

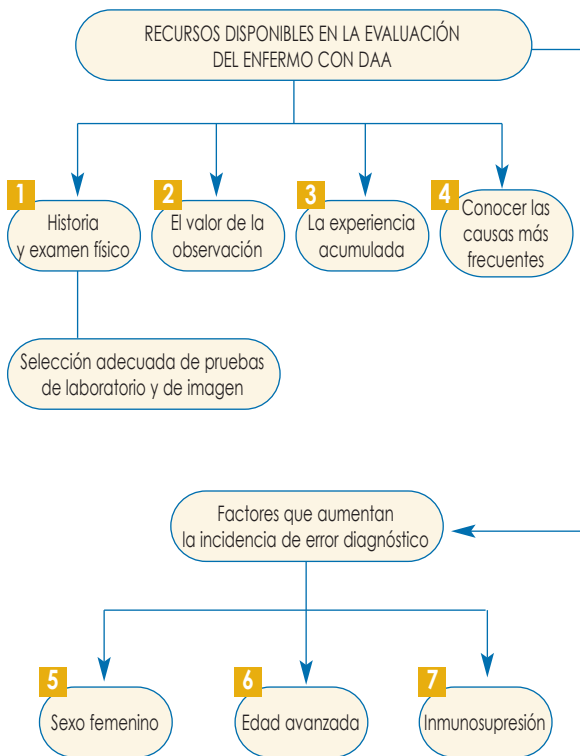
10 ACTITUD ANTE EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Miguel A. Montoro Huguet

I N T R O D U C C I Ó N

- El dolor abdominal agudo (DAA) representa un auténtico desafío para el médico práctico. Incluso los más expertos a menudo interpretan la condición clínica del paciente de un modo equívoco. La probabilidad de error, sin embargo, es menor si se respetan una serie de principios y recomendaciones. Como siempre en medicina, la historia clínica y el examen físico, llevados a cabo con interés, constituyen una valiosa ayuda para establecer una orientación adecuada y permiten apoyar la petición de pruebas de imagen en un juicio clínico ponderado que a menudo evita exploraciones superfluas e incomodidad para el paciente.
- Además de la historia y la exploración física, el médico dispone de otras valiosas herramientas. Éstas incluyen el valor de la observación, la experiencia acumulada y el conocimiento, tanto de las causas más frecuentes de DAA, como de los factores que aumentan la incidencia de error diagnóstico (sexo femenino, edad avanzada e inmunosupresión).
- El uso juicioso de estas herramientas proporciona las claves necesarias para responder a tres cuestiones básicas en la evaluación del enfermo: 1) ¿necesita tratamiento quirúrgico?; 2) ¿puede derivarse al paciente para un estudio ambulatorio?; 3) ¿cuál es el diagnóstico?; ¿entraña éste un riesgo vital para el enfermo?

- 1** Tres factores resultan determinantes en la orientación inicial de un DAA. La formación del clínico, el interés por recabar la información y el tiempo invertido en la evaluación.
- 2** Con frecuencia la orientación proporcionada por el examen inicial es confusa, difícil o equívoca. En tales casos, es prudente un tiempo de espera en un área de observación hasta una mejor definición de los síntomas.
- 3** El interés por conocer el diagnóstico final ofrece al clínico la oportunidad de obtener una información de gran utilidad para el futuro y mejora su capacidad para afrontar nuevos casos de DAA.
- 4** El abanico de posibilidades etiológicas del DAA es muy amplio. Sin embargo, en la práctica, sólo un número reducido de ellas es responsable del 90% de los casos (tabla I).
- 5** El sexo femenino viene gravado por una elevada incidencia de errores. Algunas patologías, como la salpingitis, el embarazo ectópico y la torsión o rotura de un quiste de ovario, pueden simular los síntomas de una apendicitis. Algunos datos, como la fecha de la última menstruación, los antecedentes obstétricos y la historia sexual, tienen indudable interés.
- 6** El DAA puede ser difícil de interpretar en el anciano. La sensibilidad visceral es menor y algunos signos, como la fiebre o la leucocitosis, son menos frecuentes. Algunos casos de apendicitis se expresan por un dolor abdominal difuso y a menudo la maniobra de descompresión es negativa. Entre los ancianos, es más probable el diagnóstico de una enfermedad de evolución fatal (Tabla II).
- 7** En los pacientes inmunodeprimidos (SIDA, tratados con citostáticos o corticoides), la neutropenia determina reacciones oligosintomáticas. En este escenario, las primeras manifestaciones de una inflamación pueden ser las de una sepsis evolucionada y de difícil control (Tabla III).



1 Algunas entidades comportan un riesgo vital: el IAM, la rotura del esófago, la perforación de una víscera hueca, la IMA, la rotura de un embarazo ectópico o de un aneurisma de aorta, la obstrucción intestinal con estrangulación y la pancreatitis necrotizante.

2 La cirugía de urgencia es obligada:

- Ante un deterioro clínico rápidamente progresivo con neumoperitoneo, peritonitis difusa aguda o inestabilidad hemodinámica incontrolable (sugestiva de rotura del bazo o de aneurisma de la aorta abdominal).
- En cualquier caso de peritonitis localizada por apendicitis, pelviperitonitis, oclusión intestinal (estrangulación) o IMA.
- Ante una diverticulitis aguda que debuta con perforación a peritoneo libre, oclusión completa del intestino o complicación supurativa que no responde al drenaje percutáneo.
- La colecistitis aguda no constituye una emergencia quirúrgica (salvo en casos de gravedad extrema), pero sí una urgencia diferida (< 24 horas) siempre que el diagnóstico se haya efectuado en un intervalo inferior a 72 horas.

3 Un paciente puede ser derivado para un estudio ambulatorio cuando reúne las características de un proceso banal: intensidad leve o moderada, mal delimitado, no asociado a síntomas relevantes, ninguna alarma en el examen físico y pruebas complementarias básicas, normales.

4 El clínico que atiende a un paciente con DAA debe realizar un esfuerzo por clasificar el caso en uno de estos cinco grandes síndromes:

- Inflamación visceral
- Oclusión intestinal
- Isquemia intestinal
- Perforación visceral
- Hemorragia intraabdominal

Este esquema ayuda a ser sistemáticos en la evaluación, antes de plantear el diagnóstico etiológico (por ejemplo: colecistitis aguda por litiasis biliar, oclusión intestinal por hernia incarcerada; IMA secundaria a embolia, etc).

IAM: infarto agudo de miocardio. IMA: isquemia mesentérica aguda.

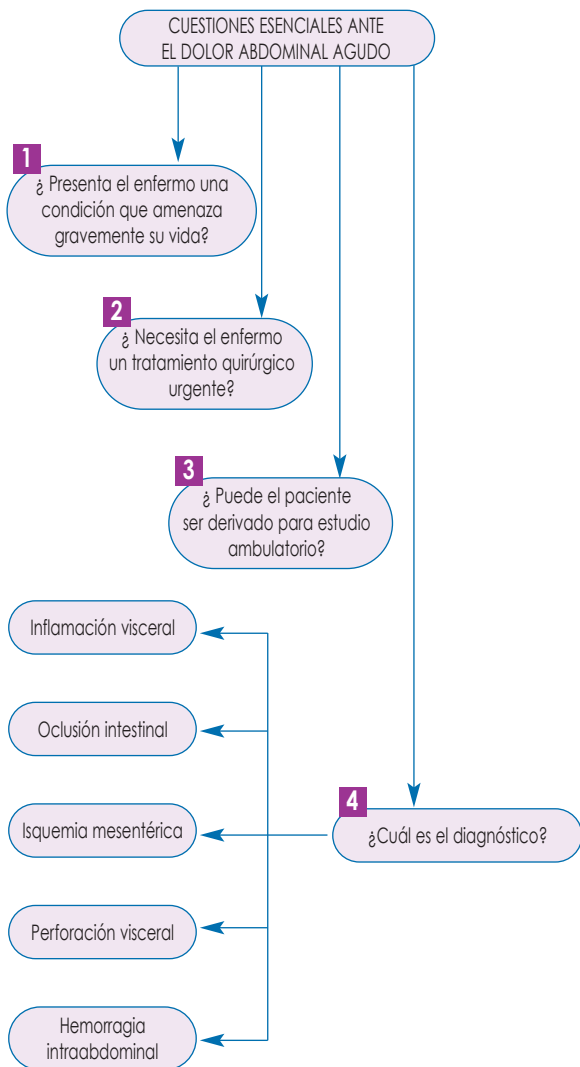


Tabla I. Causas más frecuentes de dolor abdominal agudo

Dolor abdominal inespecífico	Cólico nefrítico
Apendicitis aguda	Perforación de víscera hueca
Colecistitis aguda	Pancreatitis
Obstrucción intestinal	Diverticulitis

Tabla II. Causas más frecuentes de dolor abdominal agudo en el anciano

Inflamación visceral	Oclusión intestinal	Vascular
Colecistitis	Intestino delgado:	Infarto de miocardio
Diverticulitis	Bridas	Aneurisma de aorta abdominal
Pancreatitis	Hernias	Isquemia mesentérica aguda
Úlcera péptica gastroduodena ¹	Intestino grueso:	
	Cáncer	
	Vólvulo	

¹ Asociada al consumo de AINE sin gastroprotección.

Tabla III. Diagnóstico diferencial del DAA en pacientes con infección por HIV (ref ²)

Causas de DAA en HIV [en orden decreciente]	Causas de DAA en pacientes con grave inmunodeficiencia por VIH
Dolor abdominal inespecífico	Colecistitis ¹
Gastroenteritis/diarrea	Perforación intestinal por CMV, linfoma, sarcoma de Kaposi o MAI ²
Úlcera péptica gastroduodenal	Diverticulitis perforada
Infección urinaria	Absceso, infarto o rotura esplénica
Pancreatitis	Apendicitis
Apendicitis	Pancreatitis
Infección por <i>Mycobacterium avium</i>	Obstrucción intestinal por bridas o vólvulo
	Perforación traumática del recto
	Absceso intraabdominal
	Linfoma complicado con hemorragia
	Megacolon tóxico

¹ Incluye colecistitis alitiásica por CMV, ² *Mycobacterium avium* intracelulare.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montoro M, Delgado P, Hurtado G. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, Gomollón F, Gisbert JP, Panes J, Santolaria S et al (eds). Problemas Comunes en la práctica clínica. Gastroenterología y Hepatología (AEG-AEEH). Jarpyo editores. Madrid. 2006: 85-100.
2. McGinnis HD, Cline DM. Abdominal pain in Special Populations. In Cline D & Stead L (eds). Abdominal Emergencies. Mc Graw-Hill. Medical. New York. 2008: 12-7.
3. García Cabezudo J, Montoro Huguet M et al. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F. Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia. 2ª edición. Jarpyo editores. Madrid, 2002: 751-782.