

Dolor abdominal inespecífico, un cuadro a vigilar

Lou-Calvo E.¹, Estrada-Lázaro I. M.¹, García-Castelblanque M.¹, Villota-Bello A.¹,
Morales-Hernández I.¹, Mora-Martínez H.²

Sanid. mil. 2023; 79 (1): 42-44, ISSN: 1887-8571

SUMARIO

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico, común a múltiples procesos, con una alta prevalencia en la población general. Representa el 15-20% de los motivos de consulta en los servicios de urgencias.¹ La mayoría de estos dolores tienen una etiología benigna, por lo que el objetivo inicial de la asistencia médica es identificar a aquellos pacientes cuyo dolor abdominal sea debido a una patología grave².

En ocasiones, puede tener una evolución tanto rápida como tórpida pudiendo provocar un abdomen agudo. El abdomen agudo se define como un dolor abdominal de instauración reciente, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso debido a la posibilidad de que derive en un tratamiento quirúrgico urgente. Para ello es importante una buena anamnesis y exploración, enfocado a detectar signos y síntomas de alarma. Si no es diagnosticado y tratado de forma adecuada y precoz, puede originar consecuencia como sepsis, shock, insuficiencia renal, con elevada mortalidad³.

A continuación presentamos el caso de una paciente con dolor abdominal inespecífico y pruebas complementarias anodinas en el inicio del cuadro, que evoluciona en las siguientes horas, obligando a la paciente a consultar de nuevo, llegando a precisar una intervención quirúrgica de urgencia. Se trata de un caso que nos obliga a determinar múltiples diagnósticos diferenciales y cómo abordar esta clínica tan frecuente como cambiante.

Non-specific abdominal pain, a case to keep under observation

SUMMARY

Abdominal pain is a nonspecific symptom, common to multiple processes, with a high prevalence in the general population. It represents 15-20% of the reasons for consultation in the Emergency Department¹. Most of these pains have a benign etiology, so the initial objective of medical care is to identify those patients whose abdominal pain is due to a serious pathology².

Sometimes, it can have both a fast and torpid evolution and can cause an acute abdomen. Acute abdomen is defined as abdominal pain of recent onset, which requires a rapid and accurate diagnosis due to the possibility that it may lead to urgent surgical treatment. For this, a good history and examination is important, focused on detecting alarm signs and symptoms. If it is not diagnosed and treated properly and early, it can cause consequences such as sepsis, shock, kidney failure, with high mortality³.

Below we present the case of a patient with nonspecific abdominal pain and anodyne complementary tests at the beginning of the condition, which evolves in the following hours, forcing the patient to consult again, eventually requiring an emergency surgical intervention. This is a case that forces us to determine multiple differential diagnoses and how to approach this clinic that is as frequent as it is changing.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial, y colecistectomizada hace diez años. Vive sola en domicilio, siendo independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal difuso de seis horas de evolución que inicia tras la ingesta, acompañado de dos vómitos. No ha presentado dolor torácico ni cortejo vegetativo acompañante. Refiere hábito intestinal estreñido que se ha intensificado en las últimas 72 horas. Niega clínica miccional y no ha presentado fiebre.

En la exploración presenta TA 141/71, FC 78 lpm, temperatura de 36 °C. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos y normoventilación. Presenta un abdomen ligeramente distendido, doloroso de manera difusa a la palpación sin presentar signos de irritación peritoneal, sin palpar masas. Peristaltismo presente. Pulsos femorales presentes. Se realizan como pruebas complementarias una analítica sanguínea con bioquímica, PCR, procalcitonina, hemograma y enzimas hepatopancreáticas sin objetivar alteraciones, además de un análisis de orina sin hallazgos de interés y una radiografía de abdomen decúbito y en bipedestación con imagen inespecífica sin niveles hidroaéreos (Figura 1). Se inicia tratamiento sintomático con metoclopramida, paracetamol y fluidoterapia. Se reexplora a la paciente, que permanece afebril, con un abdomen sin cambios. Ante la mejoría del cuadro y la estabilidad hemodinámica de la paciente, siendo la exploración anodina, es dada de alta a domicilio.

A las 12 horas tras el alta, la paciente regresa al mismo Servicio de Urgencias por persistencia del dolor abdominal, que se ha intensificado en las últimas horas, especialmente en la

¹ Médico residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector II Zaragoza.

² Médico residente de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria. Sector II Zaragoza.

Dirección para correspondencia: elenaloucalvo@gmail.com

Recibido: 1 de febrero de 2022

Aceptado: 25 de agosto de 2022

DOI: 10.4321/S1887-85712023000100008



Figura 1. Radiografía de abdomen en bipedestación en la primera consulta.



Figura 2. Radiografía en bipedestación en segunda consulta con niveles hidroaéreos en marco cólico izquierdo.

región de fosa iliaca izquierda. Presenta vómitos de características biliosas y no ha realizado deposiciones.

A la exploración TA100/60, FC 80 lpm, temperatura de 37,5 °C. Auscultación rítmica y normoventilación. Presenta un abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación generalizada de predominio en fosa iliaca izquierda con signos de irritación peritoneal. Como pruebas complementarias se realiza una nueva analítica sanguínea con bioquímica, destacando un empeoramiento en la función renal, siendo el resto de determinaciones como PCR, procalcitonina, hemograma, coagulación y enzimas hepatopancreáticas sin alteraciones. Se repite la radiografía de abdomen en decúbito y en bipedestación, objetivando niveles hidroaéreos en marco cólico izquierdo (Figura 2). Ante estos resultados se amplía el estudio de imagen a un TC abdominal que se observa diverticulosis en colon descendente y sigma (Figura 3). A nivel de la transición entre colon descendente y sigma se observan imágenes aéreas en la grasa mesentérica, todo ello compatible con perforación diverticular en el contexto de una posible diverticulitis aguda. Presencia de una colección de 2,5-3 cm, con contenido aéreo en su interior que impresiona de absceso. Ausencia de signos obstructivos de intestino grueso.

Ante estos hallazgos se diagnostica de diverticulitis perforada. Se revisa por cirugía general, quien decide intervención de urgencia. Posteriormente, ingresa en UCI por sepsis de origen abdominal iniciando terapia antibiótica y vasopresores.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal es la causa de hasta el 20% de las consultas en los Servicio de Urgencias. Esta clínica, en ocasiones,

puede ser muy inespecífica pudiendo ser sutil en su inicio y variable en el tiempo, dificultando el reconocimiento precoz de su causa, retrasando así el tratamiento. Los diagnósticos más frecuentes dados a estas consultas son: dolor abdominal inespecífico (22,0-44,3%), apendicitis aguda (15,9-28,1%), enfermedad biliar (2,9-4,0%), perforación gastrointestinal (2,3-15,0%), ileo adinámico (4,1-8,6%), diverticulitis (8,2-9,0%), pancreatitis (3,2-4,0%), cólico renal (5,1%) y enfermedades inflamatorias intestinales (0,6%)⁴.

La herramienta para orientar los cuadros de dolor abdominal más sensible y específica, a la vez que económica, es una detallada anamnesis y exploración física². Se deben incluir la edad, antecedentes personales, medicación actual, intervenciones quirúrgicas previas, etc. En la anamnesis no debe faltar la presencia de alteraciones en las deposiciones, última deposición, coexistencia de fiebre y otros síntomas relacionados. En

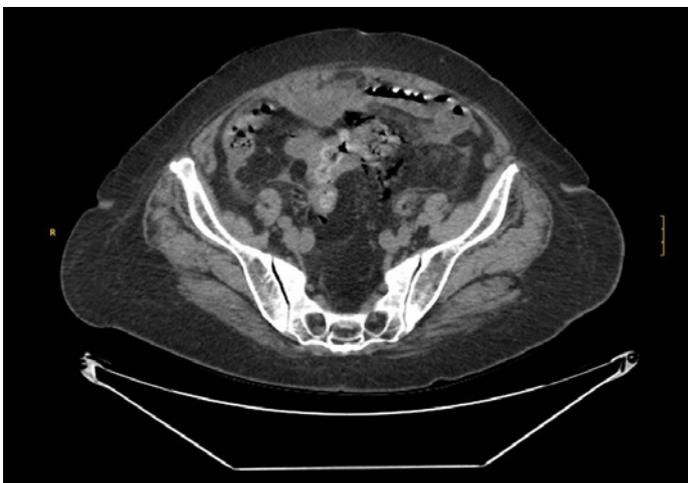


Figura 3. TC abdominal con plastrón y perforación diverticular.

la exploración incluye inspección, palpación y auscultación abdominal, además de un tacto rectal si es necesario. Además de todo ello, es importante solicitar las pruebas complementarias pertinentes que pueden ser analíticas (bioquímica, hemograma, enzimas hepatopandreas, coagulación, marcadores de inflamación como PCR, procalcitonina) y/o pruebas de imagen (radiografía de abdomen, ecografía, TC)⁵. Cabe destacar que, incluso después de una evaluación inicial en el Servicio de Urgencias con la realización de determinadas pruebas complementarias, en ocasiones, no se puede alcanzar un diagnóstico preciso. Actualmente, los marcadores sanguíneos de inflamación como la PCR o la procalcitonina, no se consideran suficientemente seguros para diferenciar el diagnóstico de un dolor abdominal a un abdomen agudo⁴.

La propia evolución de la presentación de múltiples patologías puede conllevar a no encontrar hallazgos importantes en la valoración inicial de un dolor abdominal⁶. En ocasiones, debido al carácter dinámico del dolor, es aconsejable mantener al paciente en observación para realizar una reevaluación de la exploración así como repetir alguna prueba complementaria en el transcurso de las horas⁷.

Las peculiaridades de este caso son un una clínica frecuente en una paciente mayor, que tras una consulta con exploración y pruebas complementarias sin diagnóstico específico de su dolor abdominal, desarrollo un cuadro clínico más definido en el transcurso de la evolución, posibilitándonos la realización de un diagnóstico clínico y un tratamiento dirigido.

Los signos y síntomas de alarma que nos debe hacer sospechar un abdomen agudo son la presencia de sangre en heces o vómitos, la coexistencia con fiebre, los signos de irritación peritoneal (como los signos de Blumberg, Rousving, Murphy), la distensión abdominal, y la no mejoría, incluso empeoramiento, tras el tratamiento administrado y la inestabilidad hemodinámica^{3,8}. Si el paciente es dado de alta se deben explicar los signos y síntomas que puede observar para necesitar una nueva consulta, de manera que lo pueda entender, asegurándonos que tiene un apoyo social y unos recursos que le permitan volver a consultar. Se deben desarrollar las aptitudes personales, proporcionando la información legible y las herramientas para el acceso a la consulta⁹. Si el paciente no tiene acceso a un centro cercano, no tiene apoyo social necesario, es incapaz de entender las medidas al alta o tiene múltiples factores de riesgo que pueden agravar su situación, se debe valorar su estancia en observación o su ingreso para realizar una evaluación *a posteriori*.

CONCLUSIÓN

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico y común a múltiples patologías. Por ello se debe realizar un diagnóstico diferencial con procesos de diversa índole de manera rápida y certera para orientar aquellos que sean de mayor gravedad. Los cuadros abdominales son procesos dinámicos que puede cambiar a lo largo de su evolución, permitiéndonos una mejor definición de los síntomas y un posible diagnóstico. Debemos valorar la reexploración física, la respuesta al tratamiento pautado y la realización de nuevas pruebas complementarias a lo largo de las horas de evolución. Por otra parte, su variación rápida en el tiempo nos tiene que poner alerta para identificar precozmente los cuadros de potencial gravedad, de manera que detectemos de manera rápida y eficiente aquellos procesos que requieran tratamiento quirúrgico e intensivo. Sin embargo, en aquellas situaciones en las que la clínica y las pruebas complementarias sean anodinas, hay que mantener una conducta expectante, realizando observación del paciente ya sea de manera hospitalaria o domiciliaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado Blasco, M., Pérez Torres, J. (2016). Dolor abdominal agudo. En *Manual de diagnóstico y terapéutica médica*. Hospital Universitario 12 de Octubre. 8.ª edición. Madrid, pp.139-151.
2. Guía clínica de dolor abdominal agudo (2021). [Internet. Fisterra.com]. [Consulta: 21 abril 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/dolor-abdominal-agudo>.
3. De Burgos Marín, J., Herrero González, Y., Padial Aguado, A. *et al.* (2018). Dolor abdominal agudo. En *Elsevier. Medicina de Urgencias y Emergencias*. 6.ª edición. Barcelona, pp. 311-323.
4. Calvo-Rodríguez, R., Gallardo-Valverde, J. M., Montero-Pérez, F. J. , *et al.* (2016). Utilidad de los biomarcadores en el manejo del dolor abdominal. *Emergencias* 28 (3): 185-192.
5. Frei, P. (2015). Differenzialdiagnostik abdomineller Schmerzen. *Praxis (Bern 1994)* 104 (18): 959-965.
6. Espinoza, R., Balbontín, P., Feuerhake, S., Piñera, C. (2004). Abdomen agudo en el adulto mayor. *Rev Med Chil*.132 (12): 1505-1512.
7. Koyuncu, N., Karcioğlu, O. y Sener, S. (2018). Nonspecific abdominal pain: A follow-up survey. *Niger J Clin Pract*. 21 (3): 332-336.
8. Lalanda Sanmiguel, M. y Bravo Toledo, R. (2010). Si administramos analgesia al paciente con dolor abdominal agudo, encubrimos síntomas... ¿de verdad? *AMF* 6 (7): 405-407.
9. De La Guardia Gutiérrez, M. A. y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR* 5 (1): 81-90.