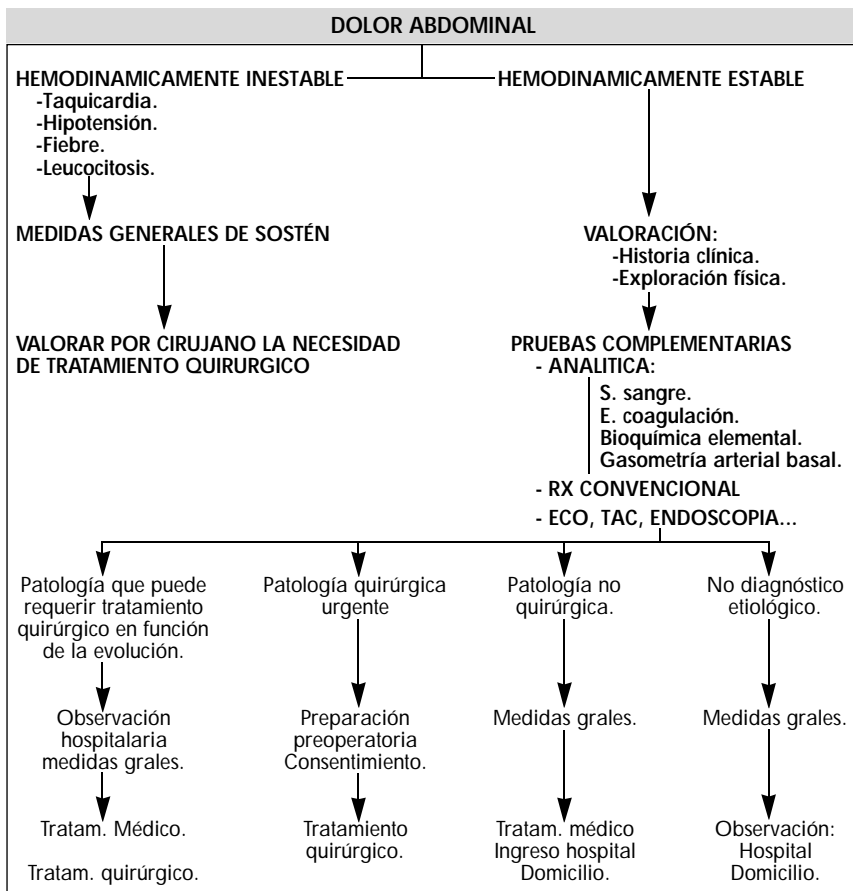
*Estas patologías, indican la necesidad de ingreso hospitalario con criterios de observación.*



**Observación y tratamiento médico:** cuando no se llega a un diagnóstico a pesar de la valoración clínica y estudios complementarios. Si el paciente se mantiene con criterios de observación, deberá evitarse el uso de analgesia.

**La decisión de ingreso hospitalario se tomará en relación a la situación clínica del paciente:**

- ▲ **INGRESO HOSPITALARIO CON CRITERIOS DE OBSERVACIÓN:** Se realizará evaluación completa (exploración física más hemograma y bioquímica elemental, y en ocasiones otras pruebas complementarias) en las primeras 4-6 horas. Ante una sospecha diagnóstica determinada, se comenzará con tratamiento médico empírico y se mantendrán criterios de observación.
- ▲ En caso de dolor abdominal inespecífico, sin signos de irritación peritoneal en la exploración física, buen estado general del paciente y no hallazgos patológicos en las pruebas complementarias, se realizará **OBSERVACIÓN DOMICILIARIA, RECOMENDANDO AL PACIENTE ACUDIR A URGENCIAS SI LA EVOLUCIÓN ES DESFAVORABLE.**



**BIBLIOGRAFÍA:**

- ▲ Dorado Pombo S. Dolor abdominal. En: Medina Asensio editor. Manual de Urgencias Médicas. 12 de Octubre. 2ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997. p. 441-451.
- ▲ Krestin GP, Choyke PL. Acute Abdomen. Diagnostic Imaging in the Clinical Context. New York: Thieme Medical Publishers; 1996.
- ▲ Silen W. Abdominal pain. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL. Et al., editores. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14ª ed. New York: McGraw Hill; 1998. p. 65-68.
- ▲ Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fisher JE, Galloway AC. Principles of Surgery. 7ª ed. New York: McGraw Hill; 1999.
- ▲ Andreoli TE, Carpenter CJ, Plum F, Smith LH, Bass NM. Cecil, Compendio de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill; 1990.
- ▲ Levitt MD. Enfoque del paciente con dolor abdominal. En: Kelley WVN ed. Medicina Interna 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1993. p. 651-656.