

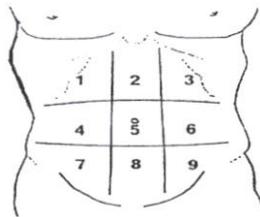
DOLOR ABDOMINAL**Dra. Ana Royo Aznar**

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

- Síntoma inespecífico de multitud de procesos.
- No solo de origen intraabdominal, también puede ser extra abdominal e incluso sistémico.
- Es importante diferenciar el concepto de "abdomen agudo" de un cuadro de dolor abdominal.
- Abdomen agudo requiere diagnóstico rápido y preciso, ante la posibilidad de intervención quirúrgica urgente.

ACTITUD DIAGNOSTICA**A) ANAMNESIS:**

- **Localización:**



- (1) Hipocondrio derecho: pensar en cólico biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis aguda, neoplasia de páncreas, pielonefritis o cólico renal, neumonía, pleuritis, úlcus duodenal, gastroduodenitis, apendicitis retrocecal, herpes Zoster y hepatitis aguda.
- (2) Epigastrio: pensar en úlcus péptico, hernia hiatal, esofagitis, rotura esofágica, perforación gastroduodenal, cardiopatía isquémica, pancreatitis, gastroenteritis aguda y apendicitis.
- (3) Hipocondrio izquierdo: pensar en pancreatitis aguda, pielonefritis o cólico renal, neumonía, pleuritis, gastritis, rotura de bazo, infarto esplénico, aneurisma disecante y herpes zoster.
- (5) Mesogastrio: pensar en obstrucción intestinal, apendicitis, sigmoiditis, isquemia mesentérica, aneurisma aórtico, hernia umbilical o inguinal estrangulada, eventración de laparotomía media, gastroenteritis aguda, pancreatitis y enfermedad inflamatoria intestinal.
- (7) Fosa iliaca derecha: pensar en apendicitis, hernia inguinal estrangulada, diverticulitis cecal, enfermedad pélvica inflamatoria, ileitis, tiflitis, neoplasia de ciego, adenitis mesentérica, enfermedad de Crohn, cólico nefrítico, rotura folicular, anexitis, embarazo ectópico o quiste ovárico complicado.
- (8) Hipogastrio: pensar en infección del tracto urinario, globo vesical, gastroenteritis aguda, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico roto, apendicitis aguda pélvica y sigmoiditis.
- (9) Fosa iliaca izquierda: pensar en diverticulitis, perforación colónica, absceso tubo-ovárico, embarazo ectópico, rotura folicular, quiste ovárico, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasia de sigma, invaginación intestinal, hernia inguinal estrangulada, cólico renoureteral y colitis isquémica.

- **Irradiación:**

- Esófago: a cuello, mandíbula, brazo o espalda.
- Estómago: a HI y espalda.
- Úlcus Duodenal: a HD y espalda.
- Páncreas: "en cinturón" y espalda.
- Hígado y vías biliares: a hombro derecho y pared posterior de tórax.
- Riñón/Uréteres, Ovario/Trompas y Sigmoiditis: a regiones inguinales

- **Tipo de dolor:**

- Sordo, lancinante, punzante, espasmódico, cólico..
- Si se modifica o no con el movimiento.
- Si calma con determinadas posturas.

- **Forma de instauración:**

- Brusca: *ulcus* perforado, rotura de víscera hueca, embarazo ectópico, disección de aneurisma.
- Rápida (minutos): perforación o estrangulación de víscera hueca, obstrucción intestinal alta, pancreatitis, colecistitis, diverticulitis, infarto mesentérico, embarazo ectópico.
- Gradual (horas): apendicitis, hernia estrangulada, obstrucción intestinal baja, pancreatitis, colecistitis, diverticulitis, retención urinaria, infarto intestinal, amenaza de aborto, salpingitis.

- **Circunstancias acompañantes:**

- Por esfuerzo o gesto: hernia u origen peritoneal.
- Disminuye con decúbito supino y posición mahometana: páncreas.
- Alivio con defecación: colon.
- Alivio con ingesta y antiácidos: úlcus duodenal

- **Signos asociados:** fiebre, náuseas, vómitos, alteración del tránsito intestinal. características de las heces, diarrea, síndrome miccional, síndrome constitucional, etc.
- **Otros:** Transgresiones dietéticas, hábito etílico, intervenciones previas, tratamiento habitual, alergias.

B) EXPLORACIÓN FÍSICA:

- **Inspección:** estrías, distensión, cicatrices...
- **Auscultación:** antes de la palpación! Valorar ruidos hidroaéreos, soplos y borborignos.
- **Palpación:** blando y depresible, localización dolor, signos de irritación peritoneal (Blumberg, Murphy) y masas o megalias. Hernias / Eventraciones.
- **Percusión:** matidez o timpanismo.
- **Tacto rectal:** tono del esfínter, heces en ampolla, color, próstata, masas.

C) EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- **Analítica de sangre:**
 - Hemograma
 - Bioquímica (con/sin amilasas)
 - Gasometría Venosa
- **Analítica de orina:**
 - Sedimento
 - Amilasuria
 - Test de embarazo
- **ECG:** para descartar IAM (si dolor epigástrico en paciente de riesgo)
- **Radiología:**
 - Dilatación de asas intestinales: sugiere íleo paralítico o vólvulo
 - Presencia de aire libre intraperitoneal: sugiere perforación de víscera hueca
- **Ecografía abdomino-pélvica:** Se usa para ver líquido, abscesos, masas, litiasis y aneurismas
- **TAC:** Se realiza cuando la ecografía plantea dudas, sobre todo en el retroperitoneo
- **Paracentesis, endoscopia digestiva y enema opaco**

ACTITUD TERAPÉUTICA

- **Si se sospecha abdomen quirúrgico:** vía periférica con sueroterapia o heparinizada, dieta absoluta, pruebas complementarias e interconsulta a cirugía (urgente en caso de "vientre en tabla").
- **Una vez excluido el abdomen quirúrgico,** se realizan los tratamientos según la etiología.

En el proceso de investigación de un paciente con dolor abdominal NO se administra analgesia o sedantes hasta haber llegado a una sospecha diagnóstica firme.

CUADROS CLÍNICOS FRECUENTES

COLECISTITIS AGUDA

Se caracteriza por un **dolor cólico** localizado principalmente en **HD** y que irradia a escápula. En estos pacientes el signo de **Murphy es positivo** y pueden presentar además fiebre.

- **AP:** litiasis o cólicos biliares
- **Analítica:** leucocitosis con desviación
- **Ecografía:** engrosamiento de la pared de la vesícula mayor de 4 mm
- **Tratamiento:**
 - Evolución menor de 5 días: colecistectomía urgente
 - Evolución de más de 5 días: ingreso para tratamiento antibiótico endovenoso.

PANCREATITIS AGUDA

Los pacientes con una pancreatitis aguda generalmente refieren un **dolor epigástrico irradiado en barra** a ambos hipocondrios y hacia la espalda. El comienzo es brusco.

- **AP:** Las dos causas principales en nuestro medio son la **litiasis biliar** y el **alcohol**.
- **Analítica:** Amilasas elevadas.
- **Ecografía:** engrosamiento de la glándula pancreática, ascitis, litiasis biliar...
- **Tratamiento inicial:** dieta absoluta, fluidoterapia, analgesia y antieméticos.

PERFORACIÓN GASTRODUODENAL

Se caracteriza por un **dolor súbito** localizado en **epigastrio**, irradiado hacia la espalda. Vientre en tabla.

- **RX:** Neumoperitoneo en RX bipe o cúpulas diafragmáticas o DL.
- **Tratamiento:** Intervención quirúrgica urgente

DIVERTICULITIS AGUDA

Más frecuente en mayores de **60 años**. El **dolor** puede ser inicialmente de tipo cólico, aunque por lo general es continuo, localizado en **FII**; que empeora con la defecación. A la exploración encontramos signos de irritación peritoneal (**plastrón**) y fiebre.

- **Analítica:** leucocitosis con desviación a la izquierda
- **Ecografía:**
 - Segmento de sigma engrosado
 - Inflamación de la grasa mesocólica
 - Absceso, líquido libre...
- **Tratamiento:**
 - Conservador ambulatorio: si no está complicada.
 - Ingreso:
 - Diabéticos
 - Inmunodeprimidos
 - Corticodependientes
 - Ancianos...
 - Si absceso intraabdominal:
 - Ingreso antibiótico ev
 - Drenaje percutáneo guiado por radiología
 - Perforación del colon: cirugía urgente

ISQUEMIA MESENTÉRICA

Debemos sospecharla en pacientes de **edad avanzada** y con antecedentes de **arritmias cardíacas** (ACxFA, angina mesentérica). Se caracteriza por un dolor difuso, primero cólico y después continuo, principalmente localizado en mesogastrio acompañado de vómitos (a veces en "posos de café") y deposiciones con sangre (hematoquecia y melenas).

- **Exploración:** piel fría, abdomen distendido con timpanismo a la percusión (ileo paralítico). En fases tardías signos de irritación peritoneal.
- **Eco-doppler abdominal:**
 - Ausencia de flujo en vasos mesentéricos.
 - Embolia arterial, trombosis arterial, trombosis venosa
- **Tratamiento:** Cirugía

OCLUSIÓN/SUBOCLUSIÓN INTESTINAL

- **Etiología:** hernias, adherencias, neoplasias, fecalomas, vólvulos, invaginaciones, bezoar...
- **Clínicamente** se caracteriza por dolor abdominal de tipo retortijón acompañado de vómitos y ausencia de tránsito intestinal (gases y heces).
- **Exploración:** abdomen distendido, con dolor difuso a la palpación.
- **Tacto rectal:** imprescindible para descartar masas (fecalomas, neoplasias...)
- **Rx bipedestación:**
 - Niveles hidroaéreos de asa asimétrica
 - Aireación hasta el punto de la oclusión
- **Pruebas de imagen complementarias:**
 - Enema opaco, ecografía, TAC...
- **Tratamiento:**
 - Manejo conservador:
 - Dieta Absoluta
 - SNG
 - Fluidoterapia ≥ 2000 ml SF / 24h.
 - Cirugía.

APENDICITIS AGUDA

Dolor de carácter continuo y progresivo que aumenta con los movimientos, localizado inicialmente en epigastrio o en la región periumbilical y posteriormente en **FID**. Se acompaña de anorexia, náuseas, vómitos, febrícula.

- **Exploración:** hipersensibilidad en FID con **Blumberg +**. El signo de psoas y Rovsing también pueden ser positivos.

- **Análíticamente** destaca una discreta-moderada leucocitosis con desviación izquierda.
- **Ecografía:** pared del apéndice engrosada > 6mm.
- **Tratamiento:**
 - Dieta absoluta, analgesia (según casos) y fluidos
 - Apendicectomía urgente.

COLITIS ISQUÉMICA

Es una patología que afecta principalmente a **ancianos** con antecedentes personales de cardiopatía (**ACxFA**). **Clínicamente** se manifiesta mediante un **dolor cólico** localizado fundamentalmente en **FII y VI** acompañado de deposiciones diarreicas mezclada con sangre (mermelada en “jarabe de grosella”).

- **Exploración:** defensa peritoneal
- **HG:** Leucocitosis y desviación a la izquierda.
- **Rx abdominal:** normal (en ocasiones aparece el thumbprinting)
- El diagnóstico definitivo nos lo da la **ecografía**, en la que se aprecia engrosamiento de la pared del colon.
- **Tratamiento:**
 - Conservador: dieta y ATB ev.
 - Vigilar evolución, y si signos de perforación cirugía urgente.