

## **DOLOR ABDOMINAL AGUDO**

El dolor abdominal es una síntoma inespecífico de multitud de procesos que si bien suele ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extraabdominales o por enfermedades sistémicas.

Es importante la diferenciación del concepto de *abdomen agudo* de un cuadro de dolor abdominal. Aunque puede englobar diversos conceptos, el abdomen agudo se puede definir como un síndrome caracterizado por la presencia de dolor abdominal de inicio brusco con importante repercusión del estado general. Ante un paciente es esencial el diagnóstico sindrómico de abdomen agudo por que su tratamiento suele ser quirúrgico y por que la vía final común es la peritonitis que suele seguirse de shock , insuficiencia renal aguda , acidosis , insuficiencia respiratoria , sepsis y cifras elevadas de mortalidad.

### **FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR ABDOMINAL**

El dolor abdominal puede tener diferentes desencadenantes y vías de propagación, así distinguimos:

- *Dolor visceral*: Originado en las vísceras y el peritoneo visceral ; los estímulos dolorosos se transmiten por el sistema simpático hasta el ganglio raquídeo y de aquí al asta posterior medular por donde llegarán hasta el tálamo. Es un dolor de carácter sordo y de localización poco precisa , se puede acompañar de sintomatología vagal.
- *Dolor somático o parietal*: Originado en las estructuras de la pared abdominal y el peritoneo parietal; los estímulos se transmiten por los nervios periféricos correspondientes a los dermatomas, hasta el asta posterior medular y desde aquí a las fibras contralaterales del haz espinotalámico lateral. A nivel medular puede establecerse un reflejo autónomo a través de las vías eferentes simpáticas y también pueden transmitirse impulsos al asta anterior dando lugar a un componente motor (reflejo espinal, contractura muscular). Es un dolor agudo, intenso y bien localizado.
- *Dolor referido*: Se percibe en regiones anatómicas diferentes a la zona de estimulación y se produce por que esta zona de estimulación comparte segmento neuronal sensorial con el área dolorosa.

Un ejemplo clásico es la apendicitis aguda. Cuando se produce la obstrucción de la luz apendicular provoca distensión de sus paredes y se pone en marcha un proceso inflamatorio, que se traduce en el comienzo de la sintomatología como dolor abdominal difuso y mal localizado con componente vegetativo (dolor visceral), conforme se produce afectación de la pared, se irrita el peritoneo parietal por vecindad y aparece un dolor localizado en fosa ilíaca derecha con contractura muscular (dolor parietal).

Un ejemplo de dolor referido sería el que puede aparecer a nivel de la escápula derecha durante un cólico biliar.

Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grandes grupos: de tipo mecánico , de tipo inflamatorio y de tipo isquémico

- **Mecánicos**: Son la tracción , la distensión y estiramiento sobre las capas musculares de las vísceras huecas, el peritoneo y la cápsula de la vísceras macizas; es importante que se produzca de modo brusco pues una instauración progresiva puede no ocasionar dolor.
- **Inflamatorias**: La liberación de sustancias implicadas en el proceso inflamatorio tanto físico como infeccioso es un poderoso estímulo doloroso.

- **Isquémicos:** El cese de riego sanguíneo a una víscera, ya sea primario por embolia o trombosis o secundario por torsión de su pedículo vascular, provoca dolor debido a la irritación que provoca la concentración de determinados metabolitos tisulares.

Hay que tener en cuenta también la diferente sensibilidad de las estructuras intraabdominales, así por ejemplo la mucosa de casi todo el tubo digestivo no aprecia sensación dolorosa, las vísceras huecas son más sensibles al aumento de presión, el peritoneo visceral es prácticamente indoloro y que existen unas zonas denominadas "áreas silenciosas" (cámara gástrica y ciego) que no provocan dolor hasta que no se produce irritación peritoneal u obstrucción.

### CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR ABDOMINAL

A la hora de enfrentarnos a un paciente con un cuadro de dolor abdominal es necesario definir exactamente sus características , de esta manera podremos establecer un diagnóstico sindrómico que nos orientará para conducir su estudio y actitud terapéutica.

Ante un dolor abdominal debemos considerar:

*Edad:* Numerosas enfermedades se presentan en grupos de población de una determinada edad , lo cual ya es de por sí orientativo. Por ejemplo, podemos esperar una invaginación intestinal como causa de un cuadro oclusivo en un niño de corta edad, siendo excepcional en el adulto. Sin embargo una obstrucción intestinal en un paciente añoso sin antecedentes , nos hará sospechar la existencia de un cáncer de colon.

Otra consideración importante respecto a la edad es la dificultad diagnóstica en el paciente anciano a la que me referiré más adelante.

*Localización y cronología del dolor:* Debe establecerse con exactitud y valorarse sus irradiaciones. También es importante considerar si se ha producido desplazamiento del dolor. Muchos cuadros abdominales tienen una pauta de dolor característica como por ejemplo el de la perforación de un ulcus duodenal, que tiene un inicio brusco en epigastrio muy intenso y posteriormente se generaliza al resto del abdomen.

*Intensidad del dolor:* Es un parámetro de difícil valoración aunque se puede generalizar que la intensidad del dolor está en relación con la importancia de la enfermedad , es decir , un dolor de escasa intensidad rara vez es síntoma de un proceso grave.

| <b>PATOLOGIAS MAS FRECUENTES SEGÚN LA LOCALIZACIÓN</b>   |  |   |
|--|--|---|
| <b>CUADRANTE SUPERIOR DERECHO</b>  | <b>EPIGASTRIO</b>  | <b>CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colecistitis aguda</li> <li>• Úlcera duodenal perforada</li> <li>• Pancreatitis aguda</li> <li>• Hepatitis</li> <li>• Hepatomegalia congestiva aguda</li> <li>• Pielonefritis aguda</li> <li>• Angina de pecho</li> <li>• Apéndice retrocecal</li> <li>• Neumonía con reacción pleural</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcus péptico</li> <li>• Esofagitis</li> <li>• Perforación gástrica</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Pancreatitis aguda</li> <li>• Neumonía con reacción pleural</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotura de Bazo</li> <li>• Úlcera gástrica perforada</li> <li>• Pancreatitis aguda</li> <li>• Perforación de colon</li> <li>• Neumonía con reacción pleural</li> <li>• Pielonefritis aguda</li> <li>• Infarto agudo de miocardio</li> <li>• Cólico nefrítico</li> </ul> |

| • Cólico nefrítico  |  |   |
|---|--|---|
| <b>CENTRAL (PERIUMBILICAL)</b>  | <b>CUADRANTE INFERIOR DERECHO</b>  | <b>CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstrucción intestinal</li> <li>• Salpingitis aguda</li> <li>• Pancreatitis aguda</li> <li>• Trombosis mesentérica</li> <li>• Hernia estrangulada</li> <li>• Aneurisma aórtico complicado</li> <li>• Diverticulitis aguda</li> <li>• Uremia</li> <li>• Cetoacidosis diabética</li> <li>• Angor intestinal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apendicitis</li> <li>• Salpingitis aguda</li> <li>• Rotura de folículo</li> <li>• Embarazo ectópico roto</li> <li>• Quiste ovárico complicado</li> <li>• Adenitis mesentérica</li> <li>• Hernia inguinal estrangulada</li> <li>• Ileitis regional</li> <li>• Ciego perforado</li> <li>• Absceso de psoas</li> <li>• Cálculo ureteral</li> <li>• Epididimitis</li> <li>• Torsión de testículo</li> <li>• Pielonefritis</li> <li>• Hidronefrosis</li> <li>• Retención urinaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diverticulitis sigmoidea</li> <li>• Salpingitis aguda</li> <li>• Rotura de folículo</li> <li>• Embarazo ectópico roto</li> <li>• Quiste ovárico complicado</li> <li>• Hernia inguinal estrangulada</li> <li>• Absceso de psoas</li> <li>• Cálculo ureteral</li> <li>• Epididimitis</li> <li>• Torsión de testículo</li> <li>• Pielonefritis</li> <li>• Hidronefrosis</li> <li>• Colitis isquémica</li> <li>• Retención urinaria</li> </ul> |

*Características del dolor:* Podemos clasificarlo en tres tipos fundamentales:

- dolor constante: es continuo en el tiempo y permanece con la misma intensidad , puede ser característico de patología inflamatoria.
- dolor intermitente: el dolor presenta intervalos no dolorosos
- dolor cólico: si existen variaciones en intensidad y cierto ritmo temporal; es típico de procesos obstructivos

Sin embargo no siempre podemos encasillar un dolor abdominal en alguno de estos tres tipos.

*Factores que modifican el dolor:* Hay que analizar si se produce variación del dolor con la respiración, con la ingesta, con el vómito , con la deposición, etc. Así el dolor por irritación peritoneal se agrava con el movimiento, el dolor ulceroso se calma con la ingesta, en la pancreatitis se experimenta un alivio del dolor al inclinarse el paciente hacia adelante. Un dolor cólico que se alivia con la deposición puede ser indicativo de patología en el colon, el vómito alivia el dolor en procesos obstructivos del tracto gastrointestinal superior, etc.

*Sintomatología acompañante:* El dolor abdominal no suele ser presentarse como único síntoma en un paciente sino acompañado por otra sintomatología que nos ayuda a disminuir su carácter inespecífico , como por ejemplo:

- Vómitos: Suelen ser síntoma frecuente en las enfermedades abdominales acompañados por nauseas , dependiendo de la causa de los mismos. Podemos reconocer tres mecanismos principales: a) irritación intensa de los nervios del peritoneo o mesenterio ( perforación de víscera hueca, apendicitis, etc.). b) obstrucción de conducto dotado de musculatura lisa (intestino, colédoco ,etc.). c) acción de toxinas sobre centros bulbares.

Es también importante valorar las materias vomitadas ( vómito alimenticio, bilioso, fecaloideo, etc.) También hay que ver la relación del vómito con el dolor ( aparece rápidamente en la estrangulación y es más tardío en

la oclusión, alivia el dolor en las retenciones gástricas, etc.)

- Habito intestinal: Los cambios en el ritmo intestinal nos ayudan a valorar los cuadros oclusivos, pudiendo aparecer falta de emisión de gases y heces antes de instaurarse el proceso doloroso. Un cuadro de diarrea con dolor abdominal cólico, vómitos y febrícula nos encamina hacia un diagnóstico de gastroenteritis.
- Sintomatología urinaria y trastornos ginecológicos : Muchas veces trastornos de esta esfera provocan cuadros de dolor abdominal ( es importante la historia menstrual, posibilidad de embarazo, antecedentes de infecciones urinarias , prostatismo, etc.
- Otra serie de síntomas como ictericia, coluria , fiebre, etc. también nos orientan para el diagnóstico.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Ante todo, y como ante cualquier enfermo, es necesario valorar el estado general del enfermo, su grado de conciencia, su actitud ( los cuadros de irritación peritoneal inmovilizan al enfermo por que el movimiento le produce dolor, los dolores cólicos producen inquietud y el paciente no puede estar en reposo ) , su coloración ( la "Facies Hipocrática" con color ceniciento, ojos hundidos, nariz afilada, fatiga, etc. es un signo clásico de cuadro peritonítico avanzado), etc.

La exploración debe comenzar por *la inspección* del abdomen. Se observará la movilidad espontánea de la pared abdominal y con los movimientos respiratorios ( en los procesos que cursan con irritación peritoneal se produce inmovilidad durante la respiración , existiendo una respiración superficial). También debe analizarse la posible presencia de cicatrices de intervenciones anteriores, la simetría abdominal , la existencia de masas protuberantes y si existe distensión abdominal . Debemos fijarnos en la posible existencia de circulación colateral , existencia de vesículas (Herpes Zoster) u otros signos cutáneos como la equimosis periumbilical ( signo de Cullen ) y en flancos (signo de Grey – Turner) que son característicos de las pancreatitis necrohemorrágicas graves. Existen otros signos clásicos como el " nódulo de la hermana María José" que es una masa en región umbilical y representa una metástasis cutánea de un adenocarcinoma intraabdominal, etc.

*La palpación* debe realizarse de una forma suave para evitar provocar en el paciente una contracción voluntaria de la musculatura abdominal. También es recomendable llevar una rutina exploratoria colocándose siempre al mismo lado del paciente y palpar el abdomen por cuadrantes siguiendo la misma dirección dejando para el final la zona dolorosa. Se identificará la topografía del dolor. La palpación es la maniobra exploratoria más rentable , siendo en ocasiones lo único en que nos podemos basar para realizar una exploración quirúrgica a un enfermo. Se valorarán los siguientes aspectos:

- Palpación superficial: se apreciará la existencia de zonas de hiperestesia cutánea.
- Palpación profunda: Buscamos la existencia de organomegalias (hígado, bazo, riñón) y de masas ( hidrops vesicular, pseudoquistes pancreáticos, plastrones inflamatorios, neoplasias, aneurismas , hernias).
- Contractura abdominal: refleja la existencia de una irritación peritoneal y aparece en cuadros que suelen requerir cirugía urgente. Es de suma importancia diferenciarla de la contractura voluntaria, que se modifica durante la exploración, a veces es difícil diferenciarla sobre todo en niños, personas con un estado de ansiedad, dementes, etc.
- Signo de Murphy: Valora la existencia de una colecistitis aguda. Se colocan las puntas de los dedos en el hipocondrio derecho y se manda al paciente que realice una inspiración profunda, produciéndose un dolor agudo a ese nivel debido al descenso del diafragma que desplaza al hígado y a la vesícula inflamada.
- Signo de Blumberg: Dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa. En la fosa ilíaca derecha es muy indicativo de apendicitis aguda.
- Signo de Rovsing: Dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda.

También es indicativo de apendicitis aguda.

- Signo de Cope o del dolor contralateral: Consiste en presionar sobre la zona contralateral a la zona dolorosa y descomprimir bruscamente. Si la lesión es intraabdominal, se exagera el dolor en la zona afecta; en cambio si es un dolor referido (por ejemplo torácico), no se modificará.
- Signo del Psoas. Se coloca la mano del explorador en la fosa ilíaca y se ordena al paciente que flexione el muslo oponiéndose a dicha flexión con la otra mano. Se considera positivo si se produce dolor intenso en dicha zona. Es positivo en la apendicitis retrocecal, abscesos del psoas, algunas pancreatitis, etc. Se produce por irritación del músculo psoas en procesos retroperitoneales.
- Signo del obturador: Se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso. Es positivo en la apendicitis pélvica, abscesos intrapélvicos, etc.
- Maniobra de San Martino: Al efectuar el tacto rectal se procede a una dilatación del esfínter anal y el dolor abdominal generalizado se localiza en el punto lesional.
- Tacto rectal: Es una maniobra imprescindible en el estudio de un dolor abdominal. Se explora la próstata y vesículas seminales, útero; se buscarán masas rectales, ocupación del fondo de saco de Douglas y exacerbación del dolor a la presión. Es importante observar al retirar el guante las características de las heces y si existe sangre, moco o pus en las mismas.
- Tacto vaginal: Exploramos el útero y anejos, masas, desencadenamiento del dolor a la palpación del cuello, etc. Es importante realizar una exploración bimanual: tacto vaginal–abdomen.

Mediante la *percusión abdominal* valoramos la existencia de matideces o timpanismos abdominales. Una matidez fisiológica es el reborde hepático, si esta matidez se extiende más de 2 transversos de dedo por debajo del reborde costal se considerará la existencia de Hepatomegalia. Una distensión abdominal con timpanismo generalizado es signo de distensión abdominal, sin embargo una distensión abdominal con matidez generalizada es sugerente de ascitis, que podemos corroborar con cambios de timpanismo y matidez según los diferentes decúbito. Matideces en localizaciones anómalas son indicativas de organomegalias (esplenomegalia) y masas intraabdominales.

La *auscultación abdominal* se realiza para valorar la intensidad y características de los ruidos abdominales. Debe realizarse durante unos 2 minutos. En un peristaltismo normal se escucha ruido intestinal cada 1 a 3 minutos, pudiendo encontrar ausencia de ruidos (ileo paralítico o reflejo por peritonitis), ruidos metálicos (característicos de la obstrucción intestinal), etc. También es importante valorar la existencia de soplos intraabdominales (característicos de aneurismas aórticos).

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

No es mi propósito analizar detenidamente cada una de las pruebas complementarias a realizar en el estudio de un paciente con dolor abdominal, sino revisar someramente aquellos estudios con los que podemos abordar el enfoque inicial de un determinado cuadro clínico con el objeto de tomar decisiones terapéuticas o de manejo inicial del enfermo.

También es importante considerar que estos estudios iniciales ayudan, por regla general, a confirmar un diagnóstico y que en ningún modo deben ser las únicas guías de la decisión terapéutica.

**DATOS ANALÍTICOS:** El *Hemograma* forma parte del estudio rutinario en prácticamente cualquier estudio diagnóstico. En el dolor abdominal agudo es importante valorar el descenso del hematocrito y de la concentración de hemoglobina que sugiere pérdidas hemáticas por lesión de vasos sanguíneos, bien traumáticas o espontáneas (aneurisma disecante de aorta, embarazo extrauterino, etc.), pudiendo la hemorragia localizarse a nivel peritoneal o retroperitoneal, siendo raro que una hemorragia digestiva sea causa de un cuadro doloroso agudo. Hay que tener en cuenta que en las primeras horas, el valor del hematocrito no varía en los cuadros hemorrágicos agudos.

La determinación del hematocrito en situaciones no hemorrágicas, es útil para valorar el grado de

deshidratación (pérdida de líquido extracelular) motivado por vómitos , atrapamiento de líquido en asas intestinales dilatadas o por falta de aporte (sobre todo en niños y ancianos).

En ciertos cuadros hematológicos específicos que cursan con cuadros de dolor abdominal agudo, el estudio de las características de los glóbulos rojos puede ser diagnóstico ( punteado basófilo en Saturnismo, esferocitosis, etc.).

El recuento de leucocitos está alterado en los procesos inflamatorios, presentando leucocitosis con neutrofilia, pero este es un dato inespecífico y tiene un valor muy limitado, debiendo ser valorado junto con el cuadro clínico y otras exploraciones. Hay que recordar que un recuento leucocitario normal no excluye una infección activa y que en pacientes inmunodeprimidos, ancianos, en déficits nutricionales, etc., la respuesta leucocitaria a la inflamación puede retrasarse o no presentarse. La intensidad de la leucocitosis tampoco tiene relación con la gravedad del proceso, aunque es común encontrar recuentos elevados en procesos graves como isquemia intestinal, peritonitis , etc.

La neutropenia tampoco es específica de ningún proceso, aunque cuando aparece en procesos abdominales que cursan con sepsis, es signo de mal pronóstico. La eosinofilia aparece en ciertos procesos digestivos como linfomas, gastritis eosinófila, hidatidosis complicada, etc. la eosinopenia junto con un cuadro clínico compatible aparece en la fiebre tifoidea.

Las *pruebas de coagulación* tienen su utilidad para una intervención quirúrgica para la valoración del riesgo hemorrágico, también nos proporcionan un índice de la funcionalidad hepática estando alteradas en procesos tales como cirrosis hepática, hepatopatías agudas graves, estadios finales del shock, etc.

Dentro de la *bioquímica sanguínea* tiene especial importancia la determinación de amilasa que, aunque puede estar alterada en múltiples procesos abdominales y extraabdominales, con cifras superiores a 300 UI es sugestiva de pancreatitis aguda. Otras determinaciones como Glucosa, Urea y Creatinina nos ayudan a valorar el estado general del paciente, su función renal y estado de hidratación. La CPK es importante realizarla en el diagnóstico diferencial con dolores abdominales referidos provocados por infarto de miocardio. El estudio del ionograma debe realizarse siempre en pacientes que han vomitado; nos informan del estado general del paciente y de las posibles causas de un ileo parálítico. La *gasometría arterial* contribuye al estudio de los procesos pulmonares implicados en cuadros de dolor abdominal y es importante realizarla cuando sospechemos que puedan existir alteraciones del equilibrio ácido-base como obstrucción intestinal, diarrea grave, fístulas biliares, etc. Existe una acidosis metabólica en los procesos que cursan con lesión necrótica intraabdominal como la isquemia mesentérica y la pancreatitis necrohemorrágica. Puede aparecer una alcalosis metabólica en cuadros que cursen con vómitos de repetición o en el caso de adenomas secretores.

Un *análisis de orina* no debe faltar en el estudio diagnóstico de un dolor abdominal, sobre todo si sospechamos patología renal o de vías urinarias. La presencia de hematuria junto con un cuadro clínico compatible sugiere una litiasis renoureteral. También puede aparecer hematuria y dolor abdominal en tumores, vasculitis, infecciones, etc. La leucocituria o la presencia de nitritos en la orina nos sugiere la presencia de un cuadro infeccioso urinario. No debe olvidarse realizar un Test de embarazo en mujeres jóvenes con cuadros de dolor abdominal de inicio brusco para descartar la existencia de embarazo ectópico .

**ELECTROCARDIOGRAMA:** Se debe realizar un ECG ante cualquier enfermo con dolor abdominal en hemiabdomen superior de manera rutinaria para descartar patología isquémica cardíaca como causante de dolor referido y como estudio preoperatorio , sobre todo en pacientes añosos o con factores de riesgo.

**ESTUDIOS RADIOLÓGICOS:** La *radiología simple* aunque es una técnica de imagen de muy escasa resolución de contraste, es importante realizarla por la gran cantidad de datos que nos puede suministrar, sobre todo en el paciente que acude con un cuadro de dolor abdominal agudo. Se suele realizar una serie radiológica que incluye : Tórax PA y abdomen en decúbito y bipedestación. Sin embargo, el cuadro clínico que presente

el paciente podrá sugerirnos alguna variación. El caso más especial será, la sospecha de perforación de víscera hueca, en cuyo caso intentaremos demostrar el neumoperitoneo.

En la *Radiografía de Tórax* podremos valorar la existencia de procesos pulmonares como neumonías basales, atelectasias laminares, derrame pleural, neumomediastino que puede indicar una rotura esofágica; elevaciones diafragmáticas como signo indirecto de abscesos subfrénicos, presencia de vísceras con aire en tórax (hernias diafragmáticas) y sobre todo neumoperitoneo que en pacientes sin historia previa de intervenciones quirúrgicas recientes o exploraciones invasivas (laparoscopia, punción lavado peritoneal, etc.) indica siempre rotura de víscera hueca. A veces el ángulo hepático del colon es redundante y se interpone entre el hígado y el diafragma dando una imagen que se confunde con un neumoperitoneo en una radiografía de tórax, es el llamado "síndrome de Chilaiditi".

En la *Radiografía de abdomen simple en decúbito supino* hay examinar rutinariamente:

**Huesos:** Veremos si existen fracturas costales (posibilidad de lesión de hígado o bazo), vertebrales (posibilidad de la existencia de un ileo paralítico reactivo), apófisis transversas lumbares (traumatismo renal) y pelvis (posible lesión vesical).

**Sombras de los Psoas:** Están borradas en afecciones retroperitoneales (abscesos, hematomas, apendicitis retrocecales).

**Patrón aéreo intestinal:** El aire dentro de las asas intestinales se identifica por presentar unas líneas que atraviesan completamente la luz correspondiendo a las válvulas conniventes y que adoptan una distribución clásicamente llamada "en pilas de monedas". El gas en el colon dilatado se identifica por las haustraciones que no atraviesan completamente la luz. Si existe dilatación de asas puede sugerirse la causa mecánica o paralítica por el hecho de que no existe aire distalmente a la obstrucción en un ileo mecánico, mientras que en el paralítico la distensión es generalmente global.

A veces puede observarse un asa dilatada con gas en su interior (asa centinela) en procesos tales como pancreatitis, colecistitis, apendicitis, cólico nefrítico, etc. y que no es más que el reflejo de un ileo segmentario en la proximidad del proceso inflamatorio. Un signo parecido es la aparición de gas en colon que se interrumpe bruscamente (signo del colon cortado) y que aparece en las pancreatitis agudas por espasmo del colon por irritación química del meso. En los vólvulos de colon sigmoide se ve una gran asa dilatada que ocupa casi todo el abdomen (signo del grano de café) y que está fija en todas las proyecciones.

**Aire ectópico:** Buscamos densidad aire fuera de su distribución normal. El gas ectópico a su vez puede estar libre en la cavidad abdominal (neumoperitoneo) o localizado (intramural en la pared del tubo digestivo, en vía biliar, en la vena Porta, en retroperitoneo, en abscesos, etc.). Un neumoperitoneo se observa en la radiografía en decúbito supino con el denominado "signo de Rigler" que es "la visibilidad espontánea de la superficie serosa del intestino", es decir, se identifican las paredes externas e internas de las asas intestinales rodeadas de aire. En condiciones normales solo se puede identificar la superficie interna de las asas debido a que la densidad de la superficie externa no hace interfase radiológica con una densidad distinta y por eso no se ve. Sin embargo cuando hay gas extraluminal se establecerá una fuerte interfase y la superficie serosa se verá muy bien. La localización de gas en la pared de vísceras huecas puede ser signo de infecciones, isquemia, necrosis, neumatosis quística, etc. El gas en retroperitoneo casi siempre es por perforaciones de segmentos extraperitoneales del tubo digestivo o por infección por gérmenes productores de gas. La aerobilia se producirá por comunicación espontánea o quirúrgica de la vía biliar con el tubo digestivo, siendo un signo característico de ileo biliar; también puede aparecer por relajación espontánea del esfínter de Oddi o por esfinterotomía, más excepcional será la colangitis producida por gérmenes productores de gas. El gas en vena Porta generalmente aparece en la enterocolitis necrotizante de los niños o en trombosis mesentérica en el adulto. Otra imagen característica es una imagen en migas de pan o con nivel hidroaéreo fuera del colon que es signo de absceso intraabdominal.

Calcificaciones: En el área biliar, en la zona renal y trayecto ureteral son signo de litiasis. En la zona pancreática indica pancreatitis crónica, en fosa ilíaca derecha puede ser un apendicolito o un teratoma ovárico. También podemos ver flebolitos, aneurisma aórtico calcificado, oleomas en región glútea por inyecciones intramusculares previas, etc.

Líquido libre intraperitoneal: Si hay gran cantidad de líquido hay un aumento difuso de la densidad abdominal con asas centralizadas, dificultad para delimitar el borde hepático y el colon está separado de las líneas grasas de los flancos. Si hay poco líquido es más difícil apreciarlo y habrá que recurrir a otros métodos diagnósticos como la ecografía.

La *Radiografía de Abdomen en bipedestación* se realiza fundamentalmente para la observación de niveles hidroaéreos, como signo de obstrucción intestinal y que representan la existencia de asas intestinales dilatadas con contenido líquido y gas en su interior. Dependiendo de la distribución de estos niveles podemos aproximarnos al diagnóstico de la altura de la obstrucción o si se trata de un ileo dinámico. La radiología simple será poco decisiva para detectar la etiología de la obstrucción.

Las *Radiografías en decúbitos laterales con rayo horizontal* permiten identificar pequeños neumoperitoneos. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo durante unos diez minutos y se realiza la radiografía; pueden verse pequeñas cantidades de aire sobre la zona hepática.

ECOGRAFÍA: Es un método diagnóstico inocuo y fiable. Tiene su principal utilidad en la identificación de patología a nivel de hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo e hipogastrio; siendo su gran enemigo la presencia de gas. Otro problema es que al tratarse de una prueba dinámica depende de la interpretación y experiencia del ecografista.

Sus indicaciones más importantes son la identificación de patología hepática y biliar (colecistitis, colangitis, ictericia obstructiva, procesos intrahepáticos), pancreática (aunque dificultado por la presencia de asas intestinales superpuestas), patología a nivel pélvico (tumores, abscesos, embarazo ectópico, etc.); patología urológica (litiasis renal, Hidronefrosis, absceso perirrenal, etc.), identificación de colecciones líquidas (abscesos, hematomas, quistes, etc); identificación de líquido libre a nivel de espacios subfrénicos, subhepático, gotieras parietocólicas y fondo de saco de Douglas.

La patología del tubo digestivo es la gran laguna que presenta esta técnica diagnóstica en cuanto al estudio del dolor abdominal, presentando una muy baja sensibilidad diagnóstica aunque en algunas patologías como la apendicitis aguda (sobre todo en niños) o la diverticulitis pueda tener una especificidad aceptable.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA. (T.A.C.): Es la exploración complementaria más útil considerada individualmente; proporciona la evaluación más sensible de gas extraluminal y sobre todo del retroperitoneo. Es exacta en la localización de colecciones y nos da la opción de realizar su drenaje, también localiza las lesiones inflamatorias y lesiones ocupantes de espacio. Todo paciente con sospecha de patología retroperitoneal y aquellos con enfermedad progresiva con diagnóstico oscuro deben ser candidatos a estudio con T.A.C.

Tiene el inconveniente de que irradia al paciente, es más cara que la ecografía y no siempre está disponible.

ESTUDIOS CON CONTRASTE: Ante la sospecha de obstrucción debe comenzarse el estudio con la realización de un enema opaco, que localizará o descartará el nivel de obstrucción colónica. El tránsito esofagogastroduodenal no tiene demasiada aplicación en el abordaje inicial del dolor abdominal teniendo más aplicación en el dolor abdominal no urgente o crónico.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA: No tiene un papel importante en el estudio de los enfermos con dolor abdominal agudo. Sin embargo es una prueba diagnóstica fundamental en el estudio de gran cantidad de

patología digestiva; permite la valoración directa y facilita el estudio histológico de multitud de procesos ( patología esofágica, enfermedad péptica, tumores , patología infamatoria del colon, patología bilio–pancreática – CPRE –, etc. ) y en algunas ocasiones proporciona un abordaje terapéutico (esclerosis y ligadura de lesiones sangrantes, papilotomía, dilataciones, realización de gastrotomía, etc.).

**LAPAROSCOPIA:** Desde la reciente generalización del uso de la laparoscopia

están apareciendo nuevas indicaciones para su utilización estando en la actualidad todavía por definir de una manera clara sus indicaciones. Como ventajas se puede aducir su efectividad diagnóstica cercana al 100%, la posibilidad de realizar maniobras terapéuticas que eviten una laparotomía y reducir la necesidad de una laparotomía exploradora en cuadros abdominales de difícil filiación. Tiene la desventaja de precisar anestesia general y ser una prueba invasiva y de altos costes. De momento la finalidad diagnóstica de la laparoscopia debe ser limitada por otros procedimientos diagnósticos más accesibles y menos agresivos.

La indicación fundamental puede ser el diagnóstico diferencial en un cuadro abdominal agudo en una mujer en edad fértil con sospecha de patología ginecológica, también se discute su utilidad en aquellos casos de traumatismo abdominal cerrado en pacientes hemodinámicamente estables y en traumatismos penetrantes cuando exista duda de realizar laparotomía exploradora.

**ARTERIOGRAFIA:** Debe realizarse en un cuadro agudo, fundamentalmente ante la sospecha de patología isquémica intestinal ( trombosis o embolia de la arteria mesentérica superior ) . También es útil en traumatismos hepáticos, aneurismas aórticos, etc.

**PARACENTESIS Y PUNCIÓN LAVADO PERITONEAL:** Debe realizarse una paracentesis diagnóstica en la valoración del dolor abdominal en enfermos con ascitis crónica y ascitis de comienzo brusco.

El lavado peritoneal se realiza fundamentalmente en aquellos pacientes con traumatismo abdominal clínicamente inestables o de difícil traslado a otras salas, para descartar la existencia de hemoperitoneo . También puede tener su utilidad en cuadros de abdomen agudo con sospecha de perforación de víscera hueca.

La técnica se realiza previo sondaje vesical con anestesia local, mediante una incisión por debajo del ombligo, introduciendo el trocar de lavado hasta atravesar el peritoneo. El lavado se efectúa con 500cc de suero fisiológico, comprobando el aspecto del líquido de lavado que si sale intensamente teñido es indicativo de hemorragia intraperitoneal. Si existen dudas puede analizarse cuantitativamente los hematies (si > 100.000/mm<sup>3</sup> o hematocrito > de 1% indica hemorragia importante que precisa intervención quirúrgica) y los leucocitos ( si > 700/cc indica peritonitis ) ; también pueden realizarse determinaciones de proteínas, amilasa, tinción Gram, cultivos, etc.

Las principales contraindicaciones de la punción lavado peritoneal son: la existencia de intervenciones abdominales previas, embarazo y distensión vesical.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Pera C : "CIRUGÍA. Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas" Editorial Salvat 1983
- Schwartz S.I., Ellis H., Husser W.C.: "Maingot. Operaciones Abdominales" Editorial Medica Panamericana S.A. 1986 8ª edición
- Sierra A.: "Manual de Cirugía de Urgencias" Editorial ARKË 144 1997
- Unidad del tratamiento del Dolor. Hospital San Juan : "Dolor Agudo y Crónico. Actitudes Terapéuticas" Editorial MARTGRAF S.A. 1989
- Delgado M.A.; Cano J., Santoyo J., Lozano P: " Manual de diagnóstico y tratamiento quirúrgico" Ediciones ARAN 1987
- Lobo E., Fernández J.M.: "Manual de Urgencias quirúrgicas" . Editorial IM&C 1997

- Heistermann HP; Joosten U; Krawzak HW; Hohlbach : "Effect of intestinal ultrasound on choice of surgical procedure in acute abdominal pain" *Ultraschall Med*, 1995 Dec, 16:6, 288–92
- Castro F; Caccamo LP; Carter KJ; Erickson BA; Johnson W; Kessler E; Ritchey NP; Ruiz CA "Sequential test selection in the analysis of abdominal pain" *Med Decis Making*, 1996 Apr–Jun, 16:2, 178–83
- Taourel P; Pradel J; Fabre JM; Cover S; Seneterre E; Bruel JM:" Role of CT in the acute nontraumatic abdomen." *Semin Ultrasound CT MR* Apr 1995 16 (2) p151–64

## DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Cuando vemos a un paciente con dolor abdominal por primera vez, es fundamental decidir la orientación que precisa el enfermo; ante un cuadro de dolor abdominal crónico o recurrente podemos realizar un estudio programado orientado al aparato digestivo, ginecológico, urológico, etc. Sin embargo un dolor abdominal agudo obliga a una valoración más rápida, dado que puede evolucionar a un cuadro de abdomen agudo y precisar una intervención quirúrgica urgente.

| <b>Causas de dolor abdominal agudo según su frecuencia</b> |
|--|
| Dolor abdominal no específico                              |
| Apendicitis aguda  |
| Colecistitis aguda   |
| Obstrucción de intestino delgado                           |
| Patología ginecológica aguda                               |
| Pancreatitis aguda   |
| Cólico renal   |
| Úlcera péptica perforada                                   |
| Cáncer   |
| Enfermedad diverticular                                    |
| Otras  |

La primera decisión , una vez realizado un estudio inicial del paciente, será determinar si el proceso causante precisará una intervención quirúrgica de urgencia o bien requerirá un tratamiento médico.

Para determinar si el enfermo con dolor abdominal va a necesitar un tratamiento quirúrgico, y poder tomar esa decisión, es necesario encuadrar el cuadro clínico dentro de alguno de los diagnósticos sindrómicos que precisan tal actitud terapéutica y que de forma esquemática se pueden esquematizar en :

- Inflamatorio
- Obstructivo
- Traumático
- Vascular

| <b>CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL QUE NO PRECISAN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b> |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Parietales</b>   | Hematoma de la vaina de los rectos<br>Neuralgia intercostal<br>Herpes Zóster<br>Mialgia reumática | <b>Endocrino–metabólicas</b> | Porfiria aguda intermitente<br>Cetoacidosis diabética<br>Insuficiencia suprarrenal<br>Hiperparatiroidismo<br>hipertiroidismo |

|                       |  |                       |  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
|                       |  |                       | Hiperlipemia<br>Uremia<br>Hipopotasemia<br>Hemocromatosis  |
| <b>Abdominales</b>    | Gastroenteritis aguda<br>Hepatitis aguda<br>Pancreatitis no complicada<br>Úlcera péptica<br>Adenitis mesentérica<br>Diverticulitis no complicada<br>Enfermedad inflamatoria intestinal<br>Anexitis<br>Rotura folículo De Graaf<br>Ileo paralítico<br>Cólico nefrítico<br>Intestino irritable | <b>Hematológicas</b>  | Anemia hemolítica<br>Leucemia aguda<br>Policitemia<br>Drepanocitosis<br>Esferocitosis hereditaria<br>PTT<br>Trastornos de la coagulación<br>Crioglobulinemia mixta |
| <b>Retroperitoneo</b> | Aneurisma aórtico<br>Patología nefroureteral   | <b>Vasculares</b>     | Infarto renal<br>Infarto esplénico<br>Vasculitis<br>PAN  |
| <b>Torácicas</b>      | Neumonías basales<br>Pleuritis<br>Embolia pulmonar<br>Pericarditis<br>I.A.M.   | <b>Intoxicaciones</b> | Plomo<br>Cobre<br>Alimenticias<br>Setas  |
| <b>Óseas</b>          | Enfermedad de Pott<br>Osteitis del ilíaco<br>Hernia discal<br>Espondilitis<br>Osteomielitis  | <b>Fármacos</b>       | Anticoagulantes<br>Anticolinérgicos<br>Anticonceptivos<br>Bloqueantes ganglionares<br>Síndrome de privación  |
| <b>Genital</b>        | Orquitis<br>Prostatitis  | <b>Infeciosas</b>     | Víricas (gripe, sarampión, etc.)<br>Enfermedad de Weil<br>Fiebre Tifoidea<br>Brucelosis<br>Paludismo   |
| <b>Neurológicas</b>   | Meningoencefalitis<br>Tabes dorsal<br>Forma abdominal de la migraña  | <b>Otras</b>          | Fiebre mediterránea familiar<br>Edema angioneurótico   |

A continuación trataré de esbozar algunas características generales de estos procesos, así como los principales cuadros clínicos susceptibles de tratamiento quirúrgico que podemos encontrar en nuestro medio.

### Procesos inflamatorios

Se caracterizan por presentar dolor de tipo continuo localizado en algún cuadrante abdominal, acompañado de contractura refleja de la musculatura abdominal y un cierto grado de ileo reflejo por parálisis de la fibra muscular lisa de la zona inflamada. Las causas más frecuentes son:

- Apendicitis aguda: Clásicamente se caracteriza por la presencia de dolor epigástrico que se sigue de náuseas y vómitos irradiándose posteriormente a fosa ilíaca derecha. A la exploración destaca la

febrícula y la defensa abdominal a la palpación de la fosa ilíaca derecha, (Blumberg +) pudiendo aparecer los signos de Rovsing y Psoas (Apendicitis retrocecal). En el tacto rectal aparece un aumento de dolor hacia fosa ilíaca derecha. En la Rx. simple de abdomen puede aparecer un apendicolito y asa centinela en fosa ilíaca derecha. En la analítica aparece leucocitosis, generalmente moderada con desviación a la izquierda.

- **Colecistitis aguda:** Se caracteriza por la presencia de dolor continuo en hipocondrio derecho y epigastrio que irradia hacia la espalda en cinturón y hacia la escápula derecha, acompañado de náuseas y vómitos. En la exploración destaca el dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho con signo de Murphy +, a veces se puede palpar la vesícula distendida o un plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho. También existe leucocitosis con desviación izquierda. En la Ecografía abdominal se objetivará litiasis (el 90% de las colecistitis son por litiasis biliar), con engrosamiento de la pared vesicular, halo hipoecoico, colecciones líquidas, etc.
- **Perforación de víscera hueca:** Aparece un dolor súbito y violento generalmente en epigastrio (perforación de úlcera gastroduodenal). El enfermo está inmóvil, sudoroso y taquipneico, con supresión de la respiración abdominal. A la palpación se comprueba un abdomen en tabla. Es característica la aparición de un neumoperitoneo en la radiografía postero-anterior de Tórax, en ciertos casos cuando la clínica es altamente sugestiva, puede ser útil introducir 100 ó 200 cc de aire por una sonda nasogástrica dejando al paciente de cúbito lateral izquierdo y repetir una radiografía de abdomen de cúbito lateral izquierdo para observar aire sobre la sombra hepática.
- **Pancreatitis aguda:** Aparece dolor epigástrico que puede describirse como en puñalada o en cinturón con irradiación a la espalda, náuseas y vómitos. En la exploración aparece dolor a la palpación profunda con defensa ligera en algunos casos, también puede aparecer subictericia. En la analítica se encuentra elevada la amilasa sérica y urinaria. En la radiografía simple encontramos la presencia de un asa centinela, el signo del colon cortado, derrame pleural izquierdo, atelectasias laminares, etc.
- **Lesiones inflamatorias del colon:** Generalmente precisarán tratamiento quirúrgico cuando aparezcan complicaciones como perforación, obstrucción, absceso intraabdominal, hemorragia masiva, etc. La más frecuente es la diverticulitis aguda que provoca un cuadro de dolor abdominal similar a la apendicitis aguda pero en fosa ilíaca izquierda. Otras lesiones inflamatorias del colon que producen cuadros de dolor abdominal agudo son la Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colitis isquémica, colitis necrotizante, etc.
- **Patología Ginecológica:** Pueden precisar tratamiento quirúrgico los procesos inflamatorios (Salpingitis, Parametritis, Pelviperitonitis, etc.) que no se resuelven con el adecuado tratamiento médico o evolucionan hacia la formación de un absceso. Necesitarán tratamiento quirúrgico de urgencia: Embarazo ectópico, torsión de quiste ovárico, Aborto séptico, mioma necrosado, etc.

### **Procesos obstructivos**

Se caracterizan por la presencia de un dolor de tipo cólico en epigastrio o periumbilical sin irradiaciones con náuseas y vómitos que serán desde biliosos hasta fecaloideo según el nivel de la obstrucción y la competencia de la válvula ileocecal, y la ausencia de emisión de gases y heces. A la exploración aparece distensión abdominal, timpanismo y ruidos peristálticos de lucha a la auscultación abdominal. En estos pacientes es particularmente importante la realización de un tacto rectal y la búsqueda minuciosa de tumoraciones herniarias. En la Radiología simple encontramos distensión de asas con luminograma aéreo previo a la obstrucción y signos de sufrimiento intestinal (engrosamiento de pliegues, líquido entre asas, etc.) así como ausencia de gas en recto. En bipedestación podrán verse niveles hidroaéreos. Las causas principales se pueden dividir en:

- **Causas en la pared intestinal:** Tumores (en un paciente añoso y sin antecedentes de cirugía abdominal ó patología herniaria hay que sospechar la existencia de un cáncer de colon ante un cuadro obstructivo), lesiones inflamatorias (Diverticulitis, Enteritis regional, Tuberculosis), estenosis postradiación, invaginación intestinal, postraumático (hematomas), estenosis isquémica, etc.
- **Causas fuera de la pared:** Hernias (la causa más frecuente de obstrucción intestinal), bridas

postquirúrgicas, Carcinomatosis intestinal, vólvulos, etc.

- Causas en la luz: Ileo por cálculos biliares ( fistula bilio-entérica), ingesta de cuerpos extraños, bezoares, bolo fecal, etc

### **Traumático**

Según el mecanismo de la lesión pueden ser:

- Cerrados: Directos o indirectos (por desaceleración)
- Abiertos : Por arma blanca o arma de fuego

Según la lesión que produzcan:

- De vísceras huecas: Producen una peritonitis
- De vísceras macizas: Se manifiestan como shock hipovolémico.

### **Vascular**

Puede ser producido por oclusiones de la luz de los vasos ( Embolos, Trombos), oclusiones vasculares (arteriosclerosis, inflamaciones), oclusiones extraparietales (torsión del pedículo vascular) o ser de origen funcional ( Insuficiencia cardiaca, Shock). Existen vías accesorias de circulación colateral entre el Tronco celíaco y la Arteria Mesentérica superior a través de la arteria pancreática y de las arcadas pancreático-duodenales anterior y posterior; entre la Arteria Mesentérica Superior y la Arteria mesentérica Inferior a través de la arcada de Riolo, la arteria marginal de Drummond y la arteria cólica media; y entre la Arteria Mesentérica inferior y las arterias Ilíacas a través de las Hemorroidales media y superior. Las zonas críticas son las ramas terminales de la Arteria Mesentérica superior (asas intestinales), entre la arteria cólica media y la ileocólica (arco avascular de Treves , correspondiente a íleon terminal y ciego), la anastomosis de la sigmoidea inferior y la rectal superior ( unión recto-sigmoidea) y el ángulo esplénico del colon.

Pueden producirse los siguientes cuadros clínicos:

- Infarto mesentérico: Tiene lugar en la mayoría de los casos a nivel de la Mesentérica superior. Puede ser de origen embólico (Valvulopatía mitral, endocarditis , fibrilación auricular,etc) o trombótico (Arteriosclerosis, estados de hipercoagulabilidad, sepsis,etc.). Aparece dolor abdominal generalmente de origen brusco, mal delimitado e importante afectación del estado general (palidez, sudoración, hipotensión) puede aparecer una diarrea con heces sanguinolentas. Es característica una pseudomejoría a las pocas horas de iniciarse el cuadro. En la gasometría aparece una acidosis metabólica. La arteriografía es diagnóstica, demostrando el nivel de la obstrucción.
- Trombosis venosa mesentérica: Aparece en enfermos con Hipertensión Portal, consumo de contraceptivos,etc.
- Enteritis y colitis isquémicas primitivas
- Enteropatías necrosantes
- Arteritis: Producen necrosis segmentarias.

### **DOLOR ABDOMINAL EN EL ANCIANO**

El paciente anciano presenta unas características peculiares en su manejo por la especial dificultad de su diagnóstico debido a la conjunción de diversas circunstancias como por ejemplo la dificultad de elaborar una adecuada historia clínica en pacientes con alteraciones del lenguaje, oído, etc. La presencia de alteraciones físicas que dificultan la exploración, disminución de la conciencia del dolor y por tanto, escasa sintomatología; hay que destacar la ausencia o disminución de los signos físicos exploratorios típicos del abdomen agudo ya que al tener poca masa muscular, suelen tener poca defensa aún en casos de peritonitis. La

presencia de multipatología que puede enmascarar un proceso abdominal y agravar su pronóstico,

También hay que valorar la diferente frecuencia de procesos abdominales que se pueden presentar en el anciano, aumentando los procesos neoplásicos respecto a la población general y con una mayor inclinación hacia los fenómenos necróticos en el organismo de las personas de edad muy avanzada .

Es frecuente en el paciente anciano que la presencia o ausencia de anormalidad en las pruebas de laboratorio rutinarias y el grado de fiebre y leucocitosis no distinguen aquellos pacientes que puedan requerir una intervención quirúrgica; no es raro encontrar un paciente con defensa abdominal importante y con cifras de leucocitos dentro de la normalidad. El médico que evalúa al paciente anciano con dolor abdominal agudo debe ser consciente que la impresión clínica de la existencia de un proceso intraabdominal grave tiene más importancia que las pruebas de laboratorio en la decisión de realizar estudios especiales o precisar intervención quirúrgica.

| <b>Algunas series de dolor abdominal en el anciano en porcentaje total</b> |       |       |       |        |
|--|-------|-------|-------|--------|
|  | Ponka | Fenyö | Blake | Vidaña |
| Biliar   | 27,5  | 40,8  | 6,0   | 31,3   |
| Obstrucción  | 17,5  | 7,3   | 30,5  | 21,2   |
| Úlcus  | 10,5  | 3,3   | 6,3   | 3,3    |
| Diverticulitis   | 10,0  | 3,4   | —     | 3,7    |
| Apendicitis  | 8,0   | 6,7   | 9,8   | 6,1    |
| Pancreatitis   | 7,5   | 5,1   | —     | —      |
| Hernias  | 5,2   | 9,6   | 33,0  | 17,7   |
| Otros  | 13,5  | 23,87 | 14,4  | —      |

A la dificultad diagnóstica tenemos que añadir el aumento de la morbimortalidad quirúrgica en este grupo de pacientes, lo que condiciona el manejo de un cuadro abdominal agudo y la toma de decisiones quirúrgicas como la realización de una laparotomía exploradora.

| <b>Frecuencia de los grupos y subgrupos diagnósticos de abdomen agudo en el anciano*</b>   |                               |  |   |   |
|--|-------------------------------|--|---|---|
| Obstrucción  | Biliar                        | Perforación  | Enfermedad inflamatoria                                       | Enfermedad vascular                                       |
| Hernias (38,7%)<br>Adherencial (23,7%)<br>Neoplasias (14,3%)<br>Vólvulos (2,8%)<br>Eventración (1,42%)<br>Síndrome de Ogilvie (4,89%)<br>Ileo biliar (2,5%)<br>Divertículos (0,4%) | Litiasis (99%)<br>Cáncer (1%) | Úlcus (47,3%)<br>Cáncer (18,4%)<br>Divertículos (10,5%)<br>Otros (23,6%) | Apendicitis (56,9%)<br>Diverticulitis (34,5%)<br>Otros (8,6%) | Isquemia mesentérica (54,5%)<br>Colitis isquémica (45,5%) |

\*Serie publicada de 613 pacientes

## **MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO**

Como consideración final hay que recordar que en casi un tercio de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias con un cuadro de dolor abdominal agudo, no vamos a poder lograr un diagnóstico definitivo englobándose bajo el diagnóstico genérico de "dolor abdominal no específico". En estos pacientes es importante realizar un estudio de exclusión, descartando las principales causas de dolor abdominal que precisen un tratamiento urgente y mantenerlos bajo observación (hospitalaria o domiciliaria) para comprobar la evolución del cuadro. Se especula como posibles causas en formas menores de adenitis mesentérica, dolor de ovulación, rotura de un folículo ovárico, torsión de apéndice epiploico u obstrucción abdominal incompleta. En este tipo de pacientes los síntomas y signos suelen desaparecer espontáneamente.

|  |
|--|
| DOLOR ABDOMINAL AGUDO                            |
| Hª CLINICA                                       |
| EXPLORACIÓN FISICA                               |
| CTES. VITALES                                    |
| DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO                           |
| PRUEBAS COMPLEMENTARIAS                          |
| DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO                           |
| NO   |
| SI   |
| TAQUICARDIA                                      |
| HIPOTENSIÓN                                      |
| FIEBRE   |
| LEUCOCITOSIS                                     |
| NO SI  |
| ABDOMEN BLANDO IRRITACIÓN                        |
| NO PERITONISMO PERITONEAL                        |
| TRATAMIENTO ESPECÍFICO                           |
| QUIRÚRGICO Ó NO                                  |
| OBSERVACIÓN CIRUGÍA URGENTE URGENTE O PROGRAMADO |

:

## **BIBLIOGRAFIA**

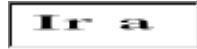
- Pera C : "CIRUGÍA. Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas" Editorial Salvat 1983
- Schwartz S.I., Ellis H., Husser W.C.: "Maingot. Operaciones Abdominales" Editorial Medica Panamericana S.A. 1986 8ª edición
- Sierra A.: "Manual de Cirugía de Urgencias" Editorial ARKÉ 144 1997
- Delgado M.A.; Cano J., Santoyo J., Lozano P: " Manual de diagnóstico y tratamiento quirúrgico" Ediciones ARAN 1987
- Lobo E., Fernández J.M.: "Manual de Urgencias quirúrgicas" . Editorial IM&C 1997
- Vidaña E, Orte A, Martín J.A. et cols.: "Abdomen Agudo en el anciano. Estudio de un trienio" Cirugía Española vol 61. Nº3 Marzo 1997
- Parker JS; Vukov LF; Wollan : "Abdominal pain in the elderly: use of temperature and laboratory testing to screen for surgical disease" Fam Med, 1996 Mar, 28:3, 193-7
- Sandhu GS; Redmond AD; Prescott MV : "Non-specific abdominal pain: a safe diagnosis?" J R Coll Surg Edinb, 1995 Apr, 40:2, 109-11

- Castro F; Caccamo LP; Carter KJ; Erickson BA; Johnson W; Kessler E; Ritchey NP; Ruiz CA "Sequential test selection in the analysis of abdominal pain" Med Decis Making, 1996 Apr-Jun, 16:2, 178-83

<mailto:webmaster@cirugest.com><mailto:webmaster@cirugest.com> Enviad vuestras ideas, sugerencias, ayudas y comentarios al *Webmaster de CIRUGEST*.

Número de visitas *desde el 1.10.98*

Top of Form 1



Bottom of Form 1

Esta página fue actualizada por última vez el miércoles 20 de enero de 1999. © 1998 CIRUGEST. Derechos de reproducción reservados.