

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

A propósito de un caso

Elena Aguas
Eduardo Sánchez

CASO CLÍNICO

Mujer con dolor abdominal inespecífico



HISTORIA CLÍNICA

Mujer, 54 años, origen colombiano, Sin alergias conocidas
No hábitos tóxicos.

A.P.: Bulimia, Sdm. depresivo-ansioso, obesidad
TT actual: Adofen 20mg.(1/24h), Noctamid 2mg (1/24h)

E.A.: Urgencias con dolor abdominal generalizado (epigastrio e hipocondrios) de 20 días en aumento, no calma con analgesia ni espasmolíticos. Náuseas sin vómitos. Ritmo deposicional normal. No pérdida de peso. No anorexia. Febrícula de 3 días. Sin antecedentes de infección. Leves molestias urinarias. Importante componente ansioso. No clínica cardíaca, respiratoria o neurológica.

A.F.: Padre muerto por Ca. próstata y madre hepatopatía no filiada.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

TA: 120/60, FC: 100rpm, Sat O2:98, T^a: 36.8. Glucemia: 156

C.O.R.P., N-R, N-H, B.E.G, Eupneica. Pupilas I-C, N-R, Afebril

A.C: Rs, Cs, Rs 100 pm .No soplos.

AP: Normoventilación. MVC.

ABDOMEN: Depresible, no masas ni megalias. Dolor a palpación difusa > epigastrio y flancos. Peristaltismo N.

Blumberg (+/-) . Sucusión renal (-). Pequeña hernia umbilical reductible

Pulsos femorales simétricos, ni adenopatias ni hernias inguinales

TACTO RECTAL: heces sin productos patológicos.

EEII: No edemas. No TVP. Pulsos simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG: Ritmo sinusal a 100pm, BRD

Rx tórax : Sin alteraciones

Rx abdomen: Heces en marco cólico neumatizado

Analítica sangre

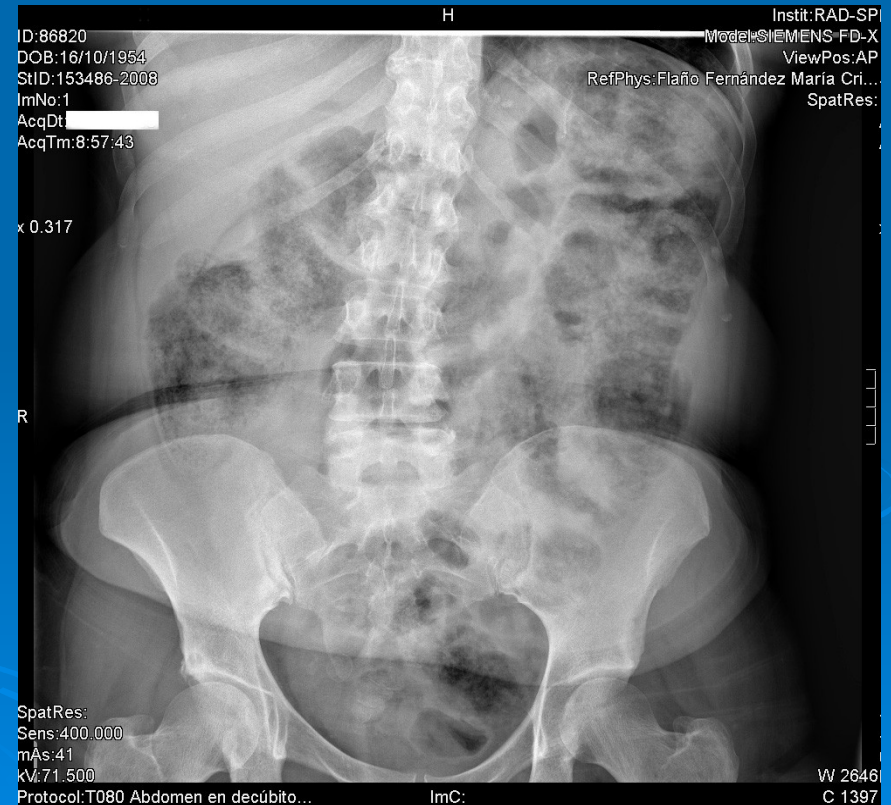
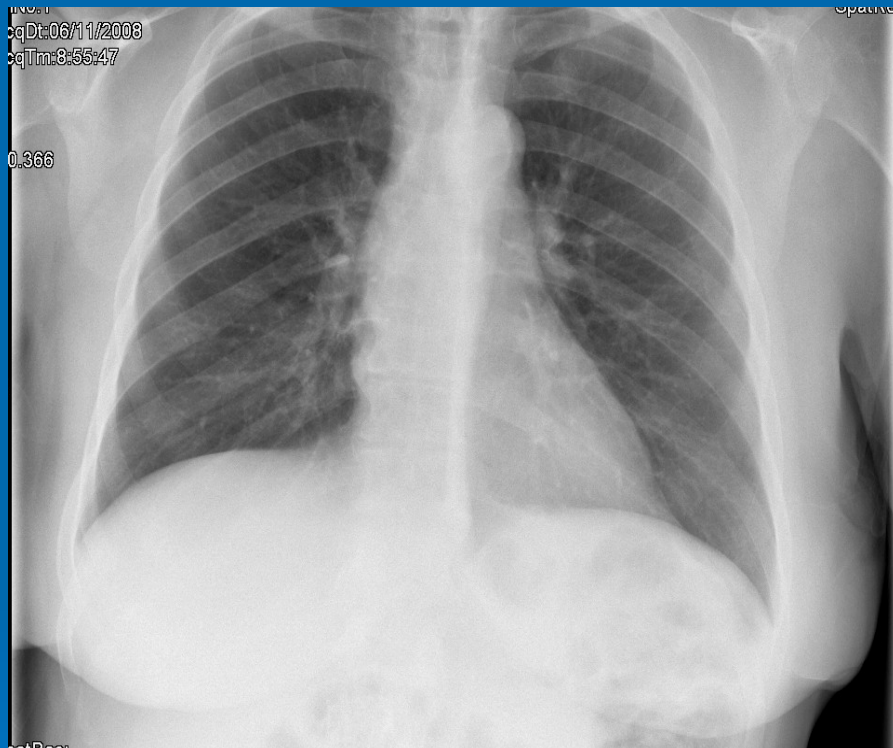
-Hemograma : Hem:3,76.Hgb:11,2. Hto:34,1. VCM:90.7.

Leuco: 20,60 (Neutrof:78,80. Linfo: 11,90) Plaq: 748.

-BioQ^a: N. Enz Hep y Amilasa N.

Análisis de orina: pH:7,5. Sedimento no patológico. Amilasa N.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ORIGINADO EN ABDOMEN: Inflamación peritoneo parietal.
Obstrucción de viscera hueca.
Trastornos vasculares.
Pared abdominal.

DOLOR REFERIDO: Tórax (neumonía, SCA).
C. Vertebral (radiculitis, artritis).
Genitales (torsión).

CAUSAS METABÓLICAS: Exógenas (picaduras, intoxicación Pb).
Endógena (uremia, cetoacidosis).

CAUSAS NEURÓGENAS: Orgánicas (tabes dorsal, herpes zóster).
Funcionales.

BOXES DE OBSERVACIÓN

Patología biliar ?

➤ ECOGRAFÍA

Retención fecal ?

BOXES – P. Complementarias

➤ ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

Páncreas normal / Vesícula y Vía biliar no dilatadas.

Hemangioma en lóbulo hepático derecho.

Líquido intraperitoneal subhepático e hipogastrio.

OCUPACIÓN Y ENSANCHAMIENTO DE VENAS ESPLÉNICA, MESENTÉRICA SUPERIOR Y PARCIAL DE LA VENA PORTA.

Esplenomegalia (15 cm) homogénea



ANALÍTICA:

Hemograma: Hem:3,63. Hgb:11. Hto:34. Leuco:18.20

(Neutrof:75,10. Linfo:12,10) Plaq:633

BioQ^a: N. Amilasa en sangre y orina: N

E. COAGULACIÓN

Plaq.: 748 (= previos).

DIGESTIVO

DIAGNÓSTICO:

- Trombosis mesentérica
- Trombocitosis

ETIOLOGÍA DE TROMBOSIS

- **TRAST. PROTOMBÓTICOS HEREDITARIOS:**
(Déficit p.C, p.S, f. V, f. II)
- **TRAST. PROTOMBÓTICOS ADQUIRIDOS:**
(SMP 1ª, S. Antifosfolípido, ACOs, Embarazo y puerperio)
- **FACTORES LOCALES INFLAMATORIOS:**
(Apendicitis, Pancreatitis, Diverticulitis, Colecistitis, Sepsis)
- **FACTORES MECÁNICOS O CIRUGÍA ABDOMINAL:**
(Traumatismo, Esplenectomía, TIPS, TOH, Cirugía Hepatobiliar)
- **DISMINUCIÓN FLUJO PORTAL:**
(Cirrosis, Ca.Hepatobiliar, Fibrosis periportal)
- **CANCER ÓRGANOS ABDOMINALES**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TROMBOCITOSIS

T. 2ª (REACTIVA)

- Anemia por déficit hierro
- Enfermedad de Kawasaki
- Sdme. Nefrótico
- Sdme. Post-esplenectomía
- Traumatismos
- Tumores

T. 1ª (ESENCIAL)

- Plaq. >600.000
- Hgb<13 o masa eritrocitaria N
- Fe presente en M.O
- Cromosoma Phi (-)
- Fibrosis colágena medular
- Ausencia de causa conocida

INGRESO – DIGESTIVO (1)

➤ **TAC Abd.:**

Cardiomegalia. Derrame pleural drcho. Hepatoesplenomegalia.
Hemangioma hepatico. Páncreas N.
Trombosis esplénica, mesentérica y portal.
Líquido ascítico y retroperitoneal.
No adenopatías.
Útero con mioma

➤ **Rx Tx.:** Cardiomegalia.

➤ **Rx Abd.:** Normal.

➤ **ENDOSCOPIA DIGESTIVA:** Esófago, estómago y duodeno N.

TAC ABDOMINAL



TAC ABDOMINAL (contraste)



Fig. 1. Tomografía axial computerizada con contraste intravenoso, muestra la trombosis de la vena meséncia superior.

INGRESO – DIGESTIVO (2)

➤ **ANALÍTICA:**

Hemograma: Hem :3,69. Hgb:10,9. Hto:33. VCM:89,2. Leuco:12,8(N:76,2. L:11,4)

Morfología leucocitaria N. Plaq:696.

Signos de distrombopoyesis. Poiquilocitosis. No mielema ni blastos. VSG:74

BioQ^a: N. FA:122. PCR:22,9.

➤ **A. ORINA:** Sedimento (-)

➤ **METABOLISMO HIERRO:** Fe: 17,49 Transf.: 150,60 C.S. Trans: 11,6 Ferritina sér: 304,8 (Compatible con proceso crónico)

Vit.B.12 y Ac.Fólico: N.

➤ **HEMATOLOGIA:** E.Coagulación: N, TT: Sintrom

➤ **MARCADORES TUMORALES:** CEA , CA y Alfafetoproteína N.

INGRESO – DIGESTIVO (3)

- **INMUNOLOGÍA:** Ac.contra núcleo(-). Ac contra DNA bicatenario(-). Ac.contra cardiolipina(IgG) negativos.
- **SEROLOGÍA** (VIH, Sifilis): Negativos.
- **HORMONAS:** Homocisteina Basal: 16,84 (N= 4-13) H. tiroideas N.
- **ESTUDIO GINECOLÓGICO:** Amenorrea perimenopausica. G6,P4, A2 Exploración N. Ecografía: Útero hipertrófico. Endometrio atrófico. Mioma intramural posterior. Ovario dcho. quíste funcional. Ovario izdo. Atrófico. Líquido libre intraabdominal.
- **ECOCARDIOGRAFÍA:** I. mitral ligera. Disfunción ventricular dcha.I. tricúspide I/IV.

INGRESO – DIGESTIVO (4)

➤ ESTUDIO HEMATOLÓGICO:

• Estudio de médula ósea

Celularidad: N. (S. Mieloide(47%) S. Eosnófila 4% S. Eritroide(37%)

S. Megacariocítica: Incrementada en distintos estadíos.

Otros: Linfocitos(10%) Monocitos(2%) Blastos(%).

Informe: Hiperplasia megacariocítica de morfología bastante conservada, no sugiere SMPC.

• Cultivo de CFU en médula ósea y sangre periférica:

Crecimiento masivo de todas las lineas.

Detecta crecimiento endógeno moderado.

DIAGNÓSTICO FINAL

- Trombocitemia Esencial.
- Trombosis: -Esplénica,
-Mesentérica y
-Porta.

TRATAMIENTO

- **GÉNERO DE VIDA:** Reposo relativo
- **DIETA:** Absoluta (2 días) progresivamente dieta líquida, dieta blanda según tolerancia.
- **FLUIDOTERAPIA** (según dieta)
- **MEDICACIÓN:**
 - Primperan: si náuseas
 - Nolotil: si dolor.
 - Anticoagulación: 1º Heparina sódica, 2º Sintrom según pauta.
 - Omeprazol : 1º I-V - 2º V-O.

TRATAMIENTO

- **GÉNERO DE VIDA:** Reposo relativo.
- **DIETA:** Absoluta (2 días) progresivamente dieta líquida, dieta blanda según tolerancia.
- **FLUIDOTERAPIA** (según dieta).
- **MEDICACIÓN:**
 - Primperam si nauseas.
 - Nolotil si dolor.
 - Anticoagulación: 1º Heparina sódica, 2º Sintrom según pauta.
 - Omeprazol : 1º I-V - 2º V-O.

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS



INTRODUCCIÓN

➤ **Dolor abdominal:**

- Síntoma inespecífico originado por causas intraabdominales, extraabdominales o enfermedades sistémicas.
- Consulta muy frecuente tanto en atención primarias como en urgencias.

➤ **Dolor abdominal agudo:**

- Instauración inferior a 48-72 horas, potencialmente graves, con repercusión del estado general. Es necesario un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tto qx urgente.

CLASIFICACIÓN

➤ SEGUN LOCALIZACION

Dolor visceral: Originado en las vísceras y el peritoneo visceral.
Es sordo, profundo, difuso, línea media. Con clínica vegetativa.

Dolor parietal o somático: Originado en las estructuras de la pared abdominal y el peritoneo parietal.

Es agudo, intenso y bien localizado. Empeora con movimientos y Valsalva.

Dolor referido: Se percibe en regiones anatómicas diferentes a la zona de estimulación .

➤ SEGÚN ESTÍMULOS

Mecánicos: Tracción, distensión y estiramiento de capas musculares de vísceras huecas, el peritoneo y la cápsula de la víscera maciza.

Inflamatorias: Liberación de sustancias en el proceso inflamatorio (físico o infeccioso).

Isquémicos: Cese de riego sanguíneo provoca la concentración de determinados metabolitos tisulares irritantes.

CLASIFICACIÓN

➤ SEGÚN FORMA CLÍNICA:

- **Peritoneal puro:** dolor siempre presente, intenso y continuo. Típico de la perforación de vísceras huecas. “Ventre en tabla”: contractura de la musculatura de la pared abdominal.
- **Oclusivo puro:** dolor intermitente, acompañado de náuseas, vómitos, meteorismo y ausencia de expulsión de gases.
- **Mixto:** Mezcla de los 2 anteriores.
- **Vascular:** dolor brusco, muy intenso acompañado de sudoración y frialdad.

FISIOPATOLOGÍA

- Mecanismos desencadenantes: tracción, estiramiento, distensión, inflamatorios e isquémicos.
- Distensión: el más importante. Es frecuente que aparezca de manera brusca.
- Mediadores químicos: sustancia P, serotonina, PG e iones H⁺.
- Embriología.
- Sensibilidad variable a lo largo de todo el aparato digestivo:
 - Mucosa: no tiene sensibilidad.
 - Vísceras huecas: más sensibles a cambios de presión.

ORIGEN ABDOMINAL

➤ DISTENSIÓN VÍSCERA HUECA:

- Meteorismo.
- Impactación fecal.
- Obstrucción biliar / Obstrucción ureteral.
- Oclusión / Suboclusión intestinal.
- S.intestino irritable

➤ INFLAMATORIAS:

- Abceso abdominal / Apendicitis aguda.
- Colecistitis / Pancreatitis.
- E.P.I. / E. Ectópico.
- E.I.I.
- Linfomas.
- G.E.A.
- Linfadenitis aguda.
- Perforación de víscera

➤ VASCULARES:

- Isquemia intestinal / Disección aneurisma aórtico.
- Vasculitis.

ORIGEN EXTRAABDOMINAL

➤ ENDOCRINO:

- Cetoacidosis diabética.
- Uremia.
- Hipopotasemia.
- Hiperlipemia.
- Insuficiencia suprarrenal.

➤ NEUROGÉNICO:

- Radiculopatías: Hernia discal / Herpes Zoster.
- Tabes dorsal.

➤ REFERIDO:

- Neumonía.
- Cardiopatía isquémica.
- Urológicos (orquitis, prostatitis).

➤ PSICÓGENO:

- Trastornos conversivos / anímicos (depresión, ansiedad).

HISTORIA CLÍNICA

- **LOCALIZACIÓN DEL DOLOR:**
 - Localización exacta, Irradiaciones y desplazamiento.
- **FORMA DE INSTAURACIÓN:**
 - Brusco / Rápidamente progresivo/ Lentamente progresivo
- **INTENSIDAD DEL DOLOR:** Subjetivo. Escala 0-10.
- **EVOLUCIÓN DEL DOLOR:**
 - Carácter constante.
 - Carácter intermitente.
 - Carácter cólico.
 - Carácter inflamatorio.

HISTORIA CLÍNICA

➤ EDAD Y SEXO:

- Pueden orientar al despistaje de diversas patologías:
 - Niños: más frecuente malformaciones e invaginaciones.
 - Ancianos: más frecuente procesos tumorales e isquémicos.

➤ ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

- Historia familiar y personal de cualquier patología abdominal o relacionada con ella.
- En mujeres preguntar por su historia menstrual y FUR.
- Medicación habitual del paciente:
 - Anticoagulantes: hematomas intramurales o en la vaina de los rectos.
 - Anovulatorios (estrógenos): infartos intestinales, colitis isquémicas etc.
 - Antibióticos.
 - Corticoides y AINEs
 - Espasmolíticos.
 - Medicación cardiológica.
 - Opiáceos: drogodependientes.

HISTORIA CLÍNICA

➤ FACTORES MODIFICADORES:

- Ingesta de alimentos.
- Micción.
- Defecación.
- Cambios posturales.
- Ejercicio físico.
- Respiración profunda.
- Procesos gineco-obstétricos.
- Cambios emotivos.
- Cuadros metabólicos o genéticos.

➤ CLÍNICA ACOMPAÑANTE:

- Fiebre y escalofríos.
- Digestivos: Náuseas y vómitos; disfagia/odinofagia; hematemesis; estreñimiento/diarrea; ictericia; hematoquecia.
- Urológicos: Disuria, hematuria, leucorrea o secreción peneana.
- Ginecológicos: Dismenorrea, metrorragias, amenorrea, aborto.
- Alteraciones cutáneas, oculares o articulares.

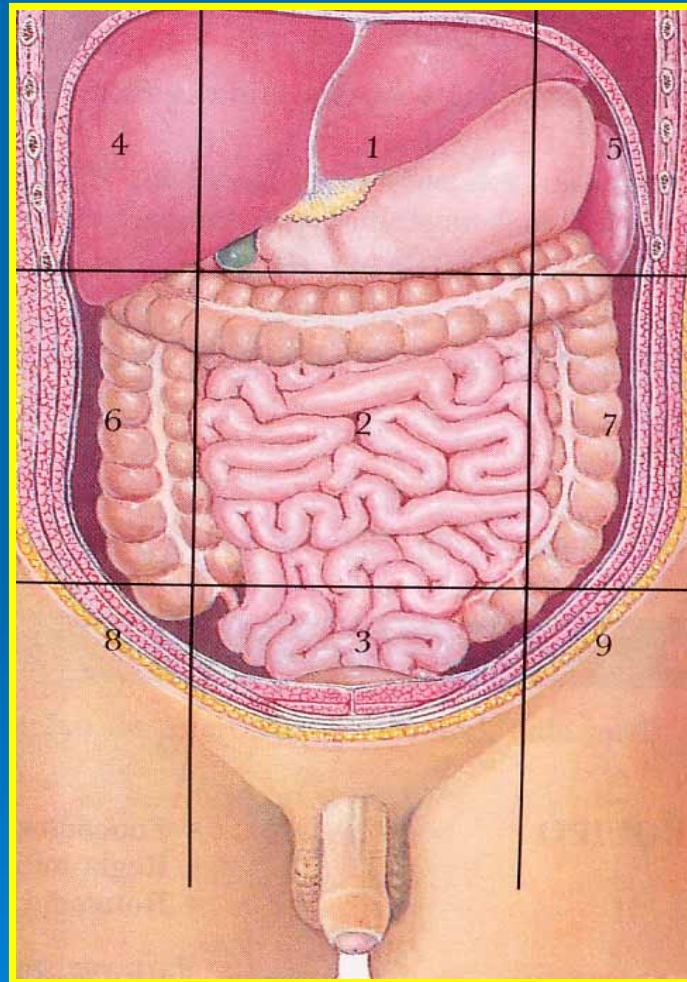
EXPLORACIÓN FÍSICA

- Detección precoz de signos y síntomas en el paciente.
- “Facies Hipocrática”: nariz afilada, ojos hundidos, palidez cutánea y mirada sin brillo.
- Dolor visceral: paciente inquieto y agitado.
- Dolor parietal: paciente inmóvil.
- Temperaturas $>39^{\circ}\text{C}$ en dolores abdominales agudos sugieren, a priori, afección extraabdominal inicial.

- **VALORACIÓN DEL ESTADO GENERAL:**
 - Constantes vitales: TA; pulso; temperatura corporal.
 - Grado de conciencia (Glasgow).
 - Hidratación y coloración de piel y mucosas.

- **EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA:**
 - Cardiopulmonar y P.V.Y.

EXPLORACIÓN FÍSICA



EXPLORACIÓN FÍSICA I

➤ EXPLORACIÓN ABDOMINAL:

- **Inspección:**
 - Movilidad espontánea de la pared abdominal. Un abdomen plano, inmóvil y tenso, que no se moviliza durante la respiración es manifestación de irritación peritoneal difusa.
 - Existencia de cicatrices, la simetría abdominal, masas y distensión abdominal.
 - Si hay circulación colateral, vesículas (Herpes Zoster), ictericia, signos cutáneos.
 - Coloración: Signo Cullen o Signo de Gray-Turner en pancreatitis hemorrágicas.
- **Palpación superficial y profunda:** búsqueda de masas abdominales que nos puedan guiar sobre el cuadro clínico del paciente, (comprobar pulsos femorales).
 - Contractura abdominal: respuesta muscular refleja causada por la irritación del peritoneo.

EXPLORACIÓN FÍSICA II

- **Percusión:**
 - Matidez o timpanismo aumentados o en localizaciones anormales.
 - PPRR.
- **Auscultación:**
 - Silencio intestinal.
 - Ruidos metálicos / Ruidos aumentados con tonos normales.
 - Soplos intraabdominales.

Una vez comprobada la presencia o ausencia de masas abdominales y contracturas se deben valorar los distintos signos:

- **SIGNO DE MURPHY:** Colocar dedos sobre el hipocondrio dcho y realizar el paciente una inspiración profunda. Desciende el diafragma y se palpa hígado y vesícula. Positivo si existe dolor.
- **SIGNO DE BLUMBERG:** Soltar súbitamente los dedos de la mano que explora tras la compresión de una parte del abdomen. Positivo si existe dolor. En FID indicativo de apendicitis (McBurney). Es un signo de irritación peritoneal.

EXPLORACIÓN FÍSICA III

- **SIGNO DE ROVSING:** La presión sobre un punto simétrico al McBurney en el lado izquierdo provoca dolor en el dcho.
- **SIGNO DEL PSOAS O DE MELTZER:** Aumento del dolor en FID al realizar la flexión activa de la cadera del lado dcho (apendicitis).
- **SIGNO DEL OBTURADOR O DE COPE:** Colocar el muslo del paciente en ángulo recto, se rota int y ext, si hay dolor es debido a un proceso inflamatorio en relación al musc obturador int (apendicitis pélvica) en FID.
- **TACTO RECTAL:** Prácticamente obligatorio ya que el 1/3 inferior del abdomen se encuentra está incluido en la pelvis y sólo se puede valorar por tacto rectal o rectovaginal.
 - Lesiones externas.
 - Palpación de masas, tumores o fecalomas: muy importante la pared anterior (próstata y cuello uterino). Descartar protusiones o dolor intenso por irritación del saco de Douglas (irritación peritoneal).
 - Apendicitis retrocecales.
 - Siempre observar en el dedo del guante la característica de las heces, si hay sangre.
- **EXPLORACIÓN GENITOURINARIA O GINECOLÓGICA**

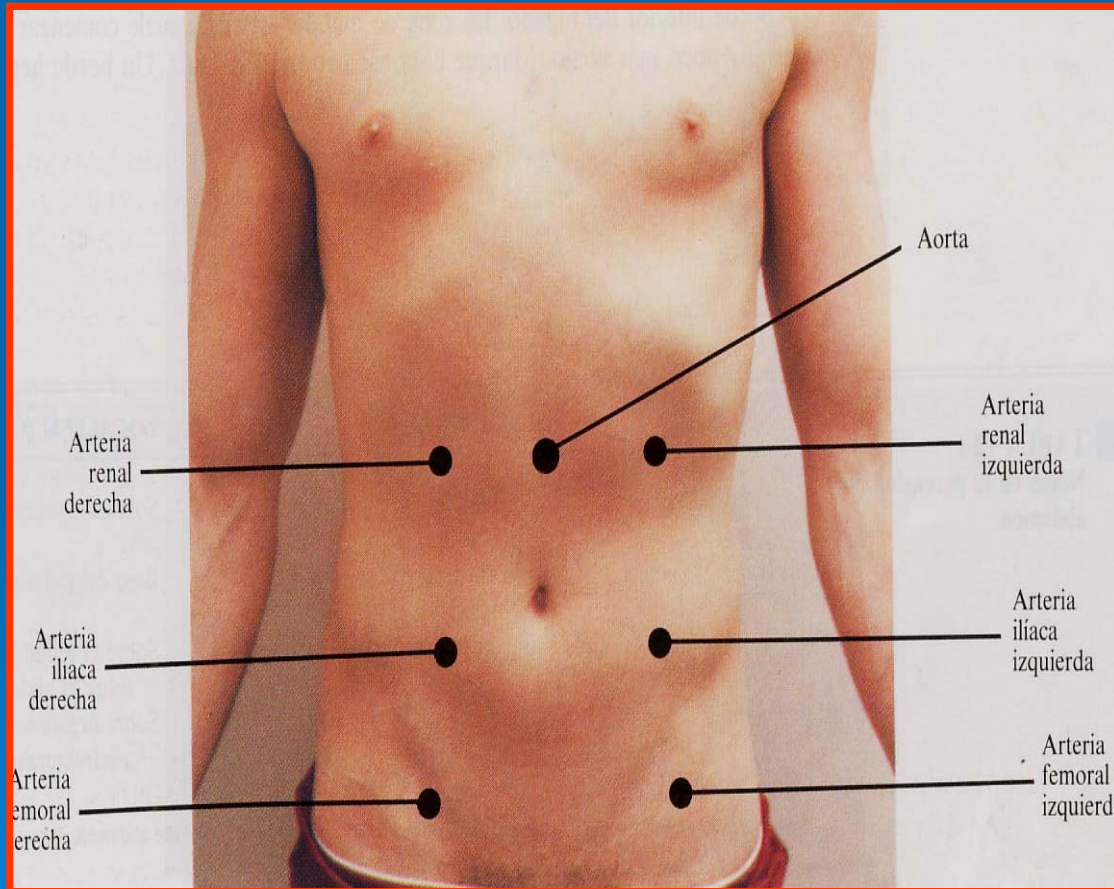
PALPACIÓN SUPERFICIAL



PALPACIÓN PROFUNDA



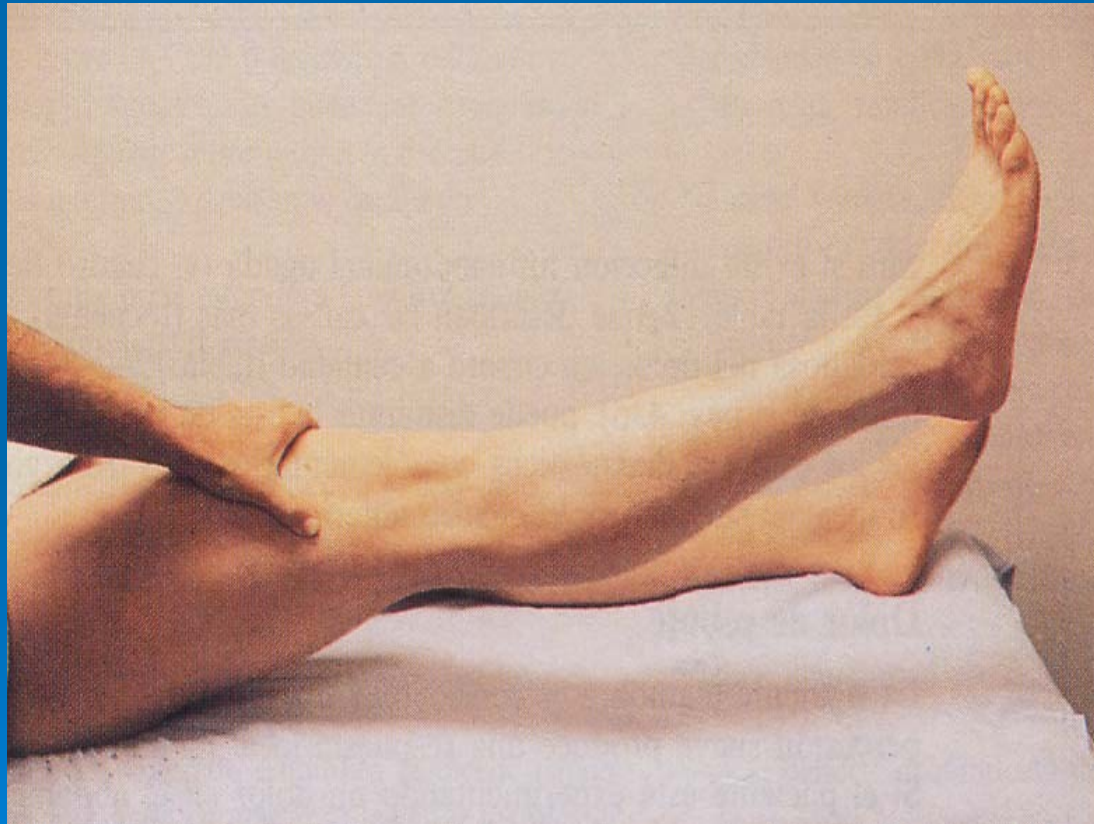
AUSCULTACIÓN ABDOMINAL



SIGNO DE MURPHY



SIGNO DEL PSOAS



SIGNO DEL OBTURADOR



SIGNO DE REBOTE



SIGNO DE LA OLEADA



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **ECG:** En toda epigastralgia de origen incierto debe realizarse siempre un ECG para descartar SCA.
- **ANALÍTICA URINARIA:** Sistemático y sedimento de orina. Test de embarazo.
- **ANALÍTICA SANGUÍNEA:**
 - **HEMOGRAMA:** Un hemograma normal suele descartar patología quirúrgica.
 - **BQ:** Glucosa, iones, creatinina, GOT, GPT, amilasa. Si se sospecha patología hepatobiliar se debe pedir bilirrubina total y directa.
- **PRUEBAS DE IMAGEN:**
 - **RX TÓRAX:** Descarta procesos pulmonares + Descarta neumoperitoneo + Orienta hacia afecciones abdominales determinadas.
 - **RX ABDOMEN:** Localización y distribución del aire abdominal. Niveles hidroaéreos. Cálculos radiosensibles. Dx 60% sospecha de obstrucción de delgado y casi del 100% perforación de víscera hueca.
 - **ECO ABDOMINAL:** Se debe realizar ante cualquier proceso abdominal de etiología incierta, principalmente en aquellos que necesitemos descartar la indicación quirúrgica urgente.
 - **TAC ABDOMINAL:**
 - Traumatismo abdominal.
 - Sospecha de disección aórtica.
 - Pancreatitis aguda con criterios de gravedad.
 - Valoración de cirugía de Urgencia.

SIGNOS DE GRAVEDAD

➤ ESTADO GENERAL:

- Inestabilidad hemodinámica:
 - Palidez de piel y mucosas.
 - Taquicardia e hipotensión.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Dificultad respiratoria.

➤ CARACTERISTICAS DEL ABDOMEN:

- Dolor súbito, intolerable, fracaso de analgesia.
- Modificación de dolor discontinuo a continuo.
- Signos de irritación peritoneal.
- Detención de eliminación de gas y heces un mínimo de 24h.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

➤ NORMAS GENERALES

- Descartar dolor abdominal agudo quirúrgico.
- Indicar que el paciente debe ser “observado”.

➤ NORMAS ESPECIFICAS

- ***Dolor abdominal agudo filiado, no quirúrgico y clínicamente estable***; se tratará con la dieta adecuada, enemas rectales de limpieza, laxantes, antiácidos, espasmolíticos, analgésicos (Valoración en 24 H.).
- ***Dolor abdominal agudo no filiado, no quirúrgico y clínicamente estable***; Seguimiento continuado en las primeras 24-48 horas hasta filiación o aproximación diagnóstica del dolor. No administrar analgésicos ni antibióticos.
- ***Dolor abdominal agudo quirúrgico, clínicamente inestable o con tendencia a inestabilidad***: Remitido a servicio de cirugía.

TRATAMIENTO GENERAL

➤ Medidas Generales:

- Dieta Absoluta
- Vía Periférica venosa: 2500-3000 Suero glucosalino/24h
- Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y transfusión si requiere
- Descompresión gastroeintestinal, si necesaria sonda nasogástrica.
- Analgesia: contraindicada hasta determinar la etiología del cuadro.
- Fiebre: Antitérmicos y sacar hemocultivos x2.

➤ Tratamiento Etiológico

ERRORES MÁS FRECUENTES

- Valoración de masas abdominales. Descartar:
 - Globo vesical.
 - Fecalomas.
 - Aorta pulsátil en pacientes delgados.

- Prescribir analgesia sin filiar la causa.
- No realizar ECG en un dolor epigástrico.
- No prestar atención a los cambios en la sintomatología en pacientes demandantes.

**GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN**

