Capítulo 46

Dolor abdominal agudo

J. de Burgos Marín, L. Jiménez Murillo, Y. Herrero González, F.J. Montero Pérez, A. Berlango Jiménez y F.J. Briceño Delgado

CONCEPTO

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico, común a multitud de procesos, que si bien puede originarse por causas intraabdominales, también puede deberse a procesos extraabdominales o a enfermedades sistémicas. Es importante diferenciar el concepto de abdomen agudo de un cuadro de dolor abdominal.

El *abdomen agudo* se define como un síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente, con carácter de síntoma importante, que requiere un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento quirúrgico urgente. Si no se trata de forma adecuada y precoz, puede originar peritonitis, sepsis, shock, insuficiencia renal aguda e insuficiencia respiratoria, con una elevada mortalidad.

El dolor abdominal adopta con elevada frecuencia alguna de las siguientes formas clínicas:

1. **Tipo peritoneal puro.** El dolor está siempre presente, es intenso y continuo. Es característico de la perforación de víscera hueca. Se acompaña de contractura muscular involuntaria de la pared abdominal (vientre «en tabla»). Precisa laparotomía urgente.
2. **Tipo oclusivo puro.** Es un dolor abdominal de carácter intermitente, acompañado de náuseas, vómitos, meteorismo y ausencia de expulsión de gases. Puede ser mecánico (peristaltismo y ruidos abdominales aumentados) o funcional (dolor continuo y silencio en la auscultación abdominal).
3. **Tipo mixto.** Presenta síntomas y signos del tipo peritoneal y del oclusivo.
4. **Tipo vascular.** Es un dolor de inicio brusco, muy intenso, acompañado de sudoración y frialdad.

ETIOLOGÍA

La mayoría de las enfermedades que tienen repercusión sistémica cursan con dolor abdominal agudo en algún momento de su evolución. Mientras que las causas quirúrgicas que cursan con abdomen agudo tienen siempre una localización intraabdominal, las causas de origen médico pueden originarse en el interior del abdomen o fuera de él (cuadro 46.1).

Las causas de dolor abdominal que requieren tratamiento quirúrgico son: parietales (abscesos y traumatismos), abdominales (colecistitis aguda, apendicitis aguda, diverticulitis, perforación de víscera hueca, rotura de víscera maciza, obstrucción intestinal mecánica), retroperitoneales (disección aórtica, hemorragia retroperitoneal), torácicas (neumotórax, rotura esofágica), vasculares (isquemia mesentérica, rotura vascular, hernia estrangulada) y genitourinarias (embarazo ectópico, torsión de un quiste ovárico, perforación uterina, rotura vesical).

ACTUACIÓN SISTEMÁTICA EN URGENCIAS

En todos los pacientes con dolor abdominal agudo es necesario establecer las siguientes prioridades:

1. Identificar la presencia de síntomas y signos que denoten inestabilidad hemodinámica.
2. Discernir si se trata de un problema médico o quirúrgico.
3. Buscar la causa desencadenante del cuadro.
4. Instaurar el tratamiento necesario.

Gravedad del dolor

Se debe considerar una actuación urgente en todos los cuadros de dolor abdominal agudo que presenten:

- Modificación del dolor de discontinuo a continuo.
- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Palidez de piel y mucosas.
- Aparición después de un traumatismo abdominal (politraumatizados).

Dolor abdominal agudo médico y quirúrgico

El objetivo principal en la valoración de un dolor abdominal agudo en urgencias es confirmar o descartar que su causa sea un proceso quirúrgico. Los datos que deben orientar a su confirmación son:

- Dolor de inicio súbito, intolerable, generalizado y con fracaso del tratamiento analgésico.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Cuadro 46.1 Causas más frecuentes de dolor abdominal agudo que NO necesitan tratamiento quirúrgico

Parietales
Hematoma de la vaina de los rectos, neuralgia intercostal, herpes zóster, mialgia reumática

Abdominales
Gastroenteritis aguda, hepatitis aguda, pancreatitis no complicada, úlcera péptica, adenitis mesentérica, diverticulitis no complicada, enfermedad inflamatoria intestinal, anexitis, rotura folicular, íleo paralítico, cólico nefrítico, intestino irritable

Retroperitoneales
Aneurisma aórtico, afección nefroureteral

Torácicas
Neumonías basales, pleuritis, embolia pulmonar, pericarditis, infarto agudo de miocardio

Óseas
Enfermedad de Pott, osteítis del ilíaco, hernia discal, espondilitis, osteomielitis

Genitales
Orquitis, prostatitis

Endocrinometabólicas
Porfiria aguda intermitente, cetoacidosis diabética, insuficiencia suprarrenal, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, hiperlipemia, uremia, hipopotasemia, hemocromatosis

Hematológicas
Anemia hemolítica, leucemia aguda, policitemia, drepanocitosis, esferocitosis hereditaria, púrpura trombocitopénica trombótica, trastornos de la coagulación, crioglubulinemia mixta

Vasculares
Infarto renal, infarto esplénico, vasculitis, panarteritis nudosa

Intoxicaciones
Plomo, cobre, alimentarias, setas

Farmacológicas
Anticoagulantes, anticolinérgicos, anticonceptivos, bloqueadores ganglionares, síndrome de abstinencia

Infecciosas
Virales (gripe, sarampión), enfermedad de Weil, fiebre tifoidea, brucelosis, paludismo

Neurológicas
Meningoencefalitis, tabes dorsal, forma abdominal de la migraña

Otras
Fiebre mediterránea familiar, edema angioneurótico

- Dolor de comienzo insidioso, continuo, que aumenta progresivamente de intensidad hasta hacerse intolerable.
- Dolor irradiado al hombro con irritación peritoneal, una vez excluida enfermedad torácica.
- Modificación de un dolor discontinuo a continuo.
- Detención en la eliminación de gases y heces durante un mínimo de 24 h.
- Signos locales o generalizados de irritación peritoneal.
- Situación de shock.

Diagnóstico etiológico

Como ya se ha comentado, cualquier enfermedad puede causar dolor abdominal agudo, por lo que es imprescindible una historia clínica correcta y detallada, ya que si esta es completa permite diagnosticar prácticamente la totalidad de los casos.

Anamnesis

Antecedentes personales

Es muy importante hacer hincapié en la medicación que toma el paciente, ya que determinados fármacos pueden ser los causantes del dolor o modificar sus características. Entre estos se incluyen:

- Anticoagulantes. Pueden producir hematomas intestinales intramurales o en la vaina de los rectos.
- Anovulatorios (con altas dosis estrogénicas). Causan infartos intestinales de origen venoso, colitis isquémica o rotura de nódulos hiperplásicos hepáticos.
- Antibióticos. Son causantes del enfriamiento de abscesos y peritonitis, y disminuyen su sintomatología.
- Corticoides y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Por su efecto gastroerosivo pueden originar hemorragia digestiva o perforación gastrointestinal.
- Analgésicos y espasmolíticos. Ocultan la evolución del proceso, ya que enmascaran los síntomas y signos.
- Medicación cardiológica. Son causa probable de cardiopatía embolígena o de bajo gasto y, por tanto, de isquemia intestinal (p. ej., digital).
- Barbitúricos, anticonvulsivos, estrógenos y alcohol. Pueden desencadenar crisis de porfiria aguda intermitente.
- Esteroides, diuréticos tiazídicos, isoniazida, salicilatos, indometacina. Pueden desencadenar pancreatitis.
- Opiáceos. El abdomen agudo puede formar parte del síndrome de abstinencia en pacientes drogodependientes.

Características del dolor

El dolor es el síntoma principal en los cuadros de abdomen agudo. Sus características pueden llevar al diagnóstico

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

correcto en un 75% de los casos, siguiendo el sistema que se expone a continuación.

Origen

- *Visceral* o *esplácnico.* Se produce por distensión de la fibra nerviosa que rodea las vísceras (apendicitis aguda, colecistitis aguda). Generalmente es de carácter sordo y mal localizado; suele percibirse en la línea media, es de tipo cólico o urente y a menudo se acompaña de fenómenos vegetativos. En ocasiones es referido como una sensación de plenitud abdominal.
- *Somático* o *parietal.* Producido por irritación química o inflamatoria de las terminaciones nerviosas localizadas en el peritoneo parietal. Suele ser agudo, intenso y bien localizado, se agrava con los movimientos y aumenta con la palpación.
- *Referido.* Tiene un origen extraabdominal, pero es referido por el enfermo en algún punto del abdomen. Esto ocurre, por ejemplo, en los casos de neumonía, neumotórax, pleuritis y cardiopatía isquémica.

Forma de instauración

En general, el dolor abdominal de más de 6 h de evolución, especialmente si es continuo y progresivo, debe considerarse quirúrgico mientras no se demuestre lo contrario. Según el tiempo que tarde en establecerse, puede clasificarse en:

- *Brusco.* Tarda segundos en alcanzar su máxima intensidad. El paciente suele recordar el momento exacto en que se inició el dolor y señalar su situación «a punta de dedo». Este tipo de inicio es característico de la irritación peritoneal o de la isquemia intestinal aguda.
- *Rápidamente progresivo.* Tarda minutos en alcanzar su acmé. El paciente suele localizarlo bien, y se debe a la distensión de la fibra muscular lisa. Esta forma de instauración es característica del cólico biliar.
- *Lentamente progresivo.* Tarda horas en instaurarse. Es impreciso, referido por el enfermo como incomodidad, pesadez y malestar, y es de localización difusa. Es característico de procesos inflamatorios localizados, como la colecistitis aguda.

Intensidad

- *Muy intenso.* Típico de irritación peritoneal, isquemia intestinal o distensión de la fibra muscular lisa.
- *Moderado.* Orienta hacia procesos inflamatorios localizados.

Naturaleza

- *Cólico.* De carácter ondulante, con fases de gran paroxismo seguidas de calma aparente. Indica distensión de la fibra muscular lisa.
- *Continuo* o *variable.* Más que la intensidad del dolor, lo característico es su persistencia. Sugiere distensión de vísceras abdominales, procesos inflamatorios o trastornos isquémicos.

Topografía

- *Invariable* y *mantenida desde el inicio.* El paciente refiere dolor en los cuadrantes abdominales.
- *Cambiante, con localización final en un cuadrante.* Es frecuente en los procesos inflamatorios localizados (apendicitis aguda).

Irradiaciones

Propagación del dolor, sin modificación del asentamiento inicial. Es muy característico de los dolores producidos por distensión de la fibra muscular lisa y procesos inflamatorios.

Cambios progresivos en la naturaleza del dolor

Cuando un dolor de tipo cólico se convierte en continuo y fijo debe interpretarse como una complicación grave que generalmente requiere tratamiento quirúrgico. Hay tres procesos que lo cumplen:

- Apendicitis aguda.
- Colecistitis aguda después de un cólico biliar.
- Oclusión completa de la arteria mesentérica después de un período de oclusión incompleta.

Actitud antiálgica

La actitud del paciente con dolor abdominal es de interés diagnóstico. Puede encontrarse:

- *Inmóvil:* típico de irritación peritoneal brusca o isquemia intestinal.
- *Agitado:* orienta hacia la distensión de la fibra muscular lisa (cólico nefrítico o biliar).
- *Paciente en posición antiálgica:* es característica la actitud en decúbito prono o en posición fetal en la pancreatitis aguda, o con la cadera y la rodilla flexionadas en la apendicitis retrocecal.

Características del vómito

Relación con el dolor

- *Precede al dolor:* suele observarse en las primeras fases de la gastroenteritis aguda.
- *Sigue al dolor:* es lo más común en cualquier proceso abdominal agudo (cerca del 100% en la apendicitis, colecistitis u obstrucción intestinal).
- *Modifica la intensidad del dolor:* este mejora después del vómito, cuando el origen es la distensión de la fibra muscular lisa, o empeora cuando es un proceso inflamatorio intraabdominal.

Frecuencia

Los vómitos repetidos, independientemente de su volumen, orientan hacia una obstrucción intestinal alta, cólico biliar o pancreatitis. Los vómitos más espaciados y de mayor volumen son característicos de la obstrucción intestinal baja o de la peritonitis aguda difusa.

Aspecto

- *Bilioso:* producido en los cuadros de dolor cólico por distensión de la fibra muscular lisa. La presencia de este tipo de vómito descarta la estenosis pilórica.
- *Hemático:* la hematemesis es un signo excepcional en el abdomen agudo. Debe interpretarse como el resultado de una situación hiperemética que ha causado lesiones orgánicas en la mucosa de la unión gastroesofágica (síndrome de Mallory-Weiss) o gástrica.
- *Fecaloideo:* es característico de la obstrucción intestinal baja.

Hipo

El hipo de corta duración se considera un equivalente del vómito. Si es de larga evolución debe sospecharse irritación frénica por peritonitis, colecistitis, absceso subfrénico, etc.

Modificación del tránsito intestinal

- *Estreñimiento:* es habitual en todos los casos de abdomen agudo quirúrgico. Se habla de oclusión total cuando la expulsión de gases y heces está totalmente ausente durante por lo menos 24 h.
- *Diarrea:* es infrecuente en el abdomen agudo quirúrgico, si bien puede presentarse en la apendicitis retrocecal. En principio, el dolor que acompaña a la diarrea se interpreta como secundario a la contracción de la musculatura lisa.

Síntomas de alteraciones locales

- *Síntomas miccionales:* la presencia de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical orientan hacia un origen urológico del dolor. Si la orina es hemática o purulenta, el diagnóstico es prácticamente de certeza, y si el aspecto es normal, las molestias urinarias pueden explicarse por irritación vesical de vecindad.
- *Signos ginecológicos:* en la mujer anciana es poco frecuente el dolor abdominal de origen ginecológico, excepto en casos de torsión de quiste ovárico o englobamiento intestinal por neoplasia ginecológica. Si existe amenorrea y metrorragia, el diagnóstico presumible es el de embarazo extrauterino. La leucorrea en una paciente portadora de dispositivo intrauterino (DIU) indica enfermedad inflamatoria pélvica.

Exploración física

Facies

La *cara del paciente* puede sugerir la gravedad del cuadro clínico. Es clásica la *facies hipocrática,* caracterizada por nariz afilada, ojos hundidos, palidez cenicienta y mirada sin brillo, característica de las fases terminales de una peritonitis avanzada o de una obstrucción intestinal muy evolucionada.

Fiebre

- *Si es temprana, elevada y mantenida,* puede tratarse de procesos supurativos localizados en zonas muy vascularizadas (vesícula biliar, pelvis menor, etc.).
- *Si es discreta, tardía y con disociación axilorrectal de un grado o más,* puede tratarse de una apendicitis aguda o de procesos inflamatorios localizados (colecistitis, plastrón periapendicular, etc.).
- *Si es persistente, moderada y de presentación tardía,* en ocasiones se debe a procesos primariamente no infecciosos, como pancreatitis, hemoperitoneo, etc.

Aspecto de la piel y las mucosas

En el cuadro 46.2 se describen las alteraciones que deben investigarse cuando se evalúa a un paciente con dolor abdominal agudo, así como las causas que con más frecuencia las originan.

Sistema cardiocirculatorio

Inicialmente hay que valorar la presencia de signos de shock (pulso rápido y débil, hipotensión arterial, palidez, frialdad, sudoración). Ante la concomitancia de shock y dolor abdominal hay que pensar en la posibilidad de peritonitis, sepsis, pancreatitis aguda o vasculopatías (isquemia mesentérica). Si el shock se acompaña de hipovolemia y anemia, sin signos de hemorragia externa, debe pensarse en una posible acumulación de sangre intraabdominal.

Aparato respiratorio

Es relativamente frecuente que en el curso de una neumonía, un neumotórax o una pleuritis el dolor sea referido en el hemiabdomen superior, y deben buscarse anomalías semiológicas en la exploración.

Como norma general, una temperatura de 39 °C con dolor abdominal agudo sugiere, inicialmente, afección extraabdominal (neumonía, infección urinaria, etc.).

Cuadro 46.2 Hallazgos de interés en la inspección de un paciente con dolor abdominal agudo

Ictericia
Coledocolitiasis
Pancreatitis aguda
Colecistitis
Crisis de anemia hemolítica
Hepatitis

Palidez acusada sin hemorragia externa aparente
Hemoperitoneo
Rotura de bazo
Hematoma fisurado

Petequias y púrpura, sobre todo en el abdomen y las piernas
Diátesis hemorrágica

Manchas equimóticas periumbilicales o en los flancos
Pancreatitis aguda

Manchas equimóticas en el pubis o la arcada crural
Hematoma de la vaina de los rectos

Vesículas de aspecto arracimado de distribución radicular
Herpes zóster

Manchas pigmentarias de color castaño oscuro peribucales
Enfermedad de Peutz-Jeghers

Ribete azulado en las encías
Crisis de saturnismo

Presencia de hematomas evolucionados
Rotura hepática, esplénica o muscular

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sistema nervioso

Es muy importante detectar la arreflexia patelar o la abolición del reflejo fotomotor en las crisis abdominales tabéticas, y valorar una neuritis periférica en un presunto saturnismo.

Abdomen

Inspección

- Presencia de cicatrices quirúrgicas.
- Presencia de lesiones cutáneas. Puede haber equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo de Grey-Turner), que indican hemorragia peritoneal por procesos como la pancreatitis hemorrágica, aunque aparecen tardíamente en su evolución; lesiones típicas de herpes zóster o lesiones petequiales de predominio en los miembros inferiores que acompañan al síndrome de Schönlein-Henoch. Existen otros signos clásicos, como el *nódulo de la hermana María José,* que es una masa en la región umbilical que representa una metástasis cutánea de un adenocarcinoma intraabdominal.
- Un abdomen plano, inmóvil, tenso, que no se mueve durante la respiración, es una manifestación de irritación peritoneal difusa. Si se encuentra abombado en su parte central, debe considerarse la posibilidad de una obstrucción del intestino delgado. Si el abombamiento sigue el marco cólico, sobre todo en la fosa ilíaca derecha (FID), corresponde a una obstrucción del intestino grueso. Si, por el contrario, el abombamiento es asimétrico y localizado, indica la posibilidad de vólvulo.

Palpación

Ante un abdomen blando y doloroso en una determinada zona, que persiste después de repetidas exploraciones, incluso en ausencia de defensa muscular, hay que sospechar que el cuadro es quirúrgico.

- Si se palpa una *masa o tumoración abdominal* hay que diferenciar, en primer lugar, si es extraabdominal o intraabdominal, para lo cual se incorpora al enfermo en la cama; si la masa se hace más aparente, por lo general corresponde a una tumoración de la pared abdominal; si desaparece, hay que pensar en una localización intraabdominal.
- Los errores más frecuentes de los principiantes en la valoración de masas abdominales son la palpación, en personas delgadas, de aortas pulsátiles, a veces dilatadas y flexuosas, y no pensar en la posibilidad de globo vesical ante el hallazgo de una masa hipogástrica ni en los fecalomas ante un abdomen distendido.
- La *contractura abdominal* es una respuesta muscular refleja causada por la irritación del peritoneo parietal. Puede ser generalizada (abdomen «en tabla») en la peritonitis generalizada, o parcial en la localizada. El hallazgo de este signo exploratorio es indicativo de cirugía de urgencia. Hay que diferenciarlo de la contracción muscular voluntaria, que aparece en pacientes no convenientemente relajados durante la exploración y en aquellos con musculatura abdominal muy desarrollada.
- Aun en presencia de enfermedad, la contractura muscular puede no detectarse en ancianos, multíparas, pacientes con hemorragias peritoneales, infartos mesentéricos, perforaciones cubiertas, apendicitis retrocecales o en pacientes que reciben tratamiento con corticoides.
- Una vez comprobada la presencia o ausencia de una masa abdominal y contractura abdominal hay que explorar la positividad o negatividad de todos o algunos de los siguientes signos:
  - *Signo de Murphy.* Se explora colocando las puntas de los dedos en el hipocondrio derecho y se ordena al paciente que realice una inspiración profunda con el objeto de que descienda el diafragma y con este el hígado y la vesícula. Si esta se encuentra inflamada (colecistitis aguda) se provoca dolor, más o menos intenso, al chocar con los dedos del explorador.
  - *Signo de Blumberg.* Se explora soltando súbitamente los dedos de la mano exploradora después de la compresión sobre una determinada zona del abdomen. Si hay un proceso inflamatorio en dicha zona se provoca un dolor intenso. Es un signo de irritación peritoneal. Si es positivo en el punto de Mac Burney (FID) es muy indicativo de apendicitis aguda.
  - *Signo de Rovsing.* En la apendicitis aguda, la presión sobre un punto simétrico al de Mac Burney en el lado izquierdo provoca dolor en el lado derecho.
  - *Signo del obturador.* Colocando el muslo del paciente en ángulo recto se le hace rotar interna y externamente; aparece dolor si hay un proceso inflamatorio relacionado con el músculo obturador interno (apendicitis agudas en situación pélvica).
  - *Signo del psoas.* El explorador coloca su mano sobre una de las fosas ilíacas y ordena al paciente que levante en extensión la extremidad inferior homolateral. Si existe un proceso inflamatorio en contacto con el músculo psoas, al contraerse este, el órgano afectado queda pinzado entre la mano exploradora y el propio músculo, lo que provoca dolor. Es un signo muy útil en la apendicitis aguda. Una variante de este signo consiste en ordenar al paciente que flexione el muslo mientras el explorador se opone al movimiento.
  - *Signo de Courvoisier-Terrier.* Se basa en la detección en el hipocondrio derecho de una vesícula biliar palpable. La positividad de este signo sugiere la existencia de una neoplasia de vías biliares o de la cabeza del páncreas o, menos frecuentemente, de un plastrón inflamatorio con obstrucción litiásica de la vía biliar principal.

Percusión

Permite determinar la presencia de:

- Neumoperitoneo: disminución o desaparición de la matidez hepática.
- Líquido en la cavidad peritoneal: matidez de flancos que cambia con la postura, u oleada ascítica.
- Detención de gas intestinal: meteorismo, generalizado o localizado.

Auscultación

Hay que realizarla por lo menos durante 1 min. La ausencia de ruidos hidroaéreos es un signo de íleo paralítico o de peritonitis generalizada. El peristaltismo aumentado es propio de la obstrucción intestinal mecánica y de la gastroenteritis

aguda. La presencia de ruidos hidroaéreos metálicos indica obstrucción mecánica.

Tacto rectal

Es de práctica obligada en todos los pacientes con dolor abdominal agudo, ya que el tercio inferior del abdomen está incluido en la pelvis y solo puede valorarse, clínicamente, mediante tacto rectal o rectovaginal. Los datos que deben obtenerse al realizarlo son:

1. En la luz rectal: tumoraciones o fecalomas (causa frecuente de obstrucción intestinal baja en el anciano).
2. En las paredes laterales: prominencias provocadas por colecciones líquidas o sólidas en el espacio perirrectal.
3. En la pared anterior: protrusión o dolor en el fondo de saco de Douglas. En el varón se palpa la próstata y en la mujer, el cuello uterino.
4. Características de las heces:
   - **a.** Heces de color negro. Pueden ser melenas (aspecto alquitranado, brillantes, pegajosas, de olor putrefacto) o heces teñidas de negro (no brillantes ni pegajosas) secundarias a la ingesta de hierro, carbón, bismuto o determinados alimentos.
   - **b.** Heces de color rojo. Hay que pensar en hemorragia de colon, principalmente izquierdo; pueden acompañarse de coágulos. Si se acompañan de restos mucosos o mucosanguinolentos debe sospecharse enfermedad inflamatoria intestinal.
   - **c.** Heces muy abundantes, amarillentas y malolientes, características del síndrome de malaabsorción.
   - **d.** Heces semilíquidas. Pueden ser de color claro y olor rancio (diarreas de fermentación) o de color oscuro y olor pestilente (diarreas de putrefacción).
   - **e.** Heces hipocólicas o acólicas. Son características de los cuadros de ictericia obstructiva. Si son de color verde oscuro son ricas en pigmentos biliares.
   - **f.** Heces caprinas o acintadas, características del colon irritable.

Exploraciones complementarias

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios

- Si el valor del hematocrito es bajo, en el abdomen agudo, sin signos de sangrado externo, indica pancreatitis necrosante o hemoperitoneo (rotura de embarazo ectópico, rotura de aneurisma, etc.).
- Una leucocitosis con desviación a la izquierda suele deberse a un proceso séptico o a necrosis hística. La leucocitopenia con dolor en el hemiabdomen inferior es característica de viriasis.

Una hematimetría normal no descarta, por sí sola, el origen quirúrgico de un dolor abdominal agudo.

Bioquímica sanguínea

- Siempre que se sospeche pancreatitis aguda hay que determinar la amilasemia. Normalmente está elevada en esta enfermedad, pero puede ser normal en casos de hiperlipemia, alcoholismo, pacientes ancianos o cuando se demore el diagnóstico entre 3 y 5 días, mientras que puede haber hiperamilasemia en ausencia de pancreatitis aguda en casos de úlcera perforada, obstrucción intestinal, colecistitis aguda, trombosis mesentérica, peritonitis, hepatitis viral, embarazo ectópico, anemia intensa y sialoadenitis o durante la administración de opiáceos (v. cap. 50).
- Asimismo, deben solicitarse los siguientes parámetros: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), gamma glutamil transpeptidasa (γGT) y fosfatasa alcalina (FA). Si el dolor abdominal se localiza en el hemiabdomen superior y hay alteraciones electrocardiográficas, hay que determinar troponina; si se sospecha patología hepatobiliar, bilirrubina total y directa. La importancia de la determinación de la glucemia estriba en que la cetoacidosis diabética es una de las principales causas de abdomen agudo extraabdominal. La hiperglucemia también es clave como factor pronóstico de la pancreatitis aguda, y como indicador de gravedad de una enfermedad tumoral.

Gasometría venosa

En el contexto de un abdomen agudo, la detección de acidosis metabólica orienta hacia sepsis, shock, ingestión de tóxicos, cetoacidosis, insuficiencia renal o enfermedad vascular mesentérica. En estas situaciones, es muy útil la determinación de lactato sérico.

Orina

En todos los casos es necesario realizar el estudio de la orina mediante tira reactiva. Se solicita una orina completa con sedimento, iones y creatinina solo si hay insuficiencia renal o cuando se tenga duda diagnóstica respecto al origen nefrourológico del cuadro. Ante la sospecha de embarazo ectópico debe solicitarse una prueba de gestación.

- La microhematuria, en el dolor abdominal agudo, sugiere el diagnóstico de cólico nefrítico, pero también puede ser síntoma de apendicitis o diverticulitis de situación próxima al uréter.
- Una piuria indica infección de las vías urinarias.
- Un enrojecimiento progresivo de la orina al enfriarse, junto con la conservación de la transparencia, suele indicar porfiria.
- La orina turbia y rojiza puede deberse a hemoglobinuria.

Radiología

Las proyecciones que hay que solicitar en cada caso son:

1. *Radiografía posteroanterior y lateral de tórax.* Debe realizarse ante todo dolor abdominal agudo por tres motivos principales:
   - **a.** Descartar neumoperitoneo, que podría pasar inadvertido si únicamente se solicita radiografía simple de abdomen.
   - **b.** Orientar hacia una afección abdominal determinada, como elevación diafragmática con derrame pleural en los abscesos subfrénicos y en la colecistitis aguda; derrame pleural izquierdo en la pancreatitis aguda, etc.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

   c. Descartar procesos pleuropulmonares, como neumonía, neumotórax, etc., que en ocasiones se manifiestan clínicamente con dolor abdominal.
2. *Radiografía simple de abdomen en decúbito.* Se realiza ante todo dolor abdominal agudo. Su lectura sistemática debe incluir: examen óseo, visualización del músculo psoas, líneas grasas de los flancos, distribución de gas intestinal, existencia de luminogramas patológicos, aire extraluminal, calcificaciones (área pancreática, vesicular, renoureteral, apendicolitos, etc.), masas abdominales, visceromegalias y líquido libre intraperitoneal.
3. *Serie obstructiva,* si se sospecha obstrucción intestinal.
   a. Si se trata de un íleo paralítico, se visualiza dilatación de todo el intestino, delgado y colon, con la presencia de gas distal. En ocasiones pueden detectarse dilataciones intestinales segmentarias por un íleo paralítico localizado adyacente a lesiones inflamatorias («asa centinela»).
   b. Si existe una obstrucción intestinal mecánica, se dilata el tramo intestinal proximal al lugar de la obstrucción, mientras no hay gas distal a ella.
4. *Radiografía simple de abdomen en bipedestación o decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal* si se sospecha perforación. La presencia de aire libre intraperitoneal en un paciente sin historia de cirugía abdominal ni exploraciones invasivas indica siempre la perforación de una víscera hueca. Si el volumen de aire es pequeño, puede no detectarse en la radiografía, a no ser que esta se realice después de que el paciente permanezca, por lo menos 10 min en la misma posición.

Electrocardiograma

Si el paciente refiere dolor abdominal en el hemiabdomen superior debe practicarse un electrocardiograma (ECG) para descartar cardiopatía isquémica.

Ante toda epigastralgia de origen incierto debe realizarse un ECG para descartar la posibilidad de síndrome coronario agudo. Además, hay que tener presente que una enfermedad abdominal puede inducir una angina de pecho en los pacientes afectados de cardiopatía isquémica, del mismo modo que los enfermos con disfunción miocárdica pueden desarrollar una isquemia intestinal.

Ecografía abdominal

Está indicada, con carácter de urgencia, en todos los casos de abdomen agudo de etiología incierta con un diagnóstico de sospecha que implique un riesgo vital para el paciente o que, si se confirma, sea indicación de una intervención quirúrgica urgente. Por lo tanto, debe realizarse en caso de:

- Sospecha de colecistitis aguda en pacientes con enfermedad inmunodepresora o con cuadro de sepsis.
- Diagnóstico incierto de pancreatitis aguda, aunque en este caso es mejor la tomografía computarizada (TC).
- Dolor abdominal e hipovolemia sin exteriorizaciones hemorrágicas, con sospecha de rotura visceral (esplénica, hepática) o embarazo ectópico.
- Sospecha de aneurisma disecante de aorta abdominal.
- Dolor abdominal con signos de irritación peritoneal y cuyo origen no puede ser precisado clínicamente (isquemia intestinal, etc.).

Punción-lavado peritoneal

Debe realizarse a cualquier enfermo politraumatizado que presente clínica de shock hipovolémico, sin que pueda determinarse el origen de la pérdida hemática, cuando la ecografía de urgencia no está disponible o no es determinante. La punción-lavado peritoneal está contraindicada en coagulopatías, embarazadas, pacientes con clara indicación de intervención quirúrgica de emergencia y en enfermos con sospecha de adherencias por intervenciones anteriores. Si la punción es «roja» (sangre que no se coagula) debe procederse a laparotomía urgente; y si es «blanca» o «rosa» (líquido sanguinolento) requiere observación hospitalaria con control del hematocrito cada 2-4 h, y otras pruebas de imagen, como TC abdominal.

Tomografía computarizada abdominal

Las principales indicaciones de urgencia son: traumatismos abdominales con estabilidad hemodinámica, sospecha de disección aórtica y pancreatitis aguda con criterios de gravedad, para valorar una cirugía de urgencia. La TC helicoidal ha demostrado un alto rendimiento diagnóstico en el dolor abdominal agudo no obstétrico.

CRITERIOS DE INGRESO

Todos los pacientes con dolor abdominal agudo sin repercusión hemodinámica en los que, después del estudio inicial en el área de consultas del servicio de urgencias (incluida la consulta al cirujano), no pueda determinarse si existe una causa quirúrgica, deben ingresar en el área de observación para completar el estudio y revaluar. Hay que tener especial precaución con aquellos pacientes que están bajo los efectos del alcohol u otras drogas, en tratamiento con esteroides o inmunodeprimidos, ya que los signos diagnósticos clave pueden estar enmascarados.

TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Debido al gran número de enfermedades que pueden producir un cuadro de abdomen agudo, únicamente se hace referencia al tratamiento general de este síndrome, y el tratamiento específico se describe en los capítulos correspondientes.

Medidas generales

- Dieta absoluta.
- Si el paciente está hemodinámicamente inestable se le trata como se describe en el capítulo 16.
- Canalizar una vía venosa periférica, preferentemente con un catéter central de inserción periférica (PICC), y administrar suero glucosalino a razón de 2.500-3.000 ml/24 h. No obstante, la cantidad y el tipo de solución se modifican según la situación clínica del paciente y la enfermedad crónica de base.

- Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y, si fuera necesario, transfusión de hematíes.
- Descompresión gastrointestinal, si es necesaria, con sonda nasogástrica con aspiración continua en los casos de obstrucción del intestino delgado o de dilatación gástrica aguda.
- Administración de antieméticos, como metoclopramida (**Primperan**®, ampollas con 10 mg), en dosis de 10 mg/8 h por vía intramuscular o intravenosa, si la sonda nasogástrica no está indicada.
- Tratamiento analgésico. En la actualidad existe evidencia científica de que los analgésicos pueden ayudar al diagnóstico, facilitando la anamnesis y la exploración física, al reducir la ansiedad del paciente, y relajando la musculatura abdominal. Además, se ha demostrado que la analgesia no enmascara los hallazgos exploratorios ni conlleva un aumento de la morbimortalidad.

Tratar el dolor mientras se continúa con una intensa búsqueda de su causa no es más perjudicial que buscar solo la causa, y además, es más humanitario.

Tratamiento antibiótico

Se inicia solo después de haber establecido la indicación quirúrgica del abdomen agudo y antes de la intervención. Se administra una de las siguientes pautas por vía intravenosa:

1. Triple terapia: clindamicina o metronidazol, más aminoglucósido y más ampicilina o penicilina G sódica.
   a. Clindamicina (**Clindamicina Normon**®, **Dalacin fosfato**®, viales y ampollas con 300 y 600 mg, respectivamente), en dosis de 600 mg/6 h; o metronidazol (**Flagyl**®, bolsa viaflo de 100 ml con 500 mg y de 300 ml con 1,5 g) en dosis de choque de 15 mg/kg (2 bolsas de 500 mg), seguida de 7,5 mg/kg (1 bolsa de 500 mg) cada 6 h.
   b. Aminoglucósido, como tobramicina (**Tobramicina Normon**®, viales con 50 y 100 mg y frascos intravenosos de 100 ml con 100 mg) en dosis de 3-5 mg/kg/día. Una dosis habitual para un paciente de 70 kg de peso es de 300 mg/24 h. Este fármaco, como todos los aminoglucósidos, debe administrarse diluido en 100 ml de suero fisiológico, y perfundirse en 20 min.
   c. Ampicilina (**Britapen**®, viales con 500 mg), en dosis de 1 g/6 h; o penicilina G sódica (**Penilevel**®, viales de 1, 2, 5 y 10 millones de UI), en dosis de 1 millón de UI/4 h diluido en 250 ml de suero fisiológico.
2. Cefepima (**Maxipime**®, viales intravenosos con 1 y 2 g) en dosis de 2 g/12 h más aminoglucósido (tobramicina) en la dosis ya referida.
3. Carbapenem, como monoterapia. Se administra uno de los siguientes:
   a. Ertapenem (**Invanz**®, viales con 1 g), en dosis de 1 g/24 h, diluido en 50 ml de suero fisiológico y perfundido en 30 min.
   b. Meropenem (**Meronem**®, viales con 500 mg y 1 g) en dosis de 1 g/8 h, para lo cual se diluye 1 vial de 1 g en 100 ml de suero fisiológico, y se perfunde en 20 min.
   c. Imipenem (**Tienam**®, viales con 250 y 500 mg), en dosis de 500-1.000 mg/6 h, para lo cual se diluyen 1-2 viales de 500 mg en 100-200 ml de suero fisiológico, respectivamente, y se perfunde en 20 min.

Tratamiento quirúrgico

A aquellos pacientes con signos inequívocos de abdomen agudo quirúrgico se les debe practicar una laparoscopia o laparotomía inmediata después de su reanimación y preparación. Asimismo, son candidatos a cirugía de urgencia los pacientes con neumoperitoneo por perforación de víscera hueca, los que presentan dolor abdominal y signos de sepsis que no pueden ser explicados por otros hallazgos, los que tienen repercusión hemodinámica refractaria a las medidas de reanimación sin otro origen que lo justifique, y en los que se sospeche isquemia mesentérica, entre otros procesos quirúrgicos.

RECOMENDACIONES EN EL MOMENTO DEL ALTA

Una vez evaluado el paciente en urgencias, cuando el diagnóstico es de dolor abdominal inespecífico, es necesario que un médico revalúe al paciente en las 8-10 h siguientes (en general, el médico de familia).

El paciente debe volver a consultar al servicio de urgencias si presenta alguna de las siguientes circunstancias:

- Focalización, empeoramiento del dolor al toser o estornudar, o ausencia de mejoría de este en las siguientes 24 h.
- Intolerancia oral, especialmente si hay disminución de la diuresis.
- Síncope.
- Sangre en vómitos o heces.
- Fiebre elevada o escalofríos.
- Distensión abdominal.
- Cualquier síntoma nuevo o agravamiento de otro ya existente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS DE LAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN CURSAR CON ABDOMEN AGUDO

A continuación se señalan las características clínicas y los hallazgos de las exploraciones complementarias urgentes de algunas causas de dolor abdominal agudo.

Aneurisma disecante de aorta abdominal

- Predominio en varones, hipertensos y pacientes de edad avanzada.
- Dolor abdominal brusco, referido en la fosa renal, la columna lumbar o el epigastrio. Se irradia a la espalda y a la porción inferior del abdomen, con disminución o abolición de los pulsos femorales. A menudo se acompaña de shock.
- El diagnóstico de certeza se realiza mediante ecografía y TC abdominal.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Apendicitis aguda

- Dolor de carácter continuo y progresivo que aumenta con los movimientos, de intensidad moderada, en ocasiones localizado inicialmente en el epigastrio o en la región periumbilical y posteriormente en la FID.
- Se acompaña de anorexia, náuseas o vómitos, febrícula o fiebre (37,5-38,5 °C) y estreñimiento (puede cursar con diarrea si es retrocecal).
- Hipersensibilidad en FID, con signo de Blumberg positivo. También pueden ser positivos los signos del psoas y de Rovsing.
- Tacto rectal: fondo de saco de Douglas y pared derecha del recto dolorosos.
- En el paciente anciano los síntomas pueden ser mínimos y palparse una masa en la FID que corresponde a un plastrón inflamatorio periapendicular.
- Radiografía simple de abdomen: a menudo es anodina, con gran valor diagnóstico cuando se observan apendicolitos.
- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios: leucocitosis moderada con desviación izquierda.

«Si las náuseas, los vómitos y la fiebre preceden al dolor, estoy convencido de que no se trata de una apendicitis aguda.» (Murphy)

Aracnoidismo

Producido por la picadura de la araña viuda negra. Cursa con dolor abdominal intenso irradiado a la espalda, náuseas, vómitos y signos locales inflamatorios en el sitio de la picadura.

Botulismo

Dolor de carácter cólico, con distensión abdominal y deposiciones líquidas (en los niños cursa con estreñimiento), con síntomas neurológicos acompañantes, como visión borrosa, midriasis arreactiva, disfagia, disartria y debilidad muscular. Generalmente no hay fiebre.

Cetoacidosis diabética

- Dolor abdominal difuso, acompañado de náuseas o vómitos, respiración de Kussmaul, deshidratación y fetor cetonémico.
- El diagnóstico se realiza mediante bioquímica sanguínea (hiperglucemia, cetonemia), orina (glucosuria y cetonuria) y gasometría (acidosis metabólica).

Cólico biliar simple

- Dolor de aparición brusca, a menudo de madrugada, continuo y progresivo, localizado en el epigastrio e irradiado al hipocondrio y la escápula derechos.
- Se acompaña de náuseas, vómitos, distensión abdominal y coluria.
- Exploración física: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo.
- Radiografía simple de abdomen: generalmente anodina, aunque pueden apreciarse cálculos radioopacos. La hematimetría y la bioquímica suelen ser normales. La tira reactiva de orina puede dar pigmentos biliares positivos.
- La ecografía de urgencia no está indicada en el cólico biliar simple.

Cólico biliar complicado

- Antecedentes de dispepsia, intolerancia a grasas y cólicos biliares en el 75% de los casos. Es más frecuente en mujeres y en pacientes diabéticos.
- Debe sospecharse ante un cólico biliar prolongado, resistente al tratamiento espasmolítico y analgésico o cuando se acompaña de fiebre, escalofríos o ictericia.

Colecistitis aguda

- Dolor y espasmo muscular en el epigastrio y el hipocondrio derecho, a menudo irradiado a la espalda. Se acompaña de anorexia, náuseas, vómitos, fiebre de predominio vespertino y escalofríos. Puede haber discreta ictericia.
- En la analítica destaca leucocitosis con desviación a la izquierda, a veces discreta hiperamilasemia, hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia.
- La mejor prueba diagnóstica es la ecografía abdominal, en la que puede apreciarse: litiasis biliar, engrosamiento de la pared superior a 3 mm, distensión vesicular, barro biliar, colecciones líquidas pericolecísticas y signo de Murphy ecográfico positivo.

Coledocolitiasis

- Cuadro similar al cólico biliar simple, que se prolonga en el tiempo y no cede al tratamiento espasmoanalgésico habitual.
- A menudo se acompaña de ictericia obstructiva (acolia, prurito y coluria), con un aumento de enzimas de colestasis (γGT y FA), hiperbilirrubinemia de predominio directo y bilirrubinuria.
- La ecografía abdominal evidencia, generalmente, una dilatación de la vía biliar extrahepática y el cálculo alojado en el colédoco distal.

Colitis ulcerosa

Diarrea sanguinolenta, con mucosidad y pus, que cursa por brotes, con dolor abdominal cólico (sobre todo en el hipogastrio y los flancos), fiebre, pérdida de peso, astenia y artralgias.

Cólico renoureteral

- Se caracteriza por dolor en la fosa renal irradiado por el trayecto ureteral del mismo lado. Puede acompañarse de náuseas y vómitos, polaquiuria, disuria y tenesmo vesical.
- La tira reactiva de orina revela microhematuria.

Crisis drepanocíticas

- Fenómenos recurrentes vasooclusivos que dan lugar a dolor abdominal, sin defensa muscular acompañante y con peristaltismo.
- El diagnóstico se realiza por un frotis sanguíneo que revela hematíes con aspecto de media luna. Con frecuencia se detecta anemia normocítica y normocrómica.

Diverticulitis del colon sigmoide

- Más frecuente en mujeres mayores de 60 años.
- Inicialmente, el dolor puede ser de tipo cólico, aunque por lo general es continuo, localizado en la fosa ilíaca izquierda, y empeora con la defecación. Puede haber diarrea inicial, fiebre (39-40 °C) y escalofríos.
- En la exploración puede detectarse sensación de empastamiento o masa en la fosa ilíaca izquierda, con signos localizados de irritación peritoneal. El tacto rectal es muy doloroso.
- En las pruebas analíticas destaca leucocitosis con desviación a la izquierda.

Edema angioneurótico (angioedema)

Se diagnostica por dolor abdominal difuso y edema palpebral y de mucosa bucofaríngea. Son importantes los antecedentes familiares y personales (investigar tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina).

Embarazo ectópico

- Dolor abdominal de comienzo súbito, de carácter continuo, generalmente mal definido, de predominio en el hipogastrio e irradiado a ambos flancos, a veces acompañado de síncope, con metrorragia y período previo de amenorrea. Puede iniciarse con estado de shock o este puede aparecer a lo largo de su evolución.
- En la analítica destaca anemia aguda por pérdida sanguínea (normocítica y normocrómica) y prueba de gestación positiva.
- El diagnóstico se realiza mediante ecografía abdominal.
- El antecedente de ligadura de trompas no descarta el diagnóstico de embarazo ectópico.
- Requiere tratamiento quirúrgico urgente.

Enfermedad coronaria

- Dolor precordial, a veces epigástrico súbito, con ausencia de contractura abdominal, acompañado de vómitos, palidez, sudoración profusa y, a veces, shock. El dolor puede irradiarse a la mandíbula, el cuello o el brazo izquierdo. Es fundamental incidir en los antecedentes personales.
- Diagnóstico: ECG y troponina sérica.

Enteritis regional (enfermedad de Crohn)

- Dolor abdominal cólico de inicio en la FID, a veces con masa palpable, diarrea crónica con mucosidad, sangre y pus, fiebre, anorexia y malestar general.
- En las pruebas analíticas destaca anemia normocrómica y normocítica, así como leucocitosis.

Embolia pulmonar

- Dolor torácico de características pleuríticas que, en ocasiones, puede ser referido o irradiado al hemiabdomen superior, a veces acompañado de trombosis venosa profunda.
- El diagnóstico se realiza mediante angio-TC torácica y gammagrafía de ventilación/perfusión.

Fiebre mediterránea familiar

Son de ayuda los antecedentes familiares y personales. Suele asociarse a pleuritis, pancreatitis, lesiones cutáneas y artritis. El dolor abdominal suele ser generalizado, sin defensa, con abdomen distendido y ausencia de ruidos hidroaéreos.

Gastroenteritis aguda

- Se caracteriza por náuseas y vómitos, acompañados de dolor periumbilical de carácter cólico, con intervalos silentes y deposiciones líquidas o semilíquidas y malolientes, en número variable. Puede acompañarse de fiebre alta con escalofríos.
- En la exploración física, la palpación abdominal, por lo general anodina, puede mostrar dolor difuso sin signos de irritación peritoneal, con peristaltismo intestinal aumentado a la auscultación.

Hematoma de la pared abdominal

- Debe sospecharse ante el hallazgo de una masa adherida a la pared abdominal, acompañada de equimosis, a menudo precedida de esfuerzos físicos, por lo general en pacientes con trastornos de la coagulación o en tratamiento anticoagulante.
- El diagnóstico se realiza por ecografía abdominal.

Hemocromatosis

Dolor abdominal difuso, aunque más localizado en el hipocondrio derecho, distensión abdominal, hepatomegalia e hiperpigmentación cutánea.

Hemorragia intraperitoneal

- Es secundaria a la lesión de una víscera maciza, generalmente de origen traumático. Cursa con signos de shock hipovolémico, ausencia objetiva de hemorragia en otros niveles y dolor abdominal leve o ausente con mínima o nula reacción peritoneal.
- La hematimetría puede revelar anemia aguda (si la determinación no se realiza precozmente).
- El diagnóstico de confirmación se obtiene mediante punción-lavado peritoneal. Si el estado del paciente no es crítico pueden realizarse ecografía y TC abdominal para determinar el origen de la hemorragia.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hematoma retroperitoneal

- Dolor abdominal irradiado a las fosas lumbares, con espasmos musculares, distensión abdominal, íleo y shock hipovolémico.
- El diagnóstico se realiza mediante ecografía abdominal.

Hepatitis viral aguda

- Antecedente epidemiológico de contacto con algún caso conocido, drogadicción, punción venosa, uso compartido de vasos, botellas, etc.
- Cursa con dolor discontinuo en el hipocondrio derecho (hepatomegalia), precedido de astenia, anorexia, febrícula, artralgias, mialgias y, más tarde, ictericia.
- En la analítica practicada con carácter urgente destaca hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia.

Hernia abdominal

- Puede originarse por la salida de un órgano o estructura de la cavidad abdominal a través de un defecto de la pared del abdomen (hernia abdominal externa) o a través de otra cavidad del abdomen o del tórax (hernia abdominal interna). Los defectos en la reparación quirúrgica de la pared abdominal definen las hernias laparotómicas o eventraciones.
- La hernia abdominal no complicada suele cursar de manera asintomática o, a lo sumo, originar malestar abdominal. La exploración física detecta una masa que se reduce con facilidad, manualmente o de forma espontánea. Sin embargo, en ocasiones, la hernia no puede reducirse como consecuencia de adherencias al saco herniario secundarias a un proceso inflamatorio crónico, aunque la sola irreductibilidad de la hernia no implica complicación.
- La hernia abdominal complicada con contenido intestinal se suele manifestar como una obstrucción intestinal, y en ocasiones se puede producir daño vascular (estrangulación herniaria), primero venoso y posteriormente arterial. En la exploración física se evidencia, junto a los signos de obstrucción intestinal, una masa dolorosa, dura e irreductible. Sin embargo, cuando el asa intestinal herniada se encuentra afectada parcialmente (hernia de Ritcher), puede permitir el tránsito, evolucionando de forma más tórpida.

Herpes zóster

Se identifica por la presencia y distribución de lesiones vesiculosas características. En ocasiones el diagnóstico es difícil porque el dolor puede preceder a las lesiones cutáneas, incluso en algunos días.

Hígado de estasis

Dolor en el hipocondrio derecho con hepatomegalia, acompañado de ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular y edemas maleolares.

Hiperlipemia

Dolor abdominal difuso que se interpreta como episodios subintrantes de pancreatitis aguda. Puede ocasionar pancreatitis aguda, a menudo necrosante, de gran intensidad. Las cifras de amilasemia pueden ser normales (v. cap. 50).

Isquemia/necrosis mesentérica

- Debe sospecharse en pacientes de edad avanzada, en tratamiento con digitálicos, diuréticos, antiagregantes plaquetarios, fundamentalmente si presentan arritmias cardíacas.
- Clínicamente se caracteriza por dolor difuso, al principio de carácter cólico y después continuo, de inicio más o menos súbito, intenso, acompañado de náuseas y vómitos (en ocasiones «en posos de café») y deposiciones líquidas con sangre (melenas o hematoquecia). Un paciente con oclusión de la arteria mesentérica superior puede presentar dolor moderado como único síntoma durante 2-3 días antes de que aparezcan los signos de peritonismo.
- La exploración física, que inicialmente puede ser anodina, revela un abdomen distendido, con timpanismo difuso (íleo paralítico), y ausencia de signos peritoneales hasta fases tardías. Finalmente, se añaden signos de hipoperfusión periférica.
- En las exploraciones complementarias, la radiografía simple de abdomen puede evidenciar alteraciones compatibles con íleo paralítico; la hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, leucocitosis con importante desviación a la izquierda, y la bioquímica sanguínea, insuficiencia renal y trastornos iónicos. La TC abdominal puede detectar obstrucción o calcificación de la arteria mesentérica superior y aire en la vena porta o en los vasos mesentéricos.
- El tratamiento siempre es quirúrgico.

Ingestión de *Amanita phalloides*

A las 10-12 h de la ingestión de este hongo se produce un cuadro de náuseas, vómitos, dolor abdominal, a veces diarrea y colapso vascular, y luego fracaso renal e insuficiencia hepática masiva.

Insuficiencia suprarrenal aguda

- Dolor abdominal difuso y diarrea durante la crisis, acompañado de náuseas, vómitos e hipotensión.
- En la bioquímica sanguínea destaca la presencia de hiperpotasemia e hiponatremia.

Leucemia aguda

- El dolor puede estar producido por esplenomegalia, y otras veces por linfadenopatías mesentéricas.
- La fórmula y el recuento leucocitarios revelan el diagnóstico.

Linfadenitis mesentérica

- Precedida generalmente de infección de vías respiratorias altas, el dolor suele localizarse en la FID.
- La hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios evidencia una linfocitosis.

Miositis

De causa multifocal, el dolor se identifica como de origen superficial. Cursan con creatincinasa (CK) elevada y normalidad de la isoenzima CK-MB.

Mononucleosis infecciosa

- Dolor y sensibilidad abdominal constante debido a linfadenitis mesentérica y hepatoesplenomegalia. Se acompaña de odinofagia y adenopatías laterocervicales.
- La hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios revela leucocitosis con linfomonocitosis.

Neumonía

- El dolor abdominal es más frecuente en niños. Suele acompañarse de fiebre alta, taquicardia y abdomen distendido pero no rígido.
- El diagnóstico se realiza mediante radiografía de tórax en proyecciones posteroanterior y lateral.

Neumotórax

- El dolor torácico, que puede ser referido en el hemiabdomen superior, suele ser de inicio brusco y acompañarse de disnea, y aumenta con el esfuerzo.
- El diagnóstico se realiza mediante radiografía de tórax en inspiración y espiración forzadas.

Obstrucción intestinal

- Se caracteriza por dolor abdominal de tipo cólico (continuo si existe estrangulación y peritonitis), vómitos (más intensos en la obstrucción del intestino delgado), distensión abdominal (mayor cuanto más distal sea la obstrucción) y detención de heces y gases.
- El tacto rectal es fundamental para descartar masas en su interior (fecalomas). Siempre hay que buscar hernias abdominales.
- La *obstrucción mecánica* cursa con peristaltismo aumentado («de lucha»), visible en muchos casos, con ruidos hidroaéreos metálicos a intervalos recurrentes. El estudio radiológico, mediante una serie obstructiva, demuestra niveles hidroaéreos, con ausencia de gas distal a la obstrucción. El tratamiento, con muy pocas excepciones, siempre es quirúrgico.
- El *íleo paralítico* cursa con ausencia de peristaltismo y de ruidos hidroaéreos. El estudio radiológico evidencia niveles hidroaéreos en el intestino delgado y grueso.

Ovulación dolorosa

Dolor abdominal en cuadrantes inferiores, que se presenta en la mitad del ciclo, sin fiebre ni leucocitosis, y que la paciente describe como similar al del inicio de la menstruación. La normalidad de las exploraciones complementarias es habitual.

Pancreatitis aguda

- Antecedentes de litiasis biliar, úlcera péptica o alcoholismo.
- Dolor de instauración súbita e intensidad rápidamente progresiva, localizado en el epigastrio con irradiación a ambos hipocondrios y a la espalda («en cinturón»), que empeora con el decúbito supino y se alivia al sentarse. Se acompaña de náuseas y vómitos que no alivian el dolor.
- La bioquímica sanguínea evidencia la presencia de hiperamilasemia con un cociente de aclaramiento amilasa/creatinina superior al 5% (v. cap. 50).

Perforación de víscera hueca

- Dolor súbito y violento («como una puñalada»), generalmente epigástrico o generalizado, irradiado a menudo al hombro. De carácter continuo, sin remisiones, se exacerba con los movimientos, la respiración profunda y la tos, lo que hace que el paciente esté inmóvil.
- Se acompaña de náuseas y vómitos escasos. Afección importante del estado general (impresión de gravedad).
- En la exploración física se encuentra al paciente sudoroso y pálido, con el abdomen «en tabla», difusamente doloroso con la palpación, signo de Blumberg positivo y desaparición de la matidez hepática. En el tacto rectal el fondo de saco de Douglas es doloroso.
- En las pruebas radiológicas el signo que hay que buscar es el neumoperitoneo, que se ve mejor con la radiografía de tórax en bipedestación.
- En la analítica se encuentra una moderada leucocitosis y neutrofilia. Puede haber hiperamilasemia.

Pericarditis

- Dolor torácico de características pleuríticas, a veces irradiado o referido en el epigastrio; puede auscultarse roce pericárdico.
- El diagnóstico se realiza mediante ECG, radiografía de tórax y ecocardiograma, si se sospecha derrame pericárdico.

Peritonitis bacteriana espontánea

- Es una complicación frecuente de la cirrosis hepática, aunque también aparece en pacientes con ascitis preexistente de otra etiología.
- Cursa con fiebre, dolor abdominal, signos generalizados de irritación peritoneal, empeoramiento de la función hepática, insuficiencia renal y, en ocasiones, shock séptico. El dolor abdominal puede estar ausente (20% de los casos).

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Mediante el análisis del líquido ascítico, que es macroscópicamente turbio, el diagnóstico se establece con cifras de leucocitos superiores a 1.000/μl.
- Hay que diferenciarla de la peritonitis bacteriana secundaria a un proceso séptico intraabdominal (perforación de víscera hueca, apendicitis aguda, etc.).

Pleuritis

- Dolor de irradiación frénica que se exacerba con los movimientos respiratorios.
- La radiografía de tórax puede revelar engrosamiento o derrame pleural.

Policitemia vera

- Cursa con esplenomegalia, que ocasiona sensación de plenitud intraabdominal y dolor en la base del hemitórax izquierdo.
- En la hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios, se detecta un aumento del número de hematíes, el hematocrito y la hemoglobina y, con frecuencia, leucocitosis y trombocitosis.

Porfiria aguda intermitente

- Puede ocasionar dolor abdominal de tipo cólico, generalizado o localizado, sin signos de irritación peritoneal, con náuseas, vómitos e íleo paralítico, fiebre, hipertensión arterial diastólica, taquicardia, crisis convulsivas, síndrome confusional y neuropatía motora.
- El diagnóstico se basa en la detección de porfobilinógeno en orina, determinación cualitativa mediante el test de Hoesch, y se sospecha por la coloración rojo oscura que adopta la orina cuando esta se encuentra en contacto con el aire.

Púrpura de Schönlein-Henoch

Exantema purpúrico (más intenso en los glúteos y los miembros inferiores), artralgias o artritis, glomerulonefritis y dolor abdominal de tipo cólico, con hemorragia, perforación espontánea y, excepcionalmente, invaginación intestinal.

Rotura de esófago

- Dolor retroesternal intenso precedido de vómitos violentos, enfisema subcutáneo, rigidez abdominal y hematemesis.
- En la radiografía simple de abdomen se observa neumoperitoneo, y en la radiografía de tórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo.

Saturnismo

- Cursa con dolor abdominal y estreñimiento pertinaz; ayudan al diagnóstico los antecedentes laborales del enfermo y la existencia del ribete de Burton.
- En el frotis de sangre periférica aparece un punteado basófilo de los hematíes muy característico.

Tabes dorsal

Esta enfermedad puede presentarse como dolor abdominal perforante, «en cinturón», acompañado de náuseas, vómitos y aumento del peristaltismo, sin rigidez ni defensa muscular y abolición del reflejo fotomotor.

Úlcera péptica (brote ulceroso)

- Dolor en epigastrio, a veces irradiado a la espalda o al hipocondrio derecho, de carácter urente o como sensación de pesadez o hambre. Se relaciona con la ingesta y se acompaña de pirosis, flatulencia, náuseas y vómitos. Cede o mejora con antiácidos, antagonistas de los receptores H_2 de la histamina e inhibidores de la bomba de protones. Es importante conocer la existencia de antecedentes de enfermedad ulcerosa o la ingesta de fármacos que, como los AINE, pueden lesionar la mucosa gástrica.
- En la exploración física solo destaca un ligero dolor en el epigastrio, que no se modifica con los movimientos ni con la respiración.
- Las exploraciones complementarias son rigurosamente normales, por lo que ante un diagnóstico clínico claro no están indicadas de urgencia.

Vasculitis

Diversas enfermedades de este grupo, como la panarteritis nudosa y la púrpura de Schönlein-Henoch, cursan con dolor abdominal por afección arterítica a este nivel, y se manifiestan clínicamente como la isquemia mesentérica, ya citada.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Fields JM, Dean AJ. Systemic Causes of Abdominal Pain. Emerg Med Clin N Am 2011;29:195-210.

Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Database Syst Rev. 2011;1:CD005660. DOI: 10.1002/14651858.CD005660.pub3.

McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 2011;29:159-73.

Nzeako UC, Longhurst HJ. Many faces of angioedema: focus on the diagnosis and management of abdominal manifestations of hereditary angioedema. Eur J Gastroenterol Hepatol 2012;24:353-61.

Panebianco NL, Jahnes K, Mills AM. Imaging and laboratory testing in acute abdominal pain. Emerg Med Clin North Am 2011;29:175-93.

Privette TW Jr, Carlisle MC, Palma JK. Emergencies of the liver, gallbladder, and pancreas. Emerg Med Clin North Am 2011;29:293-317.

Ragsdale L, Southerland L. Acute abdominal pain in the older adult. Emerg Med Clin North Am 2011;29:429-48.

Wilkins T, Embry K, George R. Diagnosis and management of acute diverticulitis. Am Fam Physician 2013;87:612-20.

Wray CJ, Kao LS, Millas SG, Tsao K, Ko TC. Acute appendicitis: controversies in diagnosis and management. Curr Probl Surg 2013;50:54-86.