

Dolor abdominal en Urgencia

Raúl Betancur G.⁽¹⁾, Juan P. Salazar A.⁽²⁾, Manuela Brinkmann B.⁽²⁾, Ricardo Quezada I.⁽¹⁾

⁽¹⁾*Servicio de Emergencia, HCUCH.*

⁽²⁾*Programa Medicina Urgencia, Departamento de Medicina, Universidad de Chile.*

SUMMARY

Abdominal pain is one of the most important and frequent complaints that seek resolution in the emergency departments around the globe. Despite its high frequency and the improvement in diagnostic resources, delays and pitfalls are still present now a days. Emergency Medicine approach towards these patients focusses in ruling out severe and life threatening pathology, and appropriate management (amount of exams either blood tests or images), and pain medication of those patients which are rated as with minor risk. One of the most important goals is fast and effective pain management, while the use of new complementary diagnostic tools allow risk stratification, specially considering atypical presentations, as elderly population, immunocompromised patients or those with previous bariatric surgery.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es una causa común de consulta en el Servicio de Urgencia, dando cuenta del 7 al 10 % de las consultas y siendo el diagnóstico principal al alta el denominado dolor abdominal inespecífico^(1,2) (ver Tabla 1). Gran parte de los pacientes que consultan por dolor abdominal pueden ser dados de alta con control ambulatorio y entre un 18 y 30% según la serie analizada, requiere de hospitalización. Entre un 8 y 10% de ellos son de resolución quirúrgica⁽²⁾.

Dada su alta frecuencia con causas potencialmente graves, es que el médico de Urgencia debe tener un alto índice de sospecha que prevenga una evolución desfavorable. Existe además frecuentemente una disociación entre la intensidad del dolor y la etiología. Un paciente muy sintomático puede tener una causa benigna de dolor y, por el contrario, un paciente con poco dolor, puede evolucionar a riesgo vital en pocas horas^(1,3).

A pesar de la mejor sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos de última generación, especialmente imagenológicos, aun existe una tasa elevada de errores diagnósticos con el consiguiente incremento de morbimortalidad y las consecuencias médico-legales que esta implica. Por último, debemos también considerar el acelerado incremento en los últimos años de pacientes con características especiales, como inmunocompromiso, cirugía bariátrica o adultos mayores⁽³⁾.

Tabla N°1. Causas y prevalencia del dolor abdominal.

Causa dolor abdominal	Prevalencia
Inespecífico	34.8%
Colecistitis	6.1%
Apendicitis	7.5%
Obstrucción intestinal	6.7%
Cólico renal	11%
Pancreatitis aguda	4.3%
Enfermedad diverticular	3.8%
Hernia	3.4%
Patología ginecológica	6.1%
Otros	6%

El objetivo de esta revisión está orientado al manejo moderno inicial del dolor abdominal no traumático en la Urgencia hospitalaria, suponiendo la disponibilidad de medios técnicos y humanos para su evaluación íntegra.

FISIOPATOLOGÍA

El dolor abdominal se origina principalmente en el tracto gastrointestinal y genitourinario, pero existen otras causas tanto intra como extra abdominales a considerar, derivadas de remanentes anatómicos del desarrollo embrionario. Si bien existen casos de dolor abdominal de etiología médica, escapan al objetivo de esta revisión.

El dolor abdominal se clasifica para motivos de estudio en visceral, somático y referido⁽³⁾. El dolor visceral se debe a la estimulación de nociceptores ubicados en el peritoneo visceral, cuya inervación depende del sistema autónomo y se ubica en concordancia con su origen embrionario (hemiabdomen superior, periumbilical, hemiabdomen inferior y región lumbar). El ejemplo clásico es el dolor que acompaña a la gastroenteritis aguda. El dolor somático se origina en el estímulo del peritoneo parietal, cuya inervación depende de nervios espinales, permitiendo una mejor ubicación del mismo en el examen físico. El ejemplo clásico es el dolor exquisito del cuadrante inferior derecho en la apendicitis aguda. El dolor referido indica que la fuente del dolor se encuentra a distancia de este. Su inervación ingresa a la médula por la misma localización que otra aferencia nociceptiva. Ejemplo clásico es el dolor epigástrico en el infarto de pared inferior.

Si bien esta separación fisiopatológica permite el análisis conceptual del problema, es común que no permita una aproximación clínica efectiva aplicada a un paciente en particular, que presenta una superposición de características o factores que impiden una diferenciación categórica de ambos orígenes.

MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL

Aproximación diagnóstico-terapéutica

El objetivo inicial de la evaluación del dolor abdominal, desde el punto de vista de la Medicina de Urgencia, es la realización en paralelo de 3 procesos que tienen diferentes objetivos y cuya intensidad de cada uno dependerá de las circunstancias clínicas y el nivel de sospecha requerido, particulares a cada paciente. Estos procesos pueden separarse en estabilización hemodinámica, manejo del dolor y estudio etiológico.

Estabilización hemodinámica: corresponde a la administración de fluidos y drogas vasoactivas para asegurar una presión arterial suficiente para mantener la perfusión de órganos vitales, con las consideraciones propias de edad, *compliance* vascular/cardiológico, etc.

En general es apropiado administrar cristaloides en volúmenes de 20-30 ml/k, agregando drogas vasoactivas, habitualmente norepinefrina, para obtener una PAM sobre 65 mmHg. En caso de anemia aguda que pueda comprometer el transporte de oxígeno, es obvia además la necesidad de realizar aporte de hemoderivados.

Manejo del dolor: desde el punto de vista ético no es aceptable mantener al paciente con dolor, pudiendo tratarlo de forma eficaz y sin repercusiones en el proceso diagnóstico. Dependiendo del nivel de EVA (escala visual análoga) preferimos el uso de opioides de corta duración (fentanilo) que permite titular su respuesta y eventualmente su retiro en el corto plazo si fuera necesario, con o sin otros fármacos como AINEs o antiespasmódicos según la sospecha clínica.

Estudio etiológico: el estudio etiológico está enfocado en la sospecha clínica, la que a su vez está basada en patrones conocidos y priorizados por el

emergenciólogo, que dependen de la edad, sexo, comorbilidad y características clínicas (examen físico + historia). La intensidad del estudio estará determinada por la situación de inestabilidad clínica del paciente, prefiriéndose la aproximación “en escopeta” en los pacientes inestables (laboratorio extenso en simultáneo con imágenes que permitan certeza diagnóstica lo antes posible, habitualmente ecoscopia + TAC). En el paciente cuya sospecha diagnóstica sea de bajo riesgo, estables, es posible realizar una aproximación progresiva (laboratorio, ultrasonido, eventual TAC).

Aproximación diagnóstica

Una vez estabilizado el paciente y controlado el dolor es posible realizar una aproximación diagnóstica en base a historia, examen físico y exámenes complementarios, enfocados en descartar razonablemente las causas graves de dolor abdominal. Dada la extensa lista de patologías, existen diferentes maneras de aproximarse al diagnóstico etiológico, considerando características demográficas (edad, sexo), tiempo de evolución (agudo/crónico), localización del dolor, migración, fecha de última regla, etc.

En el escenario de Urgencia, tal como ya hemos mencionado, es apropiado realizar una aproximación rápida, enfocada a las patologías de mayor riesgo vital a través de la asociación de patrones clínicos^(4,5), como se describe en la Tabla 2.

En las mujeres el espectro del diagnóstico diferencial se ve ampliado sustancialmente por la patología ginecoobstétrica. Es necesario descartar embarazo razonablemente en toda paciente en edad fértil que consulta por dolor abdominal, utilizándose para este fin test rápido en orina y en ocasiones, niveles de BHCG plasmática en caso de sospecha de embarazo precoz. Es necesario señalar que un test de embarazo positivo no explica necesariamente la etiología del dolor abdominal,

Tabla N°2. Clasificación por patrón clínico.

Dolor abdominal + shock	<ul style="list-style-type: none"> - Aneurisma de aorta abdominal roto - Embarazo ectópico roto - Hemorragia digestiva alta
Peritonitis generalizada	<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera péptica perforada - Perforación de colon - Isquemia mesentérica - Pancreatitis aguda
Peritonitis localizada	<ul style="list-style-type: none"> - Apendicitis aguda - Colecistitis aguda - Diverticulitis aguda - Patología ginecológica
Dolor abdominal + distensión	<ul style="list-style-type: none"> - Obstrucción intestinal
Dolor abdominal causa médica	<ul style="list-style-type: none"> - Infarto agudo miocardio pared inferior - Cetoacidosis diabética - Neumonía basal

sino que obliga a considerar cuadros de emergencia como un embarazo ectópico complicado. En caso de un embarazo intrauterino se deberá indagar otras causas de dolor abdominal, resguardando la seguridad del feto respecto a exámenes y terapia indicados⁽¹⁴⁾.

SÍNTOMAS

Como eje principal es necesaria una completa caracterización del dolor que puede orientar a patrones clásicos de presentación. Si bien muchas veces es difícil que el paciente logre este objetivo, ciertas claves del relato nos orientan hacia condiciones de riesgo. Por ejemplo: el inicio súbito, que antecede a náuseas y vómitos (en el adulto mayor puede no darse esta secuencia), localización inicial y migración o que persiste en el tiempo. Además ciertas asociaciones orientan a algunas enfermedades, como el dolor muy intenso, dissociado de los hallazgos del examen físico típico de la isquemia mesentérica; el dolor de hombros en el caso de irritación diafragmática o dolor epigástrico que irradia “en faja” en el caso de pancreatitis aguda^(1,3).

SIGNOS

En un comienzo la evaluación del dolor abdominal requiere análisis de signos vitales, como también identificación de signos de hipoperfusión distal. En poblaciones especiales, en que son frecuentes las presentaciones atípicas, los signos vitales pueden ser normales o no alterarse en concordancia con el cuadro clínico sospechoso como, por ejemplo, si hay uso de fármacos beta-bloqueadores que oculten la taquicardia o ausencia de fiebre en el inmunocomprometido y tendencia a la hipotermia en el adulto mayor⁽⁶⁾. Es fundamental un meticoloso examen abdominal, examen pélvico en la mujer, palpación genital en el hombre y en ciertos casos, tacto rectal. Es útil realizar una reevaluación periódica que permita pesquisar algún hallazgo que oriente a algún diagnóstico no evidente inicialmente^(1,3). En nuestra práctica habitual la reevaluación en dos puntos del dolor abdominal e historia, que inicialmente no orienta a patología específica, suele aportar información relevante que permite enfocar más certeramente los esfuerzos diagnósticos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Las posibilidades de estudio complementario del dolor abdominal son amplias e incluyen tanto exámenes de laboratorio como de imagen.

- Laboratorio: se debe solicitar orientado a la sospecha diagnóstica y los resultados deben ser interpretados en correlato con el cuadro clínico. Cabe señalar que un resultado normal no descarta una patología grave⁽⁶⁾, muchas veces debido a la solicitud demasiado precoz dentro del proceso patológico-inflamatorio.
- ECG: es primordial en la evaluación del dolor abdominal en pacientes con riesgo de cardiopatía coronaria, como también en el adulto mayor y en pacientes diabéticos, en quienes se sospeche un síndrome coronario con presentación atípica⁽⁷⁾.

- Radiografía de abdomen simple: no permite establecer un diagnóstico de certeza, sólo pesquisar complicaciones, por lo que ha sido sustituida por estudios con mayor sensibilidad y especificidad como la tomografía computada (TAC) de abdomen. Conserva utilidad en situaciones en que exista imposibilidad de realizar la imagen, evidenciando, por ejemplo, neumoperitoneo en caso de perforación de víscera hueca, nivel hidroaéreo y edema de asas que indiquen obstrucción intestinal u objetivar ingesta de cuerpo extraño. El hallazgo de neumoperitoneo permite diagnosticar en sólo un 60% de úlceras perforadas^(1,6).
- Ecotomografía abdominal: en nuestro medio continúa siendo la primera elección en caso de sospecha de patología biliar y/o ginecológica^(3,6). El uso de protocolos ultrasonográficos en box de atención como el RUSH o FAST, realizados al lado del paciente en condición de inestabilidad hemodinámica, permite la pesquisa de líquido libre en cavidad abdominal orientando a un posible hemoperitoneo; permite evaluar eventual patología aórtica además de realizar una evaluación hemodinámica seriada y guiar la reanimación del paciente grave⁽⁶⁾.
- Tomografía computada: con el avance de la tecnología y la técnica, ha permitido optimizar la precisión y rapidez del proceso diagnóstico. El uso de angioTAC ha sido de gran utilidad en el diagnóstico de isquemia mesentérica, entre otras patologías en que es necesaria una evaluación de la anatomía vascular, o bien, en búsqueda de hemorragia⁽⁶⁾.
- Angiografía y resonancia: son exámenes de escasa utilidad en Urgencia debido a su mayor dificultad técnica, tiempo requerido en su realización y dificultades en su disponibilidad^(1,6).

Estudio endoscópico: la utilidad en la evaluación inicial del paciente con dolor abdominal es excepcional. Su uso primario en Urgencia estaría

Tabla N°3. Complicaciones cirugía bariátrica

Complicación precoz (< 30 días)	Complicación tardía (>30 días)
Dehiscencia de sutura en cirugía gástrica en Y de Roux o derivación biliodigestiva.	Hernia incisional en cirugía abierta
Distensión gástrica aguda en cirugía gástrica en Y de Roux.	Hernias internas en cirugía gástrica en Y de Roux.
Obstrucción intestinal en cirugía gástrica en Y de Roux.	Estrechez anastomosis en cirugía gástrica en Y de Roux. Erosión o migración de la banda en la banda gástrica. Obstrucción intestinal en cirugía gástrica en Y de Roux.

justificado en la pesquisa y eventual extracción de cuerpos extraños en el tubo digestivo. Lo habitual es que sea parte del estudio diferido del dolor abdominal refractario⁽¹⁷⁾.

POBLACIONES ESPECIALES

Paciente inmunocomprometido

El grupo de pacientes inmunocomprometidos abarca desde aquellos con una leve alteración de la inmunidad, como el adulto mayor o el paciente diabético, hasta condiciones más severas como pacientes usuarios de tratamiento inmunosupresor post trasplante, síndrome de inmunodeficiencia adquirida no tratada o neoplasia en quimioterapia, entre otros.

El diagnóstico diferencial del dolor abdominal del inmunocomprometido considera tanto causas similares al paciente inmunocompetente, como otras causas propias de este grupo, tales como infección por citomegalovirus, enterocolitis neutropénica (tiflitis) y ocasionalmente abscesos intraabdominales. Añaden dificultad al proceso diagnóstico una mayor frecuencia de presentaciones atípicas, signos clásicos de abdomen agudo que son menos evidentes y una evolución en forma subaguda, lo que conduce además a consultas tardías. Por ejemplo, pacientes inmunocomprometidos, cursando con perforación intestinal, pueden presentarse con mínimo dolor, sin fiebre y sin leucocitosis. En consecuencia, este grupo de pacientes requiere habitualmente hospitalización

para observación y apoyo imagenológico como parte del estudio^(8,9).

Adulto mayor

Este grupo presenta más frecuentemente patologías graves. Aproximadamente un 30% requiere resolución quirúrgica (obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, aneurisma aorta abdominal roto) y 50% se hospitaliza. La imposibilidad de llegar a un diagnóstico certero aumenta considerablemente su morbimortalidad^(8,10), ya que el cuadro clínico suele ser atípico. Por ejemplo, sólo el 47% de los adultos mayores con úlcera perforada presentan dolor agudo y en un 21% existen signos peritoneales como presentación clínica⁽¹¹⁾, mientras que la mortalidad por apendicitis en el adulto mayor llega hasta un 50%. En consecuencia, se recomienda el uso precoz de imagenología y evaluación por cirugía.

En este grupo de pacientes la isquemia mesentérica es un diagnóstico crucial a descartar. El cuadro clásico será un paciente con consultas previas sin respuesta a analgesia habitual y sin diagnóstico específico previo. La presencia de un dolor abdominal desproporcionado a los hallazgos del examen físico y ausencia de respuesta a analgesia de alto nivel son mandatorio en sospechar este diagnóstico⁽¹³⁾.

Post cirugía bariátrica

La obesidad es actualmente uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. En Chile

aproximadamente el 39.3% de los adultos tiene sobrepeso; el 25.1%, obesidad y de estos, el 2.3% son obesos mórbidos (Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010, MINSAL). En esta línea, la cirugía bariátrica se ha convertido en una alternativa cada vez más relevante en el manejo de estos pacientes. Se instala, por lo tanto, un nuevo grupo de pacientes con características particulares, propio de sus cambios fisiológicos y anatómicos post intervención.

Las complicaciones son infrecuentes con una mortalidad menor al 1%. Estas se pueden clasificar en precoces o tardías, como se describe en la Tabla 3.

La principal causa de complicación aguda y de mortalidad es la peritonitis secundaria a dehiscencia de sutura. En general se observa en los primeros 10 días post intervención con una incidencia entre 1 a 6%, distribuidos en 1-2% en cirugía abierta y 3% en cirugía laparoscópica⁽¹²⁾. El manejo requiere un alto índice de sospecha e interconsulta precoz con cirugía.

SHOCK Y DOLOR ABDOMINAL

La presentación de un cuadro de pocas horas de dolor abdominal que evoluciona rápidamente a un *shock* indiferenciado nos obliga a considerar ciertos diagnósticos con evolución rápidamente letal. Una alternativa es considerar hemorragia, lo que nos orientará a etiologías como embarazo ectópico complicado, rotura de aneurisma de aorta abdominal y hemorragia digestiva alta. Es mandatorio descartar infarto miocardio de pared inferior así como disección de aorta abdominal.

Ciertas condiciones tóxico-metabólicas tienen evolución maligna como, por ejemplo, intoxicación por monóxido de carbono, hipoglicemia y cetoacidosis diabética. El *shock* anafiláctico se puede presentar precedido de dolor abdominal en ciertos casos⁽⁵⁾. Finalmente, es necesario sospechar e identificar a una población especial de altísimo riesgo de muerte, que manifiesta dolor abdominal brusco, como son los pacientes que sufren rotura de ovoides de cocaína ingeridos con fines de narcotráfico. Esto requiere alto índice de sospecha en pacientes graves con síndrome simpaticomimético que evoluciona a *shock*, procedentes de pasos fronterizos o aeropuertos⁽¹⁵⁾.

CONCLUSIONES

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente y un desafío diagnóstico que fuerza al médico a realizar una aproximación diagnóstico-terapéutica estructurada, de forma de no dejar pasar diagnósticos graves, utilizando de forma racional y basada en la evidencia, los recursos disponibles en cada institución.

En el estudio del dolor abdominal en Urgencia cobran cada vez más relevancia los exámenes de imagen, tanto la tomografía computada en el paciente estable, como la ecoscopia en box para el paciente inestable.

La evaluación del dolor en poblaciones especiales requiere un alto índice de sospecha de presentaciones larvadas y atípicas, por lo que la evaluación activa y eficiente es necesaria para evitar el diagnóstico tardío de patología grave.

REFERENCIAS

1. McNamara R, Dean A. Approach to acute abdominal pain. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:159-73.
2. Sebbane M, Dumont R, Jreige R, Eledjam J. Epidemiology of acute abdominal pain in adults in the emergency department setting. *CT of the acute abdomen medical radiology*. Springer 2011:3-13.
3. Marx J, Hockberger R. Rosen's Emergency Medicine – Concepts and clinical practice. 8th edition, Elsevier, 2013:223-31.
4. Schein M, Rogers P, Assalia A. Schein's common sense emergency abdominal surgery. 3rd ed. Springer 2010:15-23.
5. Matthew Fields J, Dean A. Systemic causes of abdominal pain. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:195–210.
6. Panebianco N, Jahnes K, Mills A. Imaging and laboratory testing in acute abdominal pain. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:175-93.
7. Kamin R, Nowicki T, Courtney D, Powers R. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin N Am* 2003;21:61-72.
8. Chen E, Mills A. Abdominal pain in special populations. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:449 -58.
9. Slaven E, Lopez F, Weintraub S, Mena J, Mallon W. The AIDS patient with abdominal pain: a new challenge for the emergency physician. *Emerg Med Clin N Am* 2003;21:987-1015.
10. Martinez J, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin N Am* 2006;24: 371-88.
11. Ragsdale L, Southerland L. Acute abdominal pain in the older adult. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:429-48.
12. Luber S, Fischer D. Care of the bariatric surgery patient in the emergency department. *J Emerg Med* 2008;34:13-20.
13. Charles J, Shanley, Jeffrey B Weinberger. Acute abdominal vascular emergencies. *Med Clin N Am* 2008;92:627-47.
14. Kathryn Challoner, Marc Incerpi. Nontraumatic abdominal surgical emergencies in the pregnant patient. *Emerg Med Clin N Am* 2003;21:971-85.
15. Peter K Dittmar, Rubén Olmedo. An evidence based approach to cocaine associated emergencies. *Emergency Medicine Practice* 2008;10.
16. Kelly Gray-Eurom, Lori Deitte. Imaging in the adult patient with non traumatic abdominal pain. *Emergency Medicine Practice* 2007;9.
17. Alessandro Mangili. Gastrig and esophageal emergencies. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:273-91.

CORRESPONDENCIA

Dr. Raúl Betancur González
Servicio de Emergencia
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumontt 999, Independencia, Santiago
Fono: 2978 8170
E-mail: raulbetancur@live.cl

