

**Actividad
acreditada
2007**



CONSELL CATALÀ
DE LA FORMACIÓ
MÈDICA CONTINUADA



COMISIÓN DE
FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SNS

**2,1
CRÉDITOS**

Actividad acreditada:

Consell Català de la Formació Mèdica Continuada

Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

Curso on-line

Dolor abdominal

Coordinador: Vicente Garrigues

Tema 1. Dolor abdominal agudo. Tipos, características semiológicas y diagnóstico diferencial

Miguel A. Montoro Huguet

Tema 2. Dolor abdominal en el síndrome del intestino irritable. Dolor de origen ginecológico

Vicente Garrigues Gil y Alfredo Perales Marín

Tema 3. Dolor abdominal en cólico nefrítico y biliar

Vicente Ortiz Bellver

Tema 4. Causas infrecuentes de dolor abdominal

Melchor Hoyos García

Tipos, características semiológicas y diagnóstico diferencial

Miguel A. Montoro Huguet

Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge. Departamento de Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	3	EXPLORACIÓN FÍSICA	
BASES ANATOMOFISIOLÓGICAS	4	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	
RECEPTORES DEL DOLOR		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS BÁSICAS	
TIPOS DE ESTÍMULOS DOLOROSOS		EXPERIENCIA ACUMULADA	13
TIPOS DE DOLOR ABDOMINAL ..	5	CONOCER LAS CAUSAS MÁS	
DOLOR VISCERAL		FRECUENTES DE DOLOR	
DOLOR REFERIDO		ABDOMINAL AGUDO	13
DOLOR PARIETAL		FACTORES QUE AUMENTAN	
APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA....	7	LA INCIDENCIA DE ERROR	
HISTORIA CLÍNICA		DIAGNÓSTICO	13
ANTECEDENTES MEDICOQUIRÚRGICOS		RESUMEN Y CONCLUSIONES..	14
SEMIOLOGÍA DEL DOLOR		BIBLIOGRAFÍA	16
SÍNTOMAS ASOCIADOS			

INTRODUCCIÓN

Correspondencia: Dr. M. Montoro Huguet.
Unidad de Gastroenterología y Hepatología.
Hospital San Jorge.
Avda. Martínez de Velasco, 26.
22004 Huesca. España.
Correo electrónico: montorohuguet@gmail.com

El término *dolor abdominal agudo* se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. Este síntoma representa entre el 5 y el

10% de las condiciones evaluadas en los servicios de urgencias y sus causas son muy diversas, y oscilan desde casos leves hasta condiciones que resultan amenazantes para la vida. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico en una situación de este tipo. No en vano sólo el 60% de los casos subsidiarios de ingreso hospitalario han sido diagnosticados correctamente. El dolor abdominal agudo debe considerarse, por tanto, un auténtico desafío clínico¹. Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos causantes del dolor, así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de las causas inusuales y de los factores que, con frecuencia, conducen a error².

BASES ANATOMOFISIOLÓGICAS

Receptores del dolor

En el abdomen hay una serie de terminaciones libres o receptores del dolor situados específicamente tanto en el músculo liso de las vísceras huecas (vesícula y vías biliares, intestino, vejiga y uréteres), como en la cápsula de algunas vísceras sólidas (hígado, bazo y riñones),

Tabla 1. Factores que modifican el umbral del dolor

Disminuyen el umbral del dolor (el paciente es más sensible al dolor)

- Ansiedad
- Depresión
- Dolor recidivante
- Inflamación
- Isquemia

Aumentan el umbral del dolor (el paciente manifiesta menos sensibilidad al dolor)

- Demencia
- Somnolencia
- Concentración
- Estimulación simpática
- Hipnotismo
- Placebo-analgésicos

el peritoneo parietal y el mesenterio. Estos receptores responden tanto a estímulos mecánicos como a químicos. En contraste, los receptores existentes en la mucosa de las vísceras huecas únicamente responden a estímulos químicos. Otras estructuras, como el peritoneo visceral o el epiplón, carecen de receptores, lo que explica la insensibilidad de estas estructuras.

Tipos de estímulos dolorosos

Distensión o estiramiento

Representa el principal mecanismo implicado en la nocicepción visceral. Puede tratarse de la distensión de una víscera hueca, como ocurre en el cólico hepático o renal, o de la contracción vigorosa del músculo liso, tal como sucede en la obstrucción intestinal. Por último, puede tratarse del estiramiento o la tracción del peritoneo, o la distensión de las cápsulas que envuelven las vísceras sólidas. Así ocurre en el hígado turgente y congestivo de la trombosis de las venas suprahepáticas que acompaña al síndrome de Budd-Chiari.

Inflamación o isquemia

Tanto la inflamación como la isquemia pueden producir dolor abdominal por diversos mecanismos, entre los que se incluyen la liberación de mediadores como la serotonina, la bradicinina, la histamina, la sustancia P y las prostaglandinas, que actúan directamente en el sistema nociceptivo, así como cambios en la temperatura y el pH (asociados al metabolismo anaerobio en el caso de la isquemia). A su vez, ambos fenómenos (isquemia e inflamación) son capaces de disminuir el umbral del dolor aumentando la intensidad de la percepción. Otros factores que pueden modular la intensidad del dolor se exponen en la tabla 1.

En presencia de un estímulo adecuado se produce la activación de las terminaciones libres específicas —receptores del dolor—, que forman parte de lo que se denomina «primera neurona». Su cuerpo celular se sitúa en los ganglios de las raíces dorsales existentes en los agujeros vertebrales. La señal generada se transmite hasta la «segunda neurona», situada en el asta posterior medular, cuyo axón cruza al

lado opuesto de la médula para constituir el haz espinotalámico. Este último establece conexión con la «tercera neurona» en el tálamo. Desde allí, los axones se proyectan hacia la corteza somatosensorial, lo que permite la percepción del estímulo y sus características: localización, intensidad y carácter. El aspecto emocional del dolor ocurre como consecuencia de las conexiones establecidas entre las neuronas talámicas, el córtex frontal y el sistema límbico (fig. 1).

TIPOS DE DOLOR ABDOMINAL

Básicamente se describen 3 tipos de dolor abdominal: dolor visceral, dolor referido y dolor parietal.

Dolor visceral

Su origen se relaciona con la distensión o contracción violenta de la musculatura de una víscera hueca. El estímulo se transmite a través de las fibras C que forman parte de los nervios espláncnicos. Éstos transmiten impulsos de conducción lenta que dan lugar a un dolor mal delimitado, de comienzo gradual e intensidad creciente, denominado protopático. Así es, por ejemplo, el dolor referido por el paciente en el epigastrio, durante las fases iniciales de un cuadro apendicular. La cualidad del dolor es variable y oscila entre un dolor sordo y urente hasta un dolor manifiestamente cólico. Es un tipo de dolor que con frecuencia se asocia a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. No existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular y, debido a que la inervación visceral alcanza ambos lados de la médula, su localización se sitúa en la línea media.

Dolor referido

En ocasiones, el dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una zona localizada a distancia del órgano afectado. Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o bien el umbral del dolor está disminuido. Su origen puede explicarse por la teoría de la convergencia-proyección. Así, las fibras

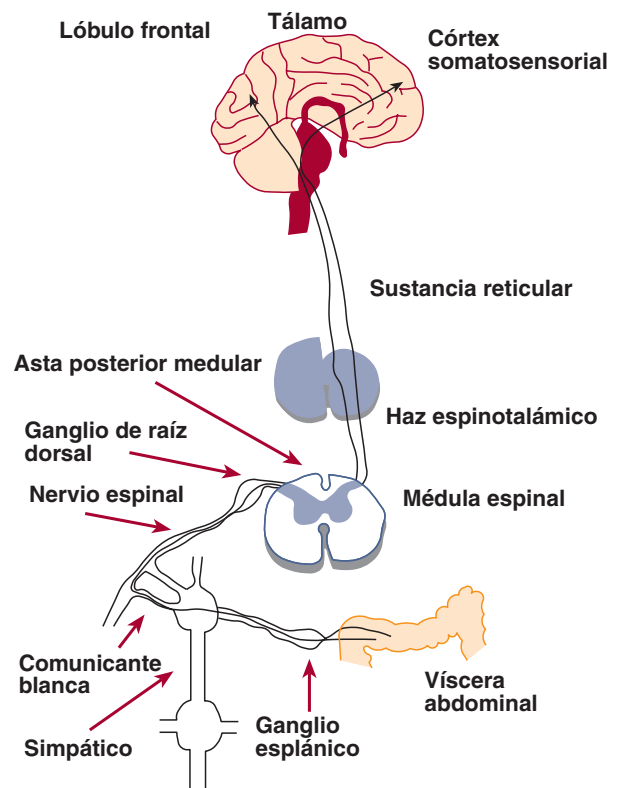


Fig 1. Vías transmisoras del dolor abdominal.

Modificada de García Cabezudo y Montoro Huguet².

que conducen los estímulos viscerales convergen en el asta posterior de la médula junto con las fibras que conducen los estímulos somáticos (p. ej., procedentes de la piel). Debido a que la densidad de estos últimos es muy superior y a que los impulsos procedentes de la piel son mucho más frecuentes, cuando un impulso de origen visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido, las neuronas del asta posterior medular localizan erróneamente la procedencia del estímulo, y lo sitúan en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular. Por ejemplo, los impulsos nociceptivos procedentes de la vesícula entran en la médula entre las dorsales D₅ y D₁₀. Cuando la vesícula es afectada por un proceso inflamatorio —colecistitis—, la inflamación hace descender el umbral del dolor y justifica la aparición de un dolor referido a la escápula.

Dolor parietal

Aparece en casos de peritonitis. En este caso, el impulso álgido se transmite a través de fibras

Tabla 2. Causas intraabdominales de dolor abdominal agudo**Estómago y duodeno**

Úlcera péptica con penetración o perforación
Vólvulo gástrico

Intestino delgado

Gastroenteritis
Apendicitis
Enfermedad inflamatoria intestinal
Obstrucción
Perforación
Isquemia intestinal
Diverticulitis de Meckel

Intestino grueso

Colitis infecciosa
Enfermedad inflamatoria intestinal
Megacolon
Diverticulitis
Perforación
Oclusión
Colitis isquémica

Hígado

Hepatitis aguda
Síndrome de Budd-Chiari
Trombosis portal
Infarto hepático
Absceso hepático
Rotura o necrosis de tumor hepático

Vías biliares y páncreas

Colangitis
Colecistitis
Pancreatitis

Bazo

Rotura de bazo
Infarto esplénico

Aparato genital femenino

Rotura o torsión de quiste ovárico
Salpingitis aguda
Embarazo ectópico
Rotura uterina
Endometritis
Piosápinx
Amenaza de aborto

Problemas urológicos

Cólico nefrítico
Pielonefritis
Perinefritis
Absceso perirrenal
Torsión de testículo
Retención urinaria
Prostatitis

Retroperitoneo

Rotura o disección de aneurisma abdominal
Hemorragia retroperitoneal

Pared abdominal

Hematomas de los músculos rectos

Peritoneo

Fiebre mediterránea familiar
Peritonitis bacteriana primaria o espontánea

Mesenterio

Linfadenitis mesentérica

A delta-mielínicas, integradas en los nervios somáticos o cerebroespinales. Son de conducción rápida, poseen pequeños campos de recepción y producen un impulso álgido y bien localizado. En definitiva, son causa del denominado dolor epicrítico, como el que se describe en el punto de McBurney en un caso de apendicitis aguda avanzada. Este tipo de dolor se localiza exactamente en la zona estimulada, y se agrava con la tos, la deambulación y la palpación de la zona afectada. En todos estos casos, es característica la presencia de hiperalgesia y defensa muscular.

La apendicitis aguda representa, probablemente, el ejemplo más representativo para ilus-

trar los 3 tipos de dolor descrito, según la fase evolutiva de la enfermedad. En una etapa inicial, la distensión brusca del apéndice provocada por la oclusión del segmento proximal conduce a la aparición de un dolor visceral verdadero, localizado en la línea media superior del abdomen. En una fase ulterior, la inflamación de la mucosa disminuye el umbral de percepción y justifica la aparición de un dolor referido a la fosa ilíaca derecha. Finalmente, la extensión del proceso inflamatorio al peritoneo determina la aparición de un dolor epicrítico, de mayor intensidad, localizado exactamente en la zona estimulada, junto con un área de hiperestesia cutánea y de defensa abdominal.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación del paciente que consulta por presentar un dolor abdominal agudo reviste, a menudo, una gran complejidad y supone un reto, incluso para los más expertos³. Debe recordarse que existen causas intra y extraabdominales y que el listado de aquéllas es amplio (tablas 2 y 3). Los puntos esenciales sobre los que debe sustentarse el juicio diagnóstico son siempre una historia clínica concienzuda y un examen físico minucioso, así como la interpretación juiciosa de exámenes de laboratorio y algunas pruebas complementarias básicas o avanzadas. Otras claves que resultan de gran ayuda son el valor de la observación, la experiencia acumulada y el conocimiento de las etiologías más frecuentes (véase posteriormente)².

Historia clínica

La historia clínica debería integrar 3 puntos esenciales: los antecedentes clínicos del paciente, la semiología del dolor y la importancia de los síntomas asociados.

Antecedentes medicoquirúrgicos

El conocimiento de los antecedentes clínicos del paciente aporta una valiosa información para orientar el diagnóstico. El antecedente de una laparotomía previa tiene especial relevancia, dado que la presencia de bridas intraperitoneales es la causa más frecuente de oclusión del intestino delgado, particularmente cuando la intervención se realizó en el apéndice, el útero o el colon pélvico. La presencia de factores de riesgo cardiovascular (p. ej., arteriosclerosis), arritmias cardíacas o estado de hipercoagulabilidad siempre debe suscitar la sospecha de un cuadro de isquemia intestinal, en cualquiera de sus modalidades clínicas. Es crucial considerar esta entidad antes del infarto intestinal, que suele tener un pronóstico infausto. Cualquier detalle de la historia clínica puede resultar de gran utilidad, por insignificante que pueda parecer. Algunas enfermedades metabólicas, como el hiperparatiroidismo o la hiperlipoproteinemia tipo I, IV o V están implicadas en la

Tabla 3. Causas extraabdominales de dolor abdominal agudo

Torácicas

- Infarto agudo de miocardio
- Pericarditis
- Miocarditis
- Endocarditis
- Neumonía basal
- Neumotórax
- Infarto pulmonar
- Rotura del esófago

Metabólicas

- Insuficiencia suprarrenal
- Hiperparatiroidismo
- Uremia
- Cetoacidosis diabética
- Porfiria aguda intermitente
- Hiperlipoproteinemia

Tóxicas

- Intoxicación por plomo
- Picaduras
- Deprivación de opiáceos

Hematológicas

- Crisis hemolíticas
- Leucemia aguda
- Hemocromatosis

Neurológicas

- Herpes zoster
- Tabes dorsal
- Causalgia
- Epilepsia abdominal

Vertebrales

- Dolor radicular
- Íleo secundario a fractura vertebral

etiopatogenia de algunos cuadros de pancreatitis. Otras como el hipotiroidismo, la diabetes o la enfermedad de Parkinson pueden provocar episodios de pseudoobstrucción intestinal. La historia debe proporcionar detalles en relación con el abuso de alcohol (implicado con frecuencia en episodios de pancreatitis) o de analgésicos, el consumo de drogas ilícitas, las alergias, los viajes recientes, la medicación inmunopresora y los datos psicosociales, incluidos los antecedentes de violencia doméstica.

Semiología del dolor

Localización. La localización del dolor es una valiosa ayuda para reducir el espectro de posibilidades diagnósticas⁴. Desde un punto de vista práctico, el clínico puede orientar mejor el cuadro si clasifica las posibilidades diagnósticas en orden a 3 localizaciones genéricas:

1. Abdomen superior: las causas más frecuentes incluyen procesos hepatobiliares y pancreáticos: hepatitis, colangitis, colecistitis y pancreatitis; enfermedades relacionadas con el ácido (esofagitis y úlcera péptica) a menudo precipitadas por la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el infarto y el absceso esplénico, y una miscelánea de enfermedades extraabdominales que pueden expresarse por dolor abdominal (neumonía, infarto agudo de miocardio, herpes zoster y embolia pulmonar).

2. Abdomen inferior: los procesos que con mayor frecuencia causan dolor en esta localización son la apendicitis aguda, la enfermedad diverticular del colon, los cálculos renales y la enfermedad pélvica inflamatoria, entre otras causas ginecológicas, que incluyen el embarazo ectópico, la rotura de un quiste ovárico, la torsión de las trompas de Falopio y la endometriosis.

3. Dolor abdominal difuso: a diferencia de los anteriores, casi siempre expresión de un síndrome de inflamación visceral, la localización difusa del dolor debe hacer considerar la posibilidad de entidades que pueden comprometer gravemente la vida del paciente, entre ellas, la isquemia mesentérica aguda, la oclusión intestinal y la peritonitis difusa aguda. Otras entidades menos graves pueden originar un dolor abdominal difuso, incluida la propia gastroenteritis (la intensidad del dolor es menor), la migraña abdominal y una miscelánea de causas endocrino-metabólicas o sistémicas (fiebre mediterránea familiar, enfermedad de Addison, hiperparatiroidismo, edema angioneurótico e intoxicación por plomo).

Irradiación.

La irradiación del dolor puede ayudarnos a discernir entre diversas posibilidades etiológicas.

Entre ellas deben mencionarse:

- El dolor irradiado al hipocondrio derecho y la zona subescapular, típico del cólico biliar y la colecistitis.
- El «dolor en cinturón», que suele aparecer en individuos con bajo umbral frente al dolor, marcada distensión gástrica o intestinal, o pancreatitis.
- El dolor irradiado a la espalda es característico de procesos biliopancreáticos, úlcera péptica con signos de penetración o perforación, patología renales o vertebral y procesos ginecológicos. Entre las causas de dolor abdominal agudo con irradiación a la espalda nunca debe olvidarse el aneurisma de aorta abdominal.
- La irradiación a la ingle es propia del cólico nefrítico, pero también del aneurisma disecante de aorta. Algunos pacientes han presentado muerte súbita después de haber sido diagnosticados de un cólico renales, debido a que ambas entidades comparten, a menudo, características semejantes en la irradiación del dolor.

Forma de comienzo.

El modo de comienzo puede aportar datos interesantes para un diagnóstico temprano. Un dolor de comienzo súbito sugiere la perforación de una víscera hueca, una oclusión vascular mesentérica o la torsión de un quiste ovárico. El cólico nefrítico y la pancreatitis aguda también pueden originar un cuadro de dolor de comienzo brusco o que adquiere una intensidad extrema en pocos minutos. Ambas entidades, sin embargo, pueden manifestarse de un modo más insidioso, como ocurre, en general, en el síndrome de inflamación visceral.

Calidad o carácter del dolor.

El matiz, el carácter o la calidad del dolor son con frecuencia difíciles de precisar, particularmente cuando el paciente es poco colaborador, presenta deterioro cognitivo, hipoacusia o, simplemente, se muestra poco receptivo, entre otros factores, por la sensación de incomodidad que experimenta o por la necesidad de contestar una y otra vez a las mismas preguntas for-

muladas por distintos médicos. Sin embargo, el carácter o la calidad del dolor pueden ser de valiosa ayuda para discernir el origen del cuadro. Esto es más probable cuando el paciente describe un dolor manifiestamente cólico, de intensidad creciente hasta alcanzar una meseta y con desaparición gradual hasta remitir totalmente, para repetir nuevamente después de un intervalo libre de algunos segundos o minutos. Este tipo de dolor refleja el peristaltismo de lucha propio de la obstrucción intestinal, el espasmo intestinal que acompaña a la gastroenteritis, la distensión del sistema uroexcretor por un cálculo renoureteral y, en ocasiones, el modo de comienzo de una oclusión embólica de la arteria mesentérica superior. El mal denominado *cólico hepático* no se comporta realmente como un dolor cólico, sino que se expresa de un modo continuo y con exacerbaciones, como también ocurre con la pancreatitis debida a la impactación de un cálculo en el esfínter de Oddi.

Se han definido otros términos, como *lancinante*, para expresar el dolor de la disección de un aneurisma aórtico, *terebrante*, para describir el dolor típicamente transfixivo de la pancreatitis aguda o de la úlcera penetrante, el dolor *en puñalada* de la úlcera péptica perforada o el dolor *gravativo* propio de la incomodidad experimentada por los pacientes con una masa quística o tumoral. Sin embargo, la validez orientativa de estos términos no se ha validado en estudios prospectivos. Resulta característico, sin embargo, el cambio de carácter del dolor típicamente descrito por el enfermo ulceroso cuando el *ulcus* evoluciona hacia la penetración en el epiplón gastrohepático o el páncreas. En este caso, el dolor típicamente posprandial que alivia con la ingesta, se vuelve continuo y adquiere una mayor intensidad, lo que justifica su irradiación a cualquiera de los hipocondrios o la región dorsal (véase fisiopatología del dolor referido).

Intensidad del dolor.

La intensidad del dolor suele relacionarse con la gravedad del cuadro, particularmente cuando el comienzo de aquél es agudo. Las causas más frecuentes de dolor abdominal de intensidad «extrema» son el cólico biliar o renal, la pe-

ritonitis, la pancreatitis aguda y el aneurisma de aorta abdominal. Tiene interés conocer algunas enfermedades que pueden cursar con un dolor de intensidad desproporcionada en relación con los hallazgos encontrados en el examen físico. Éstas incluyen la isquemia mesentérica aguda, el aneurisma de aorta abdominal, el cólico renal y la porfiria.

Circunstancias que agravan o alivian el dolor.

Es importante interrogar al paciente acerca de circunstancias que alivian o agravan el dolor, particularmente aquellas que se relacionan con la ingesta o la defecación. La úlcera gástrica y pilórica, así como las enfermedades pancreáticas y la «angina intestinal» son situaciones en las que el dolor abdominal típicamente se inicia o se agrava con la ingesta, hasta el punto de que algunos pacientes refieren una pérdida ponderal progresiva secundaria al temor que suscita la ingesta del alimento (sitofobia). De igual modo, el dolor abdominal dependiente de una oclusión intestinal de etiología inflamatoria o neoplásica se agrava con la ingesta de alimento como consecuencia del peristaltismo gastrointestinal. En estos casos resulta orientativo el tiempo que media desde la toma del alimento y la aparición del dolor. Así, las obstrucciones del íleon producidas por una enfermedad de Crohn, por ejemplo, provocan un dolor que aparece entre 1 y 2 h después de la ingesta. En otras ocasiones, el dolor se alivia típicamente con la ingesta. Esto es característico de la úlcera duodenal no complicada. En lo que concierne al hábito intestinal, el dolor abdominal que se alivia con la emisión de heces o gases es propio de pacientes con meteorismo, intestino irritable, obstrucción intestinal y enterocolitis.

Otras circunstancias que influyen en la aparición y/o percepción del dolor son los cambios posturales, el ejercicio físico y la palpación del abdomen. Así, la flexión del tronco alivia, en algunos casos, el dolor pancreático. El dolor propio de la peritonitis se agrava con cualquier maniobra que implique movimiento del abdomen —tos, estor-nudo o deambulación— y se alivia al mantener las piernas flexionadas sobre el abdomen. El ejercicio físico puede desencade-

nar o agravar el dolor de la isquemia miocárdica o intestinal o precipitar un cólico biliar o nefrítico en relación con la impactación súbita de un cálculo en el conducto cístico o el uréter. Finalmente, la palpación del abdomen suele agravar el dolor de la mayoría de los procesos abdominales, excepto el del síndrome del intestino irritable, que puede aliviarse con la propia maniobra de palpación. Una última reflexión debe plantearse en relación con la posibilidad de enmascarar datos esenciales para el diagnóstico cuando se administra un analgésico para aliviar el dolor. En la última década se han realizado algunos estudios controlados, aleatorizados y doble ciego⁵ que inducen a pensar que la administración de analgesia en los pacientes con dolor abdominal de origen incierto no enmascara los signos básicos del examen físico ni repercute negativamente en el diagnóstico final, por lo que su administración es segura y humana, y debe considerarse firmemente en este tipo de pacientes.

Síntomas asociados

La *anorexia* es un síntoma observado con frecuencia en el dolor abdominal agudo. Aunque no se trata de un síntoma específico, su ausencia es prácticamente incompatible con el diagnóstico de apendicitis. Este hecho es importante, dado que algunos procesos urológicos o ginecológicos que, a menudo, pueden confundirse con un cuadro apendicular pueden cursar sin anore-

xia. Es habitual, igualmente, la presencia de *náuseas* y *vómitos*. El vómito que acompaña al síndrome de inflamación visceral suele ser el resultado de una estimulación refleja del centro medular del vómito. Este tipo de vómitos no suele aliviar la incomodidad del paciente. Distinta es la situación del vómito que acompaña a la oclusión mecánica del intestino, que puede aliviar temporalmente los síntomas. El carácter fecaloideo del vómito sugiere un cuadro de oclusión, pero también puede aparecer en el íleo secundario a un cuadro peritonítico.

El *estreñimiento* es un síntoma que acompaña a la mayoría de los episodios de dolor abdominal agudo secundario a oclusión intestinal, isquemia mesentérica o inflamación visceral (con excepción de la gastroenteritis infecciosa, la enfermedad inflamatoria intestinal y la colitis isquémica). Por el contrario, la presencia de *diarrea* acuosa asociada al dolor sugiere gastroenteritis por mecanismo enterotóxico. La presencia de *sangre* y *pus* en la deposición sugiere colitis infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal o colitis isquémica. Una hemorragia de mayor relevancia sugiere otras entidades, que incluyen la enfermedad diverticular, la angiodisplasia o la fístula aortoentérica. La presencia de un *cuadro sincopal* concomitante debe hacer pensar en un infarto de miocardio, un aneurisma de aorta abdominal, un embarazo ectópico, una hemorragia gastrointestinal o una rotura del bazo.

La *fiebre* es un síntoma de alarma que acompaña con frecuencia al dolor abdominal agudo². En la tabla 4 se muestran los cuadros de dolor abdominal asociados con mayor frecuencia a fiebre. Cuando aparece pocas horas después del comienzo del cuadro, debe pensarse en un proceso neumónico, infección renal, biliar o enterocolitis. Por el contrario, la aparición de fiebre como síntoma tardío es más propia de entidades como la apendicitis, la diverticulitis o la colecistitis. Debe considerarse que algunas de estas entidades pueden cursar sin fiebre cuando se trata de pacientes ancianos o inmunodeprimidos. La presencia de *ictericia* y dolor abdominal debe sugerir un problema en la encrucijada hepatobiliopancreática, sin olvidar el hígado de sepsis o las crisis hemolíticas. El enfermo

Tabla 4. Cuadros de dolor abdominal agudo asociados a la presencia de fiebre

Apendicitis
Colecistitis
Diverticulitis
Gastroenteritis
Hepatitis
Enfermedad inflamatoria intestinal
Absceso tuboovárico
Absceso intraabdominal
Enfermedad pélvica inflamatoria
Faringitis
Neumonía
Pielonefritis o sepsis urinaria
Peritonitis bacteriana espontánea
Fiebre mediterránea familiar

también ha de ser interrogado acerca de la presencia de síntomas miccionales, respiratorios (disnea, tos), cardiovasculares y oculares (dolor ocular, visión borrosa). En el caso de la mujer en edad fértil es importante obtener información en relación con su historial obstetricoginecológico.

Exploración física

El examen físico proporciona información primordial para el diagnóstico del dolor abdominal agudo. Brevemente, el médico práctico no debe olvidar algunos principios esenciales:

- El examen físico debe comenzar con una evaluación del estado general. La actitud del paciente (agitado en el cólico hepático o renal, inmóvil en el abdomen con peritonitis), el registro de las constantes (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura), así como la coloración de la piel y el estado de hidratación, proporcionan una información valiosa para evaluar el impacto de la enfermedad en la condición general. Puede ser útil comprobar la presencia de cambios significativos en la frecuencia cardíaca y la presión arterial con el ortostatismo. Algunas condiciones, como la oclusión intestinal, el infarto mesentérico y el íleo asociado a la peritonitis suelen unirse a un secuestro importante de líquidos en el tercer espacio que pueden influir en la condición hemodinámica. La presencia de fiebre es un hecho relevante en el abdomen agudo. Su ausencia, sin embargo, no descarta una enfermedad de naturaleza inflamatoria o genuinamente infecciosa, particularmente en el paciente anciano, inmunodeprimido o debilitado.
- La inspección del abdomen resulta esencial para identificar la presencia de hernias y cicatrices quirúrgicas, a menudo implicadas en la patogenia de la oclusión mecánica del intestino.
- La auscultación debería preceder a la palpación del abdomen. La presencia de «silencio abdominal» es compatible con un íleo adinámico o un cuadro de peritonitis difusa aguda. Por el contrario, la existencia de ruidos hiperactivos de elevada tonalidad —peristaltismo de lucha— permite sospechar la presencia de una obstrucción intestinal en su fase más temprana. La identificación de soplos vasculares o de ruidos de fricción debe sugerir la presencia de un aneurisma de aorta o de un infarto esplénico, respectivamente.
- La palpación del abdomen debe realizarse con especial cuidado, comenzando por el punto más alejado de la zona con problemas, con el fin de no provocar una contractura abdominal que dificulte la palpación de otras áreas. La mayoría de los médicos se han instruido para identificar algunos signos como señales evidentes de irritación peritoneal (dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen, hipersensibilidad desencadenada por la tos o los movimientos bruscos de éste, contractura abdominal y dolor significativo al percutir el área comprometida). La sensibilidad y la especificidad de estos signos es variable en los diferentes estudios. Algunos autores abogan por suprimir la maniobra de descompresión abdominal, cuando el contexto clínico es claramente sugestivo de peritonitis, por considerar que aquélla no hace sino incrementar la incomodidad del paciente, lo que suscita recelo y desconfianza para posteriores exploraciones. Una percusión suave sobre el área problema puede ser suficiente y menos traumática.
- La palpación de una masa pulsátil siempre debe sugerir la presencia de un aneurisma de aorta; sin embargo, éste también puede expresarse por una masa no pulsátil.
- La percusión sobre el área hepática proporciona una información valiosa cuando sugiere la presencia de un neumoperitoneo (ausencia de matidez). Sin embargo, este hallazgo no es usual en las perforaciones de un divertículo o del propio apéndice. Su ausencia no permite excluir, por consiguiente, esta complicación. A su vez, la percusión puede sugerir la presencia de líquido libre en el peritoneo (ascitis). Es importante considerar la posibilidad de un líquido ascítico infectado, circunstancia observada con frecuencia en el paciente cirrótico con hipertensión portal.

- El examen del recto puede revelar una impactación fecal como causa de los síntomas abdominales en un paciente anciano. Aunque tradicionalmente se ha dado un gran valor al tacto rectal para identificar un «apéndice inflamado», su sensibilidad es ciertamente baja, y se encuentra en menos de la mitad de los casos de apendicitis. La apendicitis retrocecal puede ser una excepción a esta regla. A su vez, el tacto rectal proporciona la posibilidad de extraer una muestra de heces para la detección de sangre oculta, un dato que puede ser importante en el abdomen agudo.
- Es imperativa una exploración ginecológica en toda mujer en edad fértil que presente un cuadro abdominal agudo. La ayuda del espéculo puede ser valiosa para recoger muestras de la secreción vaginal para tinción de Gram y cultivo.

Pruebas diagnósticas

Aunque la historia clínica y el examen físico proporcionan información esencial para una correcta orientación diagnóstica, es indiscutible el peso específico de algunas pruebas complementarias en el estudio del dolor abdominal agudo⁶. Éstas pueden clasificarse en pruebas básicas o elementales, de uso sistemático, y exploraciones avanzadas, que resultan de utilidad en casos muy concretos. La complejidad de las pruebas diagnósticas suele aumentar de modo proporcional a la edad de los pacientes. En un 30% de estos casos el clínico encuentra dificultades para elaborar una historia clínica concienzuda, debido a las taras biológicas inherentes a la edad (hipoacusia, deterioro cognitivo). A su vez, el paciente anciano suele tener una menor sensibilidad visceral, hecho que contribuye a enmascarar los síntomas y signos⁷.

Pruebas complementarias básicas

Éstas incluyen algunas pruebas elementales de laboratorio (hemograma, estudio de coagulación, glucosa, urea, creatinina, iones, y orina elemental), así como una radiografía posteroanterior-lateral de tórax, un electrocardiograma y una radiografía simple de abdomen en decúbito y en bipedestación. Las exploraciones bá-

sicas proporcionan información importante en relación con la condición general del paciente y algunos detalles que pueden ser definitivos para obtener un diagnóstico sindrómico o etiológico. Así ocurre con la presencia de un neumoperitoneo o de niveles hidroaéreos, claramente indicativos de perforación u oclusión intestinal, respectivamente.

Pruebas complementarias avanzadas

Las exploraciones avanzadas incluyen datos de laboratorio (amilasa, lipasa, AST, ALT, fosfatasa alcalina, GGT, LDH, equilibrio ácido-base, proteína C reactiva, elastasa leucocitaria, PMN), que resultan de utilidad para discernir la etiología y la gravedad de un proceso bilio-pancreático (la elevación de las amilasas puede ocurrir en enfermedades distintas de la pancreatitis aguda, como el infarto mesentérico, la oclusión intestinal con estrangulación, el úlcus perforado y algunos procesos ginecológicos), y pruebas de imagen, que pueden descubrir o confirmar una hipótesis diagnóstica determinada⁶. Entre ellas, deben citarse la ultrasonografía básica, la tomografía computarizada (TC), la angio-TC, la resonancia magnética (RM), los estudios digestivos con contraste, especialmente el enema opaco, la ecografía-Doppler color, la gammagrafía con leucocitos o con HIDA, la urografía de eliminación, la ecografía transvaginal y la laparoscopia. Su utilidad en condiciones específicas escapa del ámbito de este capítulo. Baste aquí citar que su indicación debe apoyarse siempre en un juicio clínico bien ponderado. Por ejemplo, la angiografía abdominal o la TC con multidetector pueden resultar de extraordinaria utilidad para verificar una sospecha clínica bien fundada de isquemia mesentérica aguda⁸. Podemos imaginar el caso de un paciente de 64 años, que tras un episodio de taquiarritmia por fibrilación auricular presenta un dolor abdominal periumbilical de comienzo súbito e intensidad extrema. La sospecha de embolia mesentérica es muy alta, pero la angiografía debería ir precedida de una radiografía simple de abdomen para descartar otras causas de «drama abdominal», como la perforación o la oclusión intestinal con estrangula-

ción. La angiografía abdominal, sin embargo, no suele aportar información de utilidad en el diagnóstico de la colitis isquémica (salvo excepciones muy concretas), dado que el flujo vascular ya se ha restablecido en el momento del diagnóstico. En estos casos, la colonoscopia es la prueba de elección. Dos ejemplos que ilustran la necesidad de poseer conocimientos amplios en un tópico tan frecuente como el descrito en este capítulo.

Valor de la observación

Una proporción considerable de casos de dolor abdominal agudo se muestran de un modo oscuro en sus etapas iniciales. A pesar del esfuerzo y la sagacidad del clínico, su interpretación es difícil. En una situación de este tipo, y en ausencia de signos de alarma, resulta aconsejable mantener al paciente en un área de observación y repetir el examen clínico algunas horas después. Con gran frecuencia, este tiempo de espera permite una mejor definición de los síntomas y hace posible un diagnóstico⁹.

EXPERIENCIA ACUMULADA

El interés por conocer el diagnóstico final, tras la evaluación personal del caso, ofrece la oportunidad de obtener una información que puede ser de gran utilidad en el futuro. Este aspecto contribuye, sin duda, a mejorar sensiblemente la capacidad diagnóstica del médico⁹.

CONOCER LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Es éste un aspecto que se debe considerar en la evaluación diagnóstica del paciente con dolor abdominal agudo. Indudablemente, el abanico de posibilidades etiológicas en este síndrome es muy amplio. Sin embargo, en la práctica clínica, sólo un número reducido de ellas es la causa del 90% de los casos² (tabla 5).

Tabla 5. Causas más frecuentes de dolor abdominal agudo

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

FACTORES QUE AUMENTAN LA INCIDENCIA DE ERROR DIAGNÓSTICO

Algunos factores aumentan la incidencia de error diagnóstico: el sexo femenino, la edad avanzada y el tratamiento inmunodepresor.

El sexo femenino viene gravado por una elevada incidencia de errores diagnósticos. Algunas enfermedades como la salpingitis aguda, el embarazo ectópico y la torsión o rotura de un quiste de ovario pueden simular los síntomas de una apendicitis aguda¹⁰. De hecho, éste es un diagnóstico que se formula de forma errónea en una tasa no despreciable de casos. Algunos datos como la fecha de la última menstruación, los antecedentes obstétricos y la historia sexual de la paciente tienen indudable interés para el diagnóstico. Igualmente, tiene valor la presencia de leucorrea, una adecuada palpación de la pelvis (una masa anexial hipersensible debe sugerir embarazo ectópico) y la exploración vaginal (la aparición de dolor pélvico bilateral con el desplazamiento del cuello uterino debe sugerir enfermedad pélvica inflamatoria). En algunos casos, puede ser necesaria una prueba de embarazo o el cultivo de las secreciones vaginales, así como el análisis bacteriológico del líquido obtenido por punción del fondo de saco de Douglas. Una ecografía endovaginal y/o una laparoscopia pueden ser necesarias para completar el estudio. En todo caso, no debe olvidarse que la apendicitis aguda sigue siendo la causa más frecuente de dolor abdominal agudo en la mujer embarazada. Dos hechos deben tenerse en cuenta para reducir la posibilidad de error: a) el fondo uterino desplaza progresivamente el apéndice desde su posición

habitual hasta el vacío derecho (sexto mes) y la región subcostal derecha (octavo mes), lo que debe tenerse en cuenta a la hora de explorar a la mujer gestante con dolor abdominal, y *b*) el desplazamiento del apéndice por el útero grávido evita, a menudo, una irritación evidente del peritoneo parietal, lo que explica que los signos de peritonitis focal puedan estar ausentes en algunos casos².

El dolor abdominal puede ser difícil de interpretar en las edades extremas de la vida. La historia es difícil de obtener en ambas situaciones debido a los problemas de comunicación que representa el contacto con niños muy pequeños o ancianos con demencia o hipoacusia grave. La pared abdominal de los niños está poco desarrollada, y los signos de peritonitis (defensa y contractura abdominal) pueden ser poco relevantes. Algunos signos biológicos, como la fiebre o la leucocitosis, resultan poco específicos, por su elevada prevalencia en otras entidades. Algunas consideraciones deben realizarse en el paciente anciano^{7,11}:

- Tanto la mortalidad como la probabilidad de error diagnóstico se incrementan de modo exponencial a partir de los 50 años.
- Algunos estudios demuestran que un dolor abdominal generalizado (y no localizado) puede aparecer en un 14% de los pacientes de más de 50 años, con apendicitis, comparado con sólo un 2%, entre los pacientes más jóvenes.
- La maniobra de descompresión puede ser negativa, con mayor probabilidad entre los pacientes de mayor edad.
- Entre los ancianos es más probable el diagnóstico de una enfermedad de evolución fatal, incluidos la isquemia mesentérica aguda, la rotura de un aneurisma de aorta o el propio infarto agudo de miocardio.

Una categoría especial está constituida por el paciente inmunodeprimido. Es el caso de pacientes con sida¹², pacientes con cáncer sometidos a tratamiento con citostáticos o pacientes que toman regularmente corticoides. En algunos pacientes, la neutropenia determina reacciones oligosintomáticas en respuesta a un pro-

ceso inflamatorio. De este modo, las primeras manifestaciones clínicas de una inflamación visceral pueden ser las de una sepsis evolucionada y de difícil control. En el paciente con infección por el VIH, deben considerarse algunos diagnósticos, además de las causas habituales de dolor abdominal. Éstos incluyen: *a*) la enterocolitis aguda con diarrea y deshidratación; *b*) la perforación del intestino grueso por citomegalovirus; *d*) una obstrucción del intestino delgado por linfoma, sarcoma de Kaposi o micobacterias atípicas, y *d*) enfermedad del tracto biliar por citomegalovirus o *Cryptosporidium*. Finalmente, se han descrito algunos casos de pancreatitis grave asociadas al consumo de fármacos retrovirales.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El dolor abdominal agudo representa un auténtico desafío para el médico práctico. Incluso los más expertos interpretan con frecuencia la condición clínica del paciente de un modo equivocado^{2,9}. El sexo femenino, la edad avanzada y la inmunodepresión comportan mayores probabilidades de error. Como siempre, en medicina, la probabilidad de orientar correctamente el cuadro aumenta con una historia clínica y un examen físico minuciosos. El uso juicioso de algunas pruebas complementarias básicas o avanzadas, según los casos, permite confirmar o descartar la hipótesis inicial. A menudo se requiere un tiempo de observación para permitir una mejor definición del cuadro. También se ha mencionado el valor de la experiencia acumulada y del conocimiento de las causas más frecuentes. Con todas estas herramientas, el clínico suele estar en condiciones de responder a 3 interrogantes importantes: *a*) ¿necesita el paciente un tratamiento quirúrgico urgente?; *b*) ¿puede el paciente proseguir su estudio por vía ambulatoria?, *c*) ¿cuál es el diagnóstico?². Respecto al primer punto, deben mencionarse las siguientes consideraciones:

1. Es indicación de cirugía de urgencia la aparición de un deterioro clínico rápidamente

progresivo con signos evidentes de neumoperitoneo, peritonitis difusa aguda (una excepción es la seudoperitonitis de la cetoacidosis diabética y la fiebre mediterránea familiar) o inestabilidad hemodinámica incontrolable (sugestiva de rotura de bazo o de aneurisma de aorta abdominal)¹³.

2. La peritonitis localizada es una clara indicación de laparotomía cuando su origen cabe relacionarlo con un proceso apendicular, pelvi-peritonitis, oclusión intestinal (estrangulación) o una isquemia mesentérica evidente o sospechada⁸.

3. En contraste, la presencia de signos de peritonitis «focal» no representa, por sí sola, un motivo de laparotomía urgente cuando se trata de una diverticulitis aguda¹⁴. En este caso existe una inflamación necrosante de un divertículo, con o sin perforación cubierta, que puede responder al tratamiento médico conservador. Sólo los casos que debutan con una perforación con peritoneo libre, una oclusión completa del intestino o una complicación supurativa (no drenada con éxito por radiología intervencionista) serían tributarios de cirugía de urgencia.

4. La colecistitis aguda no constituye, por sí misma, una emergencia quirúrgica (salvo en casos de gravedad extrema), pero sí una urgencia diferida siempre que el diagnóstico se haya efectuado en un intervalo inferior a 72 h, con independencia de su gravedad clínica. Los resultados de los metaanálisis sugieren que la colecistectomía temprana comporta ventajas en términos de morbilidad, costes y estancias hospitalarias¹⁵.

5. Algunos axiomas pueden resultar de utilidad en circunstancias concretas². Entre ellos deben destacarse los siguientes:

- Los pacientes con edad avanzada presentan una mayor probabilidad de padecer un abdomen quirúrgico.
- Los episodios de dolor agudo de aparición abrupta sugieren un abdomen quirúrgico. La pancreatitis aguda puede ser una excepción a esta regla.
- La salpingitis aguda es la afección médica que con mayor frecuencia se interpreta como un abdomen quirúrgico.

- No es posible excluir la apendicitis aguda en las primeras 12 h de un dolor abdominal agudo¹⁶.
- En el abdomen quirúrgico, el dolor suele preceder casi siempre al vómito.

Respecto al segundo punto, un paciente puede ser derivado para efectuar un estudio ambulatorio cuando reúne las características de un proceso banal: dolor de intensidad leve o moderada, mal delimitado, no asociado a síntomas o signos relevantes, con un examen físico normal, al igual que el resto de exploraciones complementarias básicas. Algunos pacientes son dados de alta hospitalaria sin reunir estos criterios, con un diagnóstico de «dolor abdominal inespecífico». Generalmente, se trata de pacientes jóvenes, mujeres, con un dolor abdominal localizado o difuso, sin signos de irritación peritoneal y con un tacto rectal normal. Su curso clínico suele ser autolimitado, y su evolución, incierta y heterogénea. Muchos acaban cumpliendo criterios de dolor abdominal funcional o de intestino irritable. En otros llega a descubrirse finalmente una enfermedad orgánica.

Respecto al tercer punto, ¿cuál es el diagnóstico? Desde el principio, el clínico que atiende a un paciente con dolor abdominal agudo debe realizar un esfuerzo por clasificar el caso en uno de estos 5 grandes síndromes:

1. Inflamación visceral.
2. Oclusión intestinal.
3. Isquemia intestinal.
4. Perforación visceral.
5. Hemorragia intraabdominal.

Es evidente que esta clasificación puede resultar, en algunos casos, más académica que real, dado que algunos cuadros de inflamación visceral (p. ej., apendicitis, colecistitis o diverticulitis) pueden evolucionar a un cuadro de perforación visceral. Algo semejante puede ocurrir con un cuadro de oclusión intestinal con estrangulación o con la propia isquemia mesentérica aguda, entidades cuya evolución natural es hacia la perforación con peritonitis. Sin embargo, este esquema ayuda al médico a considerar todas estas opciones diagnósticas

(sin olvidar, por ejemplo, una entidad tan importante como la isquemia intestinal: el mero hecho de pensar en ella puede salvar la vida a un paciente). Los más expertos coinciden en señalar la utilidad de esta clasificación desde un punto de vista didáctico y formativo. Una vez establecida la categoría sindrómica, el siguiente reto es establecer un diagnóstico etiológico (p. ej., colecistitis aguda por litiasis biliar, oclusión intestinal por hernia incarcerada, isquemia mesentérica secundaria a embolia o trombosis). Finalmente, algunos casos no pueden clasificarse en ninguna de estas categorías y el paciente es ingresado para proseguir su estudio. En última instancia, el médico que recibe el caso siempre agradece cualquier esfuerzo o tentativa de formular un juicio clínico aunque éste haya sido erróneo. Una vez más, debe subrayarse la importancia que representa la búsqueda intencionada del diagnóstico emitido al alta hospitalaria por el médico que participó en la evaluación inicial del caso^{2,3,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. La Relación Médico-Enfermo. Madrid: Alianza, 1983.
1. American Collage of Emergency Physicians. Clinical Policy: critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of non-traumatic acute abdominal pain. *Ann Emerg Med.* 2000;36:406-15.
2. García Cabezudo J, Montoro Huguet M. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F, editores. Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. 2.^a ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2002. p. 751-82.
3. Fishman MB, Aronson MD. Approach to the patient with abdominal pain. 2003; UpToDate.
4. Yamamoto W, Kono H, Maekawa H, Fukui T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: An epidemiologic approach to clinical practice. *J Epidemiol.* 1997;7:27.
5. Thomas SH, Silen W, Cheema F, et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg.* 2003;196:18-31.
6. Gupta, M, Dupuy, DE. Advances in imaging of acute abdomen. *Surg Clin North Am.* 1997;77:1245-63.
7. De Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. *J Clin Gastroenterol.* 1994;19:331-5.
8. Brandt LJ, Boley SJ. AGA review on intestinal ischemia. *Gastroenterology.* 2000;118:954-68.
9. Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. Oxford: Oxford University Press; 1990.
10. Westrom L, Mardh PA. Epidemiology, etiology, and prognosis of acute salpingitis: a study of 1,457 laparoscopically verified cases. En: Hobson D, Holmes KK, editors. Nongonococcal urethritis and related diseases. Washington DC: Am Soc Microbiol; 1977. p. 84-103.
11. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med.* 1990;19:1383-6.
12. Parente F, Cernuschi M, Antinori S. Severe abdominal pain in patients with AIDS: Frequency, clinical aspects, causes and outcome. *Scand J Gastroenterol.* 1994;29:511-5.
13. Jung PJ, Merrell RC. Acute abdomen. *Gastroenterol Clin North Am.* 1988;17:227-44.
14. Fercozo LB, Raptopoulos V, Silen W. Current concepts: acute diverticulitis. *N Engl J Med.* 1998;338:1521-6.
15. Papi C, Catarci M, D'Ambrosio L, Gili L, Koch M, Battista Grassi G, Capurso L. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:147-55.
16. Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Clinical practice. Suspected appendicitis. *N Engl J Med.* 2003;16:236-42.

Test de autoevaluación

1 Uno de estos factores disminuye el umbral para la percepción del dolor:

- a. Demencia.
- b. Somnolencia.
- c. Concentración.
- d. Hipnotismo.
- e. Inflamación.

2 ¿Qué circunstancia o circunstancias explican la aparición de un dolor referido?

- a. Cuando se produce distensión de la cápsula que envuelve un órgano.
- b. Cuando el estímulo visceral es intenso.
- c. Cuando existe un predominio parasimpático.
- d. Cuando el umbral del dolor está disminuido.
- e. *b* y *d* son correctas.

3 ¿Qué factor debe alertar al clínico de una potencial gravedad en un dolor abdominal agudo?

- a. El carácter cólico del dolor.
- b. Una duración superior a 5 h.
- c. La irradiación a la espalda.
- d. El carácter difuso en su localización.
- e. La presencia de fiebre.

4 ¿Qué afirmación es incorrecta respecto a la calidad/carácter del dolor?

- a. El dolor «en puñalada» es característico de la úlcera péptica perforada al peritoneo libre.
- b. El dolor «urente» de la úlcera péptica deja de ser típicamente posprandial tardío para hacerse continuo cuando se complica con penetración visceral.
- c. El aneurisma disecante de aorta provoca un dolor «lancinan-te».
- d. El cólico hepático no se comporta realmente como un dolor «cólico».
- e. El dolor de la pancreatitis aguda puede ser «transfisivo».

5 Una de estas entidades produce dolor abdominal que no se agrava con la ingesta:

- a. La úlcera pilórica.
- b. La angina intestinal.
- c. La oclusión del intestino delgado.
- d. La úlcera péptica duodenal no complicada.
- e. El cólico biliar.

6 Un dolor desproporcionadamente intenso en razón a los hallazgos del examen físico obliga a sospechar:

- a. Una úlcera péptica con penetración visceral.
- b. Una pancreatitis aguda.
- c. Un infarto intestinal.
- d. Un síndrome de Budd-Chiari.
- e. Una embolia mesentérica.

7 La irradiación del dolor abdominal a la región inguinal es típica de:

- a. Cólico biliar.
- b. Cólico renal.
- c. Pancreatitis necrosante.
- d. Aneurisma disecante de aorta abdominal.
- e. *b y d.*

8 ¿Cual de estos factores aumenta la posibilidad de error diagnóstico en el dolor abdominal agudo?

- a. Sexo femenino.
- b. Irradiación a la espalda.
- c. Presencia de fiebre.
- d. Presencia de arteriosclerosis.
- e. Hemograma normal.

9 ¿Qué afirmación es incorrecta en relación con el dolor abdominal agudo del anciano?

- a. En los ancianos, es más probable el diagnóstico de una enfermedad de evolución fatal.
- b. Con frecuencia, la fiebre puede estar ausente.
- c. Los signos peritoneales suelen ser más evidentes.
- d. La leucocitosis no es un hallazgo tan frecuente como en los pacientes más jóvenes.
- e. El infarto agudo de miocardio debe de considerarse firmemente ante la presencia de dolor en el epigastrio asociado a signos vegetativos.

10 ¿Cual de condiciones clínicas no supone habitualmente una indicación de cirugía de urgencia?

- a. Apendicitis.
- b. Aneurisma disecante de aorta.
- c. Rotura de bazo.
- d. Diverticulitis aguda.
- e. Pelvipertonitis.