

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

CLAVES PROPORCIONADAS POR LA HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO

Miguel A. Montoro Huguet

I N T R O D U C C I Ó N

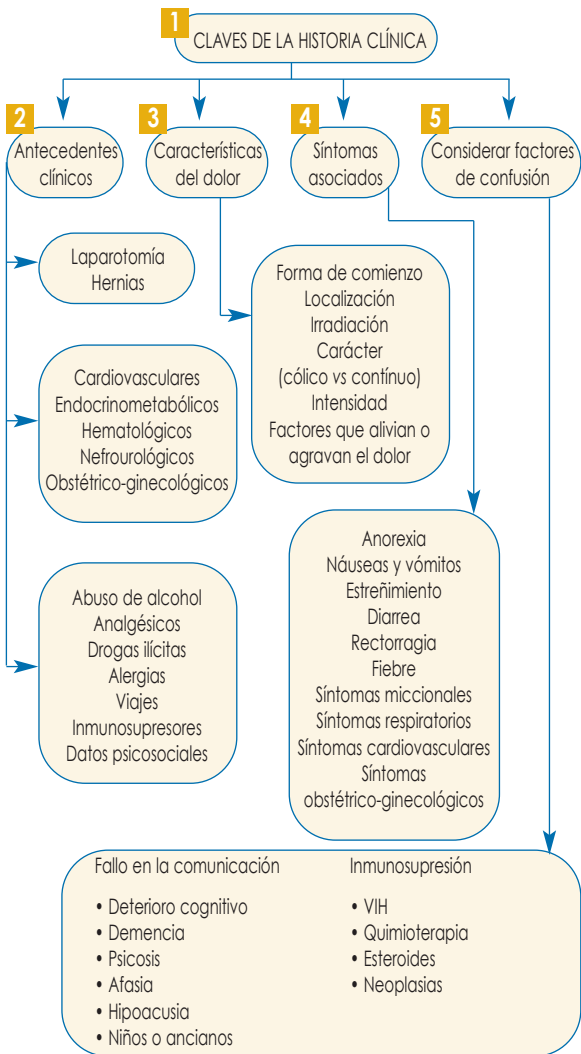
- El término dolor abdominal agudo (DAA) se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo. No en vano, sólo el 60% de los casos subsidiarios de ingreso han sido diagnosticados correctamente. El DAA debe ser considerado, por tanto, como un auténtico desafío clínico.
- Su evaluación requiere de un conocimiento básico de los posibles mecanismos responsables del dolor (Tabla I) así como del amplio espectro de entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia, los patrones típicos de presentación y también de aquellas causas inusuales y/o de aquellos factores que con frecuencia inducen a error.
- Aunque se han postulado muy diversas aproximaciones al problema (Tabla II), ningún postulado puede sustituir al enorme valor de una historia clínica meticulosa y un examen físico concienzudo.

CLAVES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- 1** La historia clínica proporciona información muy valiosa para descifrar el origen de un DAA. Tres puntos son esenciales: los antecedentes, la semiología del dolor y los síntomas asociados.
- 2** Los antecedentes del enfermo aportan claves esenciales. Un dolor abdominal de carácter cólico en un paciente con antecedentes de laparotomía o hernias sugiere la presencia de una brida o una incarceration como causa de obstrucción. Cualquier antecedente de enfermedad cardiovascular o sistémica, el abuso de alcohol o la inmunosupresión resultan determinantes en el diagnóstico.
- 3** Es primordial una descripción precisa del dolor. La forma de comienzo, la localización (difuso o centrado en cualquiera de los cuadrantes), su irradiación (dorsal, escapular, inguinal), así como su intensidad y duración limitan el espectro de posibilidades. El carácter cólico orienta hacia la obstrucción de una víscera hueca (intestino, uréter). Un dolor que se agrava con la ingesta sugiere un origen biliopancreático, una úlcera péptica complicada, una neoplasia gástrica o una angina intestinal. El dolor que alivia con la ingesta o la deposición sugiere úlcera péptica no complicada o una lesión que obstruye la luz intestinal, respectivamente.
- 4** Debe consignarse cualquier síntoma asociado. La ausencia de anorexia hace dudar del diagnóstico de apendicitis. La ictericia, la fiebre y la rectorragia proporcionan información relevante, lo mismo que las náuseas, vómitos y diarrea. Es esencial investigar síntomas urogenitales, incluyendo la fecha de la U.R, así como cualquier síntoma cardiovascular o respiratorio (la neumonía o el infarto de miocardio pueden provocar dolor abdominal).
- 5** Algunos factores añaden dificultad para interpretar el DAA, especialmente el niño, al anciano y el huésped inmunocomprometido.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

CLAVES PROPORCIONADAS POR LA HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO



CLAVES DEL EXAMEN FÍSICO

- 1** La actitud del enfermo (agitado en el cólico hepático o renal; inmóvil en el abdomen con peritonitis), el registro de las constantes (pulso, TA y temperatura), así como la coloración de la piel y el estado de hidratación, proporcionan valiosa información sobre el impacto de la enfermedad.
- 2** La inspección permite identificar hernias y cicatrices que a menudo son causa de oclusión intestinal.
- 3** La auscultación debería preceder a la palpación. La presencia de silencio abdominal sugiere íleo debido a peritonitis difusa aguda. El peristaltismo de lucha permite sospechar obstrucción intestinal y la identificación de soplos vasculares o ruidos de fricción, aneurisma de aorta o infarto esplénico, respectivamente.
- 4** La palpación debería comenzar por el punto más alejado del dolor. La maniobra de descompresión abdominal (signo de Blumberg) puede ser superflua si el contexto es claramente sugestivo de peritonitis. Con frecuencia no hace sino incrementar el *discomfort* del paciente suscitando desconfianza para exploraciones ulteriores. Una percusión suave sobre el área problema puede ser suficiente y menos traumática.
- 5** La ausencia de matidez hepática sugiere neumoperitoneo. Este signo puede estar ausente en las perforaciones del apéndice o de un divertículo. La percusión puede revelar líquido libre en el peritoneo. Es importante considerar la posibilidad de un líquido ascítico infectado, especialmente en el enfermo cirrótico con hipertensión portal.
- 6** La sensibilidad del tacto rectal es ciertamente baja para detectar un "apéndice inflamado". Sin embargo, puede revelar impactación fecal como causa de DAA en un anciano y permite obtener heces para la detección de sangre oculta. Es imperativa una exploración ginecológica en toda mujer en edad fértil que presenta un DAA.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

CLAVES PROPORCIONADAS POR LA HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO

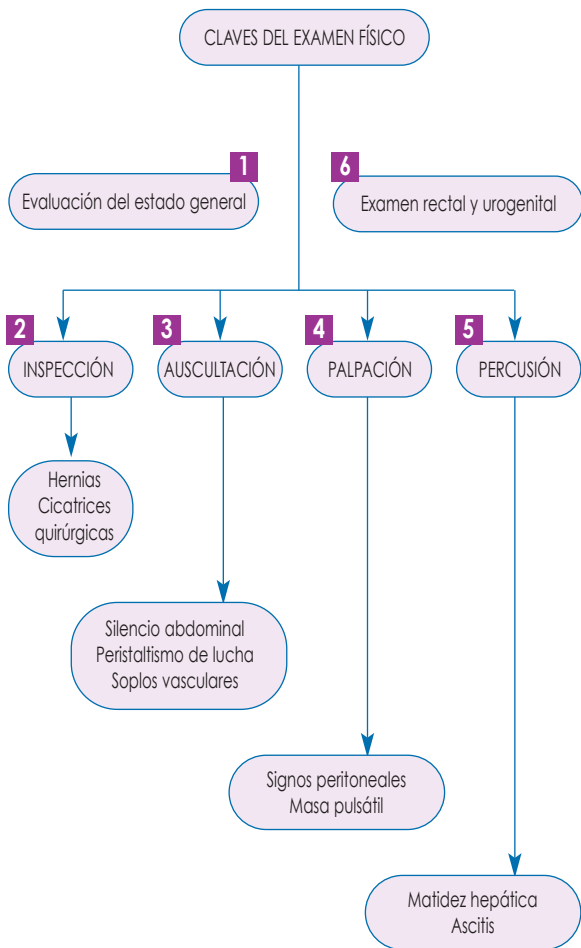


Tabla I. Tipos del dolor abdominal

Dolor visceral: su origen se relaciona con la distensión o contracción violenta del músculo liso de una víscera hueca. Mal delimitado, comienzo gradual, sordo, urente o cólico.

Dolor referido: el dolor originado en una víscera es percibido como si procediese de una región localizada a distancia. Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuído.

Dolor parietal: localizado exactamente en la zona estimulada, agravándose con la tos, la deambulaci3n y la palpaci3n de la zona afectada. Se acompa1a de hiperalgesia y defensa muscular.

Tabla II. Diversas aproximaciones al dolor abdominal (ref²).

Según el mecanismo neuroanatómico	Ver tabla I
Según el cuadrante abdominal afectado	Cuadrante superior derecho (HD) Cuadrante superior izquierdo (HI) Fosa ilíaca derecha Fosa ilíaca izquierda
Según su cronología y cualidad	Comienzo súbito (ejemplo: embolia mesentérica, disección de aorta) Comienzo gradual (ejemplo: apendicitis)
Implica riesgo vital	IAM, perforaci3n víscera hueca Isquemia mesentérica aguda Rotura de embarazo ectópico, rotura de aneurisma aórtico. Obstrucci3n intestinal con estrangulaci3n. Perforaci3n del esófago.
Según su patogenia	Inflamaci3n visceral (infecciosa, tóxica, inflamatoria) Obstrucci3n de víscera hueca (intestino, uréter, vejiga) Isquemia Traumatismo Perforaci3n
Según el órgano implicado	Coraz3n, pulm3n Gastrointestinal, hepatobiliar, vascular, Urinaria, uterina Sistema endocrino, hematol3gico

IAM: Infarto agudo de miocardio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montoro M, Delgado P, Hurtado G. Dolor abdominal agudo. En : Montoro M, García Pagán JC, Gomoll3n F, Gisbert J.P, Panes J, Santolaria S et al (eds). Problemas Comunes en la pr1ctica clínica. Gastroenterología y Hepatología (AEG-AEEH). Jarpyo editores. Madrid, 2006: 85-100.
2. O'Brien M.C, Cline D.M. Approach to abdominal pain. In Cline D & Stead L (eds). Abdominal Emergencies. Mc Graw-Hill. Medical. New York, 2008: 1-11.
3. American Collage of EmergencyPhysicians. Clinical Policy: critical issues-for the initial evaluation andmanagement of patients presenting with achief complaint of nontraumatic acuteabdominal pain. Ann Emerg Med 2000;36: 406-415.