



TÍTULO

EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

AUTORA

Jenifer Valdellós Cabello

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2014

| | |
|-----------------|--|
| Tutor | Tutor: José Manuel Vergara Olivares |
| Curso | <i>Curso de Experto Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias (2012/13)</i> |
| ISBN | 978-84-7993-781-2 |
| © | Jenifer Valdellós Cabello |
| © | De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía |
| Fecha documento | 2013 |



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Realizado por: Jenifer Valdellós Cabello.
Curso Experto Universitario en Urgencias
y Emergencias

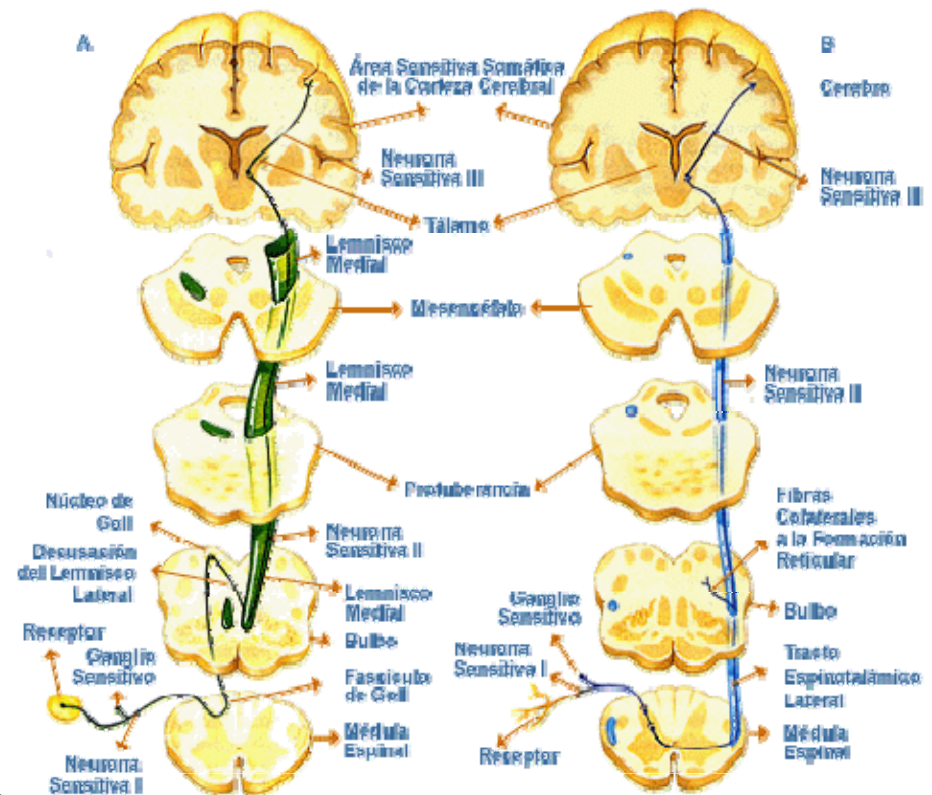


Justificación del tema

- Síntomas que con más frecuencia acude el paciente a Urgencias (80%).
- Reto diagnóstico y responsabilidad médica por su variabilidad etiológica y posible riesgo vital para el paciente.
- Mayoría de los trastornos intraabdominales;
- También puede ser la manifestación principal de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal.

Fisiopatología

- Impulsos dolor originado en **cavidad abdominal** son transmitidos a través del SNA y haces espinotalámicos anteriores laterales.
- **Peritoneal** se conduce: haz espinotalámico
- **Viscera huecas** los receptores están en capa muscular
- **Organos sólidos** en la cápsula (distension es el estímulo principal)
- **Mesenterio** tb responde a distension o traccion
- **Peritoneo visceral y epiplon** carecen de receptores.
- **P. parietal** → el estímulo es irritación (inflamación)
- **Isquemia**: por acumulacion de metabolitos
- **Traccion vascular** produce dolor por estímulo en receptores adventicia vascular.



Fisiopatología

En función del origen del dolor presentara unas ccas diferenciables.

| Tipo | Origen | Patologias | Características |
|---------------------------|--|--|---|
| Visceral o cólico | Órg. Sólidos o víscera hueca (cápsula o capa muscular) | Obstrucción intestinal. Gea. | Intermitente. Cólico. Mal definido y localizado. Córtaje vegetativo. |
| Parietal o somatico | Peritoneo parietal | Peritonitis aguda. Apendicitis aguda | Bien localizado. Intenso. Defensa muscular. |
| Referido o extraabdominal | Otras zonas del organismo Irritacion del nervio | Neumonía basal dcha. | Semiología abdominal no coinciden con la clínica y el diagnóstico por imagen. |
| Psicógeno | Psiquiatrico Abstinencia a drogas | Brote agudo de esquizofrenía | No existe estimulo periferico |
| Endocrino o metabólico | | Cetoacidosis diabética. Crisis addisoniana. | Dolor difuso y difícil de localizar. |

¿Cuándo hablamos de dolor abdominal agudo?

- Dolor < 24h de evolución, que hace considerar por sus características, la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia por existir riesgo inminente para la vida del paciente.
- Hacer una correcta diferenciación de los cuadros cuyo tto sea médico y/o quirúrgico.
- Realizar una detallada **anamnesis**, un **examen físico completo**, y un uso adecuado y racional de las **exploraciones complementarias** en función de la sospecha clínica.

Causas intraabdominales

Inflamación/infección vísceras abdominales: Gea, colecistitis, apendicitis, hepatitis, diverticulitis agudas, EII, linfadenitis mesentérica, anexitis.

Inflamación del peritoneo parietal: irritación química (ulcus perforado). Contaminación bacteriana: apendicitis o diverticulitis perforada, enf. inflamatoria péptica.

Obstrucción de viscera hueca.
Trastornos motores intestinales: colon irritable.

Distensión de cápsulas: hepática, esplénica.

Rotura de vísceras abdominales: sólidas (hemoperitoneo y shock), huecas (peritonitis).

Trastornos vasculares: embolia o trombosis mesentérica, isq. crónica mesentérica, h. estrangulada, rotura vascular, vasculitis, infarto renal o esplénico.

P. retroperitoneales: pancreatitis, disección/rotura aneurisma aorta, pat. nefrourológica, tumores, hemorragia.

P. Pared abdominal: absceso, contractura musc., hematomas...

Causas extraabdominales

Torácicas: C. Isquémica, pericarditis, derrame pleural, neumotórax, neumonía, esofagitis, rotura esofágica.

Raquídeo: espondilitis, hernia discal, osteomielitis, tabes dorsal.

Genital: orquitis, epididimitis, prostatitis.

Endocrinológicas: cetoacidosis diabética, crisis adrenal, hiper o hipocalcemia.

Metabólicas: crisis porfírica, cólico saturnino (intoxicación por plomo), crisis drepanocítica, fiebre mediterránea familiar, edema angioneurótico familiar.

Neurogénicas: tabes dorsal, herpes zoster, psicógena.

Otras: farmacológicas (anticolinérgicos, bloqueantes ganglionares), anemia hemolítica, intoxicaciones por setas, botulismo.

Diagnóstico

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

Anamnesis

Exploración física

Pruebas complementarias

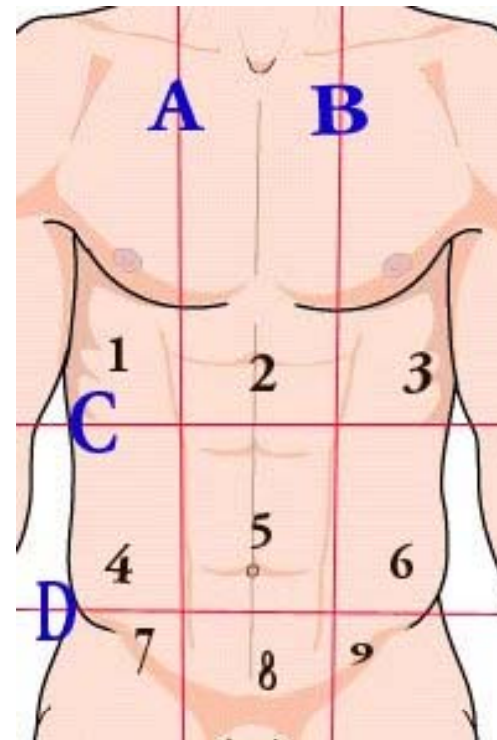


Anamnesis

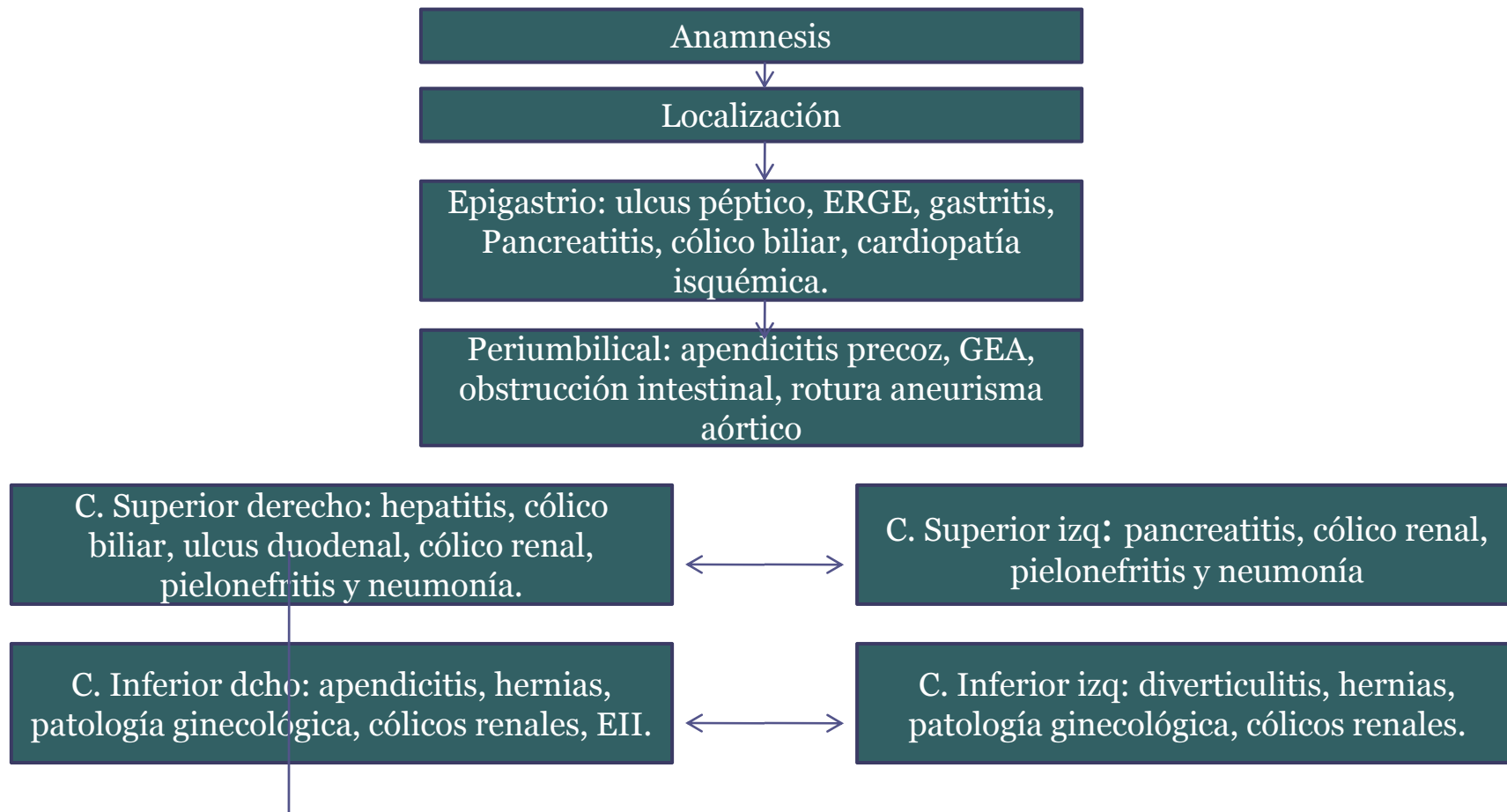
- Filiación: edad y sexo
- Antecedentes:
 - Revisión cuidadosa de otros problemas médicos del paciente (cardiopatía, diabetes...)
 - Intervenciones quirúrgicas previas (adherencias → obstrucción)
 - Hábitos tóxicos
 - Patología abdominal previa (ulcus, litiasis renal),
 - Antecedentes ginecológicos/urológicos
 - Familiares (Ca colon)

Anamnesis

- Semiología del dolor:
 1. Localización: orienta sobre la víscera afectada y por tanto el origen del cuadro.



Orientación diagnóstica según localización del dolor



Anamnesis

- Semiología del dolor:

1. Localización

2. Cronología (rapidez de instauración del cuadro, progresión, duración de los síntomas),

3. Intensidad del dolor: magnitud del estímulo

4. Irradiación, orientando el diagnóstico; p.ej: el dolor cólico biliar irradia a espalda y escápula derecha, el dolor cólico urinario hacia los genitales y el de la pancreatitis irradia en cinturón hasta la espalda.

Anamnesis

- Factores que agravan o mejoran el dolor:
 - Alivia con ingesta (ulcus péptico)
 - Alimentos grasos (cólico biliar)
 - Ingesta en general (isquemia mesentérica)
 - Alivio con la defecación o ventoseo (patología de colon neoplásica o inflamatoria)
 - Vómitos (obstrucción intestinal).

Anamnesis

Síntomas acompañantes:

Coluria, hipocolia o acolia.

Alteraciones menstruales

Síndrome miccional

Síndrome constitucional.



Comparación entre las causas más frecuentes de dolor abdominal

| Trastorno | Comienzo | Localización | Carácter | Descripción | Irradiación | Intensidad |
|---|----------|------------------------------|----------------------|--------------|-------------------------|------------|
| Apendicitis | Gradual | Periumbilical FID | Difuso localizado | Continuo | FID | ++ |
| Cólico biliar | Rápido | HCD | Localizado | Constrictivo | Escápula | ++ |
| Pancreatitis | Rápido | Epigastrio | Localizado | | Espalda | +++++ |
| Diverticulitis | Gradual | FII | Localizado | Continuo | Ninguna | +++ |
| Úlcera péptica perforada | Brusco | Epigastrio | Localizado Difuso | Quemante | Ninguna | +++ |
| Obstrucción ID | Gradual | Periumbilical | Difuso | Cólico | Ninguna | ++ |
| Isquemia/ infarto mesentérico | Brusco | Periumbilical | Difuso | Muy intenso | Ninguna | +++ |
| Rotura aneurisma aorta abdominal | Brusco | Abdominal, flanco, lumbar | Difuso | Desgarrador | Espalda, flanco | +++ |
| GEA | Gradual | Periumbilical | Difuso | Espasmódico | Ninguna | |
| Enfermedad inflamatoria pelviana | Gradual | HI o FII, pelviano | Localizado | Continuo | Parte alta del muslo | ++ |
| Rotura embarazo ectopico | Brusco | HI o FII, pelviano | Localizado | Intenso | Ninguna | ++ |

Exploración física

- Valorar **constantes vitales** (TA, pulso, temperatura, FR, Sat O₂) nos orientarán a la gravedad del cuadro.
- Visualizar el **estado** del paciente (buen estado, caquético, deshidratado...), la postura.
- Auscultación cardiorespiratoria.

Exploración física abdominal

- Inspección: hernias, eventraciones, cicatrices...
- Percusión:
 - timpánica → exceso de gas.
 - matidez → líquido, visceromegalia.
- Auscultación:
 - peristaltismo aumentado (GEA)
 - abolido (íleo paralítico)
 - ruidos metálicos (obstrucción intestinal),
 - soplo (patología arterial)

Exploración física

- **Palpación:** comenzamos de forma superficial y por la zona más alejada del dolor. Así el dolor marcado a la palpación superficial, difusa y con rigidez sugiere peritonitis.

Ante un paciente anciano o inmunocomprometido es menos probable que existan signos de irritación peritoneal aún en presencia de víscera perforada.

- **Tacto rectal:** fecaloma, tumor rectal, confirmar hemorragia, melenas, fisuras, hemorroides...

Pruebas complementarias

- **Hemograma:**
 - Un descenso brusco de Hb o hematocrito puede indicar hemoperitoneo o hemorragia digestiva.
 - La leucocitosis con desviación izquierda se pueden dar por procesos inflamatorios e infecciosos.
- **Bioquímica:**
 - Lipasa (el aumento de su valor nos orienta hacia pancreatitis aguda)
 - Enzimas hepáticas (elevadas en patología hepática y biliar), iones, función renal.
- **La orina: hematuria o leucocituria.**
- **Gasometria**

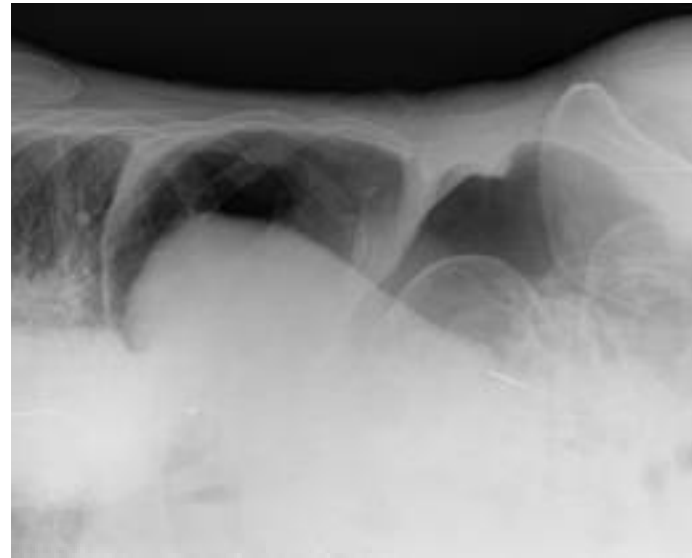
Pruebas complementarias

- A toda mujer en edad fértil con dolor abdominal se solicitará test de embarazo y además habrá que descartar patología ginecológica: quiste ovárico complicado, EPI, embarazo ectópico.
- EKG: ante todo dolor epigástrico, en pacientes diabéticos o de edad avanzada y con antecedentes de CI, se debe descartar patología isquémica

Pruebas complementarias

- Rx de torax PA, en bipedestación: puede poner de manifiesto neumoperitoneo, causas torácicas de dolor abdominal, neumonías, derrame pleural.
- Rx decubito lateral izquierdo con rayo horizontal: neumoperitoneo (si el paciente no puede ponerse en bipedestacion)

Imágenes de pruebas complementarias



Pruebas complementarias

- Rx de abdomen simple: pueden aparecer algunos hallazgos:
 - Aerobilia en el íleo biliar por fístulo colecistointestinal.
 - Luminograma patológico de colon (grano de café) en el vólvulo de sigma.
 - Asa centinela en la pancreatitis aguda
- Ecografía abdominal:
 - Colecciones líquidas intraperitoneales, abscesos, patología biliar y nefrourológicas
 - 50% diverticulitis y pielonefritis focales pueden pasar desapercibidas
 - Difícil en pacientes obesos, con íleo o distendidos.
- TAC: se usa cuando la ECO plantee dudas diagnósticas, en el estudio del retroperitoneo. Puede darnos información ante la presencia de neumoperitoneo, lesiones inflamatorias, neoplásicas, vasculares y traumatismos.

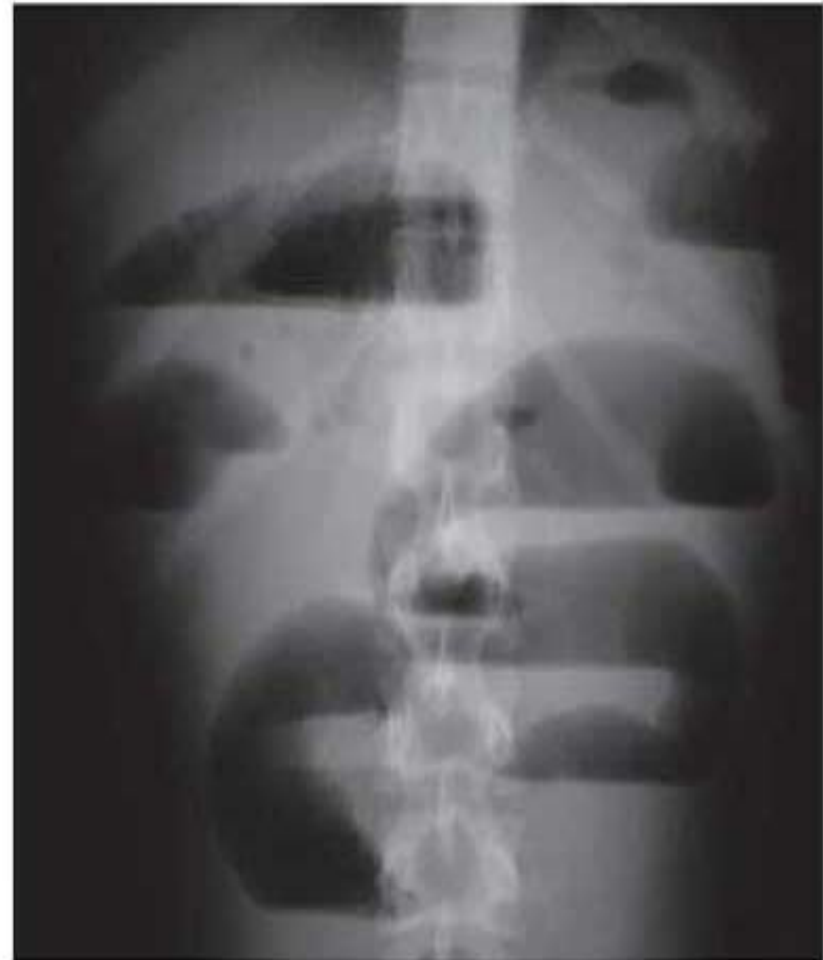


Figura 1 Radiografía Simple de Abdomen al ingreso. Se aprecian niveles hidroaéreos múltiples dependientes de asas delgadas.

Pruebas complementarias

- Endoscopia digestiva alta: ante sospecha diagnóstica de HDA tras descartar perforación, contraindicada en este caso.
 - Confirmación del sangrado y origen
 - Valorar la actividad del mismo
 - Maniobras terapéuticas
- Paracentesis: la infección del líquido ascítico puede ser la causa del dolor, por lo que debe realizarse su estudio. También puede ser útil en el hemoperitoneo.

Situaciones especiales

- **Anciano:**

- Mortalidad 6-8 veces mayor
- Formas de presentación menos expresivas y más inespecíficas
- Retraso diagnóstico y complicaciones → perforación
- Mayor prevalencia de patología extraabdominal

- **Embarazadas:**

- Náuseas y vómitos asociados a dolor abdominal, fiebre, diarrea, cefalea o exploración patológica.

Situaciones especiales

- Embarazadas:
 - Mayor frecuencia RGE, estreñimiento y urolitiasis.
- Oncológico:
 - Puede ser la primera manifestación de una enfermedad tumoral (Ca colon y ovario).
 - Las leucemias → obstrucción intestinal funcional
 - Quimioterápicos: Vincristina.

CONCLUSIONES

- Ante un paciente con dolor abdominal agudo tener en cuenta las causas tanto de origen intraabdominal como las de origen extraabdominal y cuyo síntoma puede ser el dolor abdominal.
- Realizar una detallada **anamnesis**, un **examen físico completo**, y un uso adecuado y racional de las **exploraciones complementarias** en función de la sospecha clínica.
- Considerar aquellas situaciones especiales, de pacientes que pueden presentar dolor abdominal agudo y actuar de forma adecuada.

Referencias bibliográficas

- C. Prieto Martinez, S. Oquiñena Legaz. Servicio de digestivo del Hospital de Navarra. Libro electrónico de temas de Urgencias. Digestivas y Quirúrgicas. Pamplona, 2008.
- A.B. Carlavilla Martínez, F.J. Castelbón Fernández, J. I García Sánchez, V. Gracia Lorenzo, C. Ibero Esparza, A. Lalueza Blanco, J. Llenas García, J. Torres Macho, M. Yebra Yebra. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Manual 12 de Octubre. 6^o edición, 2007. Cap. 10. 95-102.
- J.M. Cisneros Herreros. J. Carneado de la Fuente. Manual de Urgencias Hospitales Universitarios Virgen de Rocío. Dolor abdominal agudo, Cap.8. 125-166.

