

4.1 Diagnóstico diferencial del dolor abdominal en urgencias

V. Sansano Herreros



CONTENIDOS

Objetivos de aprendizaje

Concepto

Diagnóstico

- Anamnesis
- Exploración física
- Pruebas complementarias

Tratamiento

Conclusiones

Bibliografía



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Recordar las principales causas del dolor abdominal en un adulto.
- Repasar los aspectos fundamentales de la historia clínica, anamnesis y exploración física, las cuales pueden ayudar en el enfoque de este dolor.
- Actualizar los conocimientos sobre las principales pruebas diagnósticas y sus indicaciones.
- Revisar la evidencia científica actual sobre las bases del tratamiento sintomático del dolor abdominal.

CONCEPTO

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico, común en multitud de procesos, que, si bien puede originarse por causas intraabdominales, también puede deberse a procesos extraabdominales o a enfermedades sistémicas. Este tipo de dolor representa un motivo de consulta frecuente, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias hospitalarios. Su enfoque diagnóstico desde estos últimos supone un auténtico reto por sus múltiples causas y la inespecificidad de muchos de sus síntomas asociados.

Así, hasta en una tercera parte de los casos se diagnostica dolor abdominal inespecífico y en un 80 % los síntomas desaparecen por completo a las dos semanas. Por ello, el objetivo fundamental en los servicios de urgencias es determinar aquellas situaciones que requieren tratamiento médico o quirúrgico de manera urgente.

No es tarea fácil determinar si el dolor abdominal es agudo o crónico. Generalmente, se describe como dolor abdominal agudo aquel de origen no traumático y con una duración máxima de 5 días (DynaMed Plus, 2016), aunque el criterio es arbitrario y debe ser el juicio del clínico el que lo determine y considerar un dolor abdominal agudo cuando lleva pocos días de evolución y empeora desde su inicio (Penner RM, 2017).

El dolor que se ha mantenido sin cambios durante meses o años se puede clasificar de forma segura como crónico.

DIAGNÓSTICO

La evaluación del dolor abdominal requiere una comprensión de los posibles mecanismos responsables del dolor, un amplio diagnóstico diferencial de las causas y el reconocimiento de patrones típicos y presentaciones clínicas.

En la [tabla 4.1-1](#) se recoge un resumen de las principales causas de dolor abdominal según las zonas anatómicas. Y en la [tabla 4.1-2](#) se indican otras causas de dolor abdominal menos frecuentes.

Tabla 4.1-1. Causas el dolor abdominal según las zonas anatómicas	
Región anatómica	Causas de dolor abdominal
Hipocondrio derecho	Patología hepática y biliar, úlcera duodenal, neumonía, pancreatitis aguda, pielonefritis aguda, cardiopatía isquémica, cólico nefrítico, herpes zóster, tromboembolismo pulmonar
Epigastrio	Úlcera péptica, colecistitis aguda, cardiopatía isquémica, pancreatitis aguda, vólvulo gástrico, esofagitis, gastritis, rotura de un aneurisma de aorta, pericarditis
Hipocondrio izquierdo	Pancreatitis, vólvulo gástrico, absceso esplénico, infarto esplénico, gastritis aguda, úlcera gastroduodenal, rotura esplénica, tromboembolismo pulmonar, neumonía, cardiopatía isquémica, pielonefritis, cólico nefrítico
Fosa ilíaca derecha	Apendicitis, hernia incarcerada, cólico renal, adenitis mesentérica, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, linfadenitis mesentérica, embarazo ectópico, salpingitis aguda, endometriosis, torsión ovárica, rotura de quiste ovárico
Mesogastrio	Trombosis mesentérica, obstrucción intestinal, aneurisma de aorta, apendicitis aguda, diverticulitis, gastroenteritis
Hipogastrio Fosa ilíaca izquierda	Seudoobstrucción intestinal, patología urogenital, diverticulitis, colitis isquémica, enfermedad inflamatoria intestinal, salpingitis, endometriosis, embarazo ectópico, torsión ovárica, rotura de ovario, hernia inguinal, cólico nefrítico

(Continúa)

Tabla 4.1-1. Causas el dolor abdominal según las zonas anatómicas (Cont.)

Región anatómica	Causas de dolor abdominal
Localización difusa	Obstrucción, perforación gastrointestinal, isquemia mesentérica, enfermedad inflamatoria intestinal, gastroenteritis, peritonitis bacteriana espontánea, peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal, cáncer colorrectal/gástrico/de páncreas, enfermedad celíaca, cetoacidosis, insuficiencia adrenal, toxiinfección alimentaria, síndrome de intestino irritable, estreñimiento, diverticulosis, intolerancia a la lactosa

Tabla 4.1-2. Otras causas menos frecuentes de dolor abdominal

Aneurisma de aorta abdominal	Hipercalcemia
Síndrome compartimental abdominal	Hipotiroidismo
Migraña abdominal	Envenenamiento por Plomo
Porfiria	Divertículo de Meckel
Angioedema	Síndrome del intestino narcótico
Síndrome de compresión de arteria celíaca	Hemoglobinuria paroxística nocturna
Dolor crónico de pared abdominal	Pseudoapendicitis
Seudoobstrucción colónica	Causas pulmonares
Gastroenteritis eosinofílica	Infarto renal
Apendagitis epiploica	Dolor costal
Fiebre familiar mediterránea	Mesenteritis esclerosante
Infecciones por helmintos	Somatización
Herpes Zóster	Bazo errante
Causas en relación con drogas o tóxicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de hiperémesis por cannabinoides • Síndrome de abstinencia a opioides 	
Causas extraabdominales comunes	
<ul style="list-style-type: none"> • Cetoacidosis diabética • Cetoacidosis alcohólica • Neumonía • Tromboembolismo pulmonar • Herpes Zóster 	

La combinación de una cuidadosa anamnesis y la exploración física es crucial para establecer el diagnóstico diferencial de forma adecuada. Las pruebas complementarias irán dirigidas a confirmar o descartar el diagnóstico de sospecha.

Anamnesis

En este punto es necesario concentrarse en tres aspectos esenciales: antecedentes personales, características del dolor y síntomas asociados.

Antecedentes personales

- **Edad:** con la edad aumenta la probabilidad de aparición de sintomatología inespecífica y presentaciones atípicas de patologías potencialmente graves. Algunas entidades como la rotura de aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica, infarto agudo de miocardio de presentación atípica y el cáncer de colon aumentan a partir de los 50 años.
- **Sexo:** se ha de descartar siempre el embarazo en el caso de mujeres en edad fértil (embarazo ectópico, preeclampsia). No hay que olvidar que durante el embarazo se pueden dar todo el resto de enfermedades comunes y que la presentación de las mismas se puede ver afectada por los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen.
- **Antecedentes epidemiológicos:** viajes, ocupación laboral, círculo social, contacto con animales, etcétera.
- **Tratamientos:** pueden enmascarar el cuadro clínico clásico. Como ejemplo, el uso de antibióticos puede favorecer la infección por *Clostridium difficile*, los corticoides pueden reducir la respuesta inflamatoria, el uso de inmunodepresores puede facilitar la aparición de infecciones y sus complicaciones y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) predisponen a padecer úlcera péptica y hemorragia digestiva alta.
- **Hábitos tóxicos:**
 - Alcohol: hepatitis, pancreatitis, cirrosis.
 - Opioides: dolor abdominal por abstinencia.
 - Cannabinoides: síndrome emético que cursa con dolor abdominal.
 - Tabaco: mayor riesgo de neoplasias que pueden cursar con dolor abdominal.
- **Enfermedades previas:**
 - Cardiovasculares: isquemia mesentérica por embolismos secundarios a fibrilación auricular o bajo gasto por insuficiencia cardíaca, rotura de aneurisma aorta abdominal, etcétera.
 - Enfermedades metabólicas: el hiperparatiroidismo y la hiperlipoproteinemia se encuentran implicadas en la etiopatogenia de algunas pancreatitis. Hipotiroidismo, diabetes y Parkinson pueden producir episodios de pseudoobstrucción intestinal.
 - Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), inmunodepresión: infecciones oportunistas.
- **Antecedentes de cirugía abdominal:** obstrucción intestinal por presencia de bridas.

Características del dolor

Es esencial describir de forma precisa las características del dolor, las cuales se puede detallar mediante **la nemotecnia ALICIA (aparición y curso, localización, intensidad, características, irradiación y asociación y agravantes)**. Los detalles de éstas se indican a continuación.

Aparición y curso. Presenta los siguientes detalles:

- La aparición súbita (máxima intensidad en segundos-minutos) indica patología de gravedad (isquemia, perforación, rotura de víscera hueca, rotura o disección aórtica; todas estas causas vienen acompañadas de un cuadro de inestabilidad) pero hay que recordar que el dolor desencadenado por el meteorismo es de aparición brusca.
- El inicio rápido progresivo en minutos puede indicar: obstrucción intestinal, pancreatitis o cólico renal.
- Un inicio más gradual, progresivo en horas, indica un proceso inflamatorio o infeccioso (apendicitis, colecistitis o diverticulitis) u obstrucción intestinal baja.
- El dolor intenso de aparición repentina y el dolor constante o que empeora durante más de 6 horas (pero menos de 48 horas) sugieren una causa quirúrgica. Las causas no quirúrgicas tienden a ser menos dolorosas.

Localización. No se debe establecer el diagnóstico diferencial sólo por la localización del dolor, ya que con frecuencia no se corresponden. Como ejemplo, el diagnóstico de apendicitis en sujetos con dolor

en el cuadrante superior derecho puede pasarse por alto si el médico no considera que la apendicitis retrocecal puede presentarse de esta manera. Existen estudios que muestran una tasa de diagnóstico erróneo del 30-40 % cuando éste se establece si se atiende sólo a los signos típicos. Además, la ubicación del dolor puede cambiar con el tiempo, lo que refleja la progresión de la enfermedad.

Intensidad. Es poco fiable, ya que depende de la percepción subjetiva del paciente. El dolor muy intenso puede corresponder a irritación peritoneal o isquemia. El moderado suele deberse a procesos inflamatorios localizados.

Características. El dolor abdominal suele estar vinculado a un diagnóstico específico:

- El dolor ardiente se asocia con una úlcera.
- El dolor desgarrante, con disección aórtica.
- Un dolor tipo cólico suele ir emparejado con la distensión de una víscera hueca, como los cálculos renales en el uréter.
- El dolor continuo orienta hacia procesos inflamatorios o isquemia.

Irradiación. La irradiación del dolor puede proporcionar información sobre el diagnóstico. Hacia la espalda puede significar una patología biliar, úlcera péptica perforada, aneurisma de aorta o patología renoureteral. En el caso de la pancreatitis, el dolor puede irradiarse hacia la espalda *en cinturón*. Si se trata de una enfermedad de la vesícula biliar, puede irradiarse hacia el hombro derecho o la región subescapular. En cuanto a los trastornos renoureterales, éstos pueden irradiar a la región inguinal.

Asociación y agravantes. Los factores agravantes y atenuantes son fundamentales. Así, el dolor de la úlcera péptica puede mejorar después de las comidas, mientras que los cólicos biliares empeoran después de éstas. Por su lado, el dolor por pancreatitis puede mejorar cuando el enfermo se sienta derecho y aumenta cuando se reclina. Los sujetos con peritonitis yacen quietos y la tos puede empeorar su dolor, mientras que con nefrolitiasis el individuo está inquieto y no puede encontrar una posición cómoda.

Asimismo, los síntomas asociados pueden ayudar a reducir el abanico diagnóstico, especialmente en las causas extraabdominales. De esta forma, la presencia de fiebre, tos, disnea y dolor torácico llevan a descartar procesos extraabdominales como la neumonía, la embolia pulmonar y el infarto de miocardio, que pueden cursar con dolor abdominal.



RECUERDE

Si el dolor se asocia a un síncope, se deben descartar procesos graves como el IAM, la aneurisma de aorta abdominal, el embarazo ectópico, la rotura de bazo, etc.

En cuanto a los **vómitos y las náuseas**, aunque no son específicos, el orden de estos síntomas puede ser útil para el diagnóstico. Si se producen vómitos después de la aparición del dolor, es más probable que éste se deba a un proceso quirúrgico, como una obstrucción intestinal. El vómito por causas relativamente benignas suele ser autolimitado. Los vómitos biliosos pueden ser causados por una obstrucción distal al duodeno y los fecaloideos sugieren una obstrucción baja o un íleo. Los vómitos en forma de posos de café o la hematemesis pueden deberse a una enfermedad por úlcera péptica, várices esofágicas y, en individuos con antecedentes de reparación de aneurisma aórtica, fístula aortoentérica.

Por lo que respecta a la **diarrea** ésta a menudo se asocia con una causa infecciosa o diverticulitis, pero puede producirse con isquemia mesentérica, en cuyo caso puede ser sanguinolenta, y en la obstrucción

intestinal por rebosamiento. En cuanto al **estreñimiento**, éste puede relacionarse con una obstrucción intestinal, una isquemia mesentérica, colitis isquémica o enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Por su parte, las deposiciones con pus y sangre pueden determinar EII o colitis isquémica. El sangrado rectal intenso puede sugerir enfermedad diverticular, angiodisplasia o fístula aortoentérica.

Entre las **causas** genitourinarias del dolor abdominal, hay que preguntar acerca de la existencia de sangrado o secreción vaginal, cambios recientes en la menstruación, disuria o hematuria en la mujer; en el varón, debe tenerse en cuenta la secreción purulenta por el pene y dolor o inflamación escrotal con alteraciones en la coloración y temperatura, y cualquier trauma reciente en ambos sexos.

Por último, la **presentación y las características** del dolor abdominal pueden ser completamente distintos en enfermos mayores, a pesar de la presencia de una afección potencialmente mortal (por ejemplo, una úlcera perforada puede presentarse sin la aparición repentina de dolor).

La **tabla 4.1-3** resume la utilidad de la anamnesis en la clasificación sindrómica del dolor abdominal.

Tabla 4.1-3. Utilidad de al anamnesis en la clasificación sindrómica del dolor abdominal		
Cuadro clínico	Anamnesis	Utilidad
Pancreatitis aguda	Antecedentes de etilismo o colelitiasis Dolor epigástrico intenso irradiado a espalda, náuseas y vómitos	MUY ÚTIL
Úlcera péptica	Dolor epigástrico o hipocondrio derecho que mejora con la ingesta	POCO ÚTIL
Gastroenteritis aguda	Dolor abdominal cólico difuso. Náuseas, vómitos y diarrea. Posible deshidratación	POCO ÚTIL
Isquemia mesentérica aguda	Ancianos, antecedentes de cardiopatía embolígena, fibrilación auricular, arteriosclerosis, HTA, hipercoagulabilidad. Náuseas, anorexia, vómitos. Dolor abdominal difuso que no mejora con analgesia. Abdomen anodino al inicio. Diarrea sanguinolenta constante	MUY ÚTIL
Perforación visceral: apendicitis, diverticulitis	Náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso de inicio brusco que se desvía del centro a la derecha. Paciente inmóvil. Signos de gravedad e irritación peritoneal.	ÚTIL
Obstrucción intestinal	Antecedentes quirúrgicos. Dolor central cólico y continuo. Vómitos, inquietud. Abdomen distendido, peristaltismo aumentado evolucionando al silencio en fases avanzadas.	ÚTIL
Rotura de aneurisma de aorta abdominal	Antecedente de enfermedad cardiovascular, HTA. Inicio brusco, dolor epigástrico intenso, desgarrador, en espalda, abdomen y región lumbar. Masa pulsátil en hipogastrio.	MUY ÚTIL
Ruptura esofágica	Dolor epigástrico que mejora con la deglución y respiración Se inicia después de vómitos y náuseas intensas Enfisema subcutáneo	ÚTIL
Hemoperitoneo	Dolor súbito y signos de gravedad. Distensión abdominal.	ÚTIL

Casado V, Cordon F, García G. Manual de exploración física basado en las personas, en el síntoma y en la evidencia. Barcelona: semFYC ediciones; 2020.

Exploración física

En pacientes con sospecha de dolor abdominal psicógeno, es importante realizar un examen adecuado mientras el sujeto está distraído.

Valoración del estado general

En primer lugar, es imprescindible descartar signos de gravedad, como hipoperfusión (palidez, frialdad, pulsos periféricos débiles o ausentes, relleno capilar aumentado o alteración del estado de conciencia) y valores alterados de las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria). Hay que destacar que **una frecuencia respiratoria elevada puede ser una reacción compensatoria y debe alertar sobre la posibilidad de acidosis metabólica subyacente.**

En cuanto a **la fiebre, es un signo de gravedad y revela que pueden existir causas infecciosas.** Es posible que en determinadas franjas de edad o población, como los adultos mayores y los inmunocomprometidos, no se den altas temperaturas.

Por otro lado, los mayores con infección intraabdominal son cuatro veces más propensos que los pacientes más jóvenes a sufrir hipotermia.

Inspección

Este procedimiento puede proporcionar información muy valiosa y es posible realizarla en pocos segundos. Con la inspección se puede detectar:

- Ictericia en origen hepatobiliar o pancreático.
- Inquietud y agitación, que pueden sugerir cólico renal. Sin embargo, un paciente inmóvil que yace con las rodillas dobladas aumenta la sospecha de peritonitis. En este último caso, el dolor aumenta cuando el examinador golpea ligeramente la camilla.
- Una distensión abdominal, hernias o signos de cirugías previas pueden indicar una obstrucción intestinal.
- Las pulsaciones abdominales pueden relacionarse con una patología aórtica.
- Las asimetrías pueden indicar lesiones expansivas.
- Las equimosis periumbilicales (signo de Cullen) o flancos (signo de Gray Turner) sugieren hemorragia intraabdominal o retroperitoneal, posiblemente causada por una rotura o fuga de Aneurisma de la aorta abdominal (AAA), o una pancreatitis hemorrágica.
- La circulación colateral es signo de hipertensión portal y las arañas vasculares de cirrosis.
- Lesiones cutáneas: Herpes Zóster.

Auscultación abdominal

La auscultación abdominal debe realizarse antes de la palpación y durante 2 minutos. En ella se tiene que tener presente que la ausencia de ruidos intestinales sugiere peritonitis o íleo, y que los ruidos aumentados se asocian a obstrucción intestinal, presencia de sangrado o inflamación del tracto gastrointestinal (la sensibilidad y especificidad son muy bajas).

Por su lado, los sonidos intestinales anormales son altamente predictivos de una obstrucción del intestino delgado en pacientes con dolor abdominal agudo. Asimismo, se puede escuchar un soplo en presencia de un aneurisma aórtico abdominal.

Palpación abdominal

La palpación del abdomen permite identificar la ubicación, el grado de sensibilidad y detectar signos de irritación peritoneal. Para realizarla, primero se lleva a cabo una palpación ligera que se extiende en sentido de las agujas del reloj o al contrario, empezando por el punto más alejado del dolor para evitar contracción muscular que dificulte la exploración. Una vez que se localiza la zona de máxima sensibilidad, se pueden hacer maniobras para obtener signos somáticos. Después se profundiza para identificar otras anomalías, como visceromegalias, hernias, masas, dilatación aórtica, etc.

Hay que señalar que existen pocos estudios que analicen las técnicas tradicionales que evalúan los signos de irritación peritoneal (dolor en la palpación muy superficial, con tos o movimientos bruscos; dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen y contractura abdominal) y sugieren que estas pruebas tienen una sensibilidad y especificidad limitadas. Sin embargo, un abdomen rígido es motivo de preocupa-

ción. Además, **determinadas maniobras orientan sobre el origen del dolor y cuando están presentes, son predictivas de ciertas patologías** (Tabla 4.1-4).

Tabla 4.1-4. Signos exploratorios

Signo de Blumberg	Aumento del dolor en la descompresión	Apendicitis aguda si aparece a nivel punto McBurney
Signo de Rovsing	Dolor en punto de Mc Burney al presionar fosa iliaca izquierda	Apendicitis aguda (poco sensible, muy específico)
Signo del Psoas	Dolor en fosa iliaca derecha al extender pasivamente la cadera derecha estando en decubito lateral izquierdo. Alivia al flexionar	Apendicitis retrocecal y abscesos intrapélvicos (poco sensible, muy específico)
Signo del Obturador	El dolor con la rotación interna pasiva de muslo derecho con cadera flexionada	Apendicitis pélvica (poco sensible, muy específico)
Signo de Murphy	Detección brusca de la inspiración profunda durante la palpación de hipocondrio derecho	Colecistitis aguda
Signo de Carnett	Aumento del dolor al contraer la musculatura de la pared abdominal.	Dolor de pared abdominal (Muy preciso para distinguir dolor de la pared abdominal del dolor visceral)
Puño percusión	Dolor al golpear suavemente con puño cerrado región lumbar alta	Pielonefritis aguda, Cólico renal

Percusión abdominal

Gracias a la percusión abdominal se pueden detectar las siguientes situaciones:

- La matidez indica masas o visceromegalias.
- El timpanismo extenso sugiere una obstrucción intestinal o una perforación visceral.
- La matidez cambiante y la prueba de la onda de líquido son un signo de ascitis.
- La ausencia de matidez hepática es un síntoma de neumoperitoneo.

Otras exploraciones

Otras exploraciones permiten orientar a los facultativos hacia otras conclusiones:

- Inspección anal y tacto rectal en busca de tumores, fisuras, heces y sus características (presencia de sangre, moco, pus o fecalomas). Su utilidad en pacientes con dolor abdominal indiferenciado y sin sangrado gastrointestinal ha sido cuestionada.
- Inspección genital: valoración testicular en los hombres y examen pélvico en las mujeres, en el que se incluye palpación bimanual cuando aparece dolor en el hemiabdomen inferior. Cabe destacar que el dolor de la enfermedad inflamatoria pélvica puede no estar localizado en la región suprapúbica. Asimismo, hay que tener en cuenta que el examen físico puede ser difícil durante el embarazo. Las pacientes en dicho estado pueden presentar menos hallazgos clínicos y no mostrar signos peritoneales.

No hay que olvidar que existen muchas causas extraabdominales en el dolor abdominal, por lo que la exploración física ha de ser amplia sin olvidar la auscultación cardíaca y pulmonar (fibrilación auricular, neumonías,...).

También es importante palpar la pared torácica, la columna vertebral y la pelvis, ya que el dolor en los ángulos costovertebrales puede sugerir pielonefritis. Asimismo, se tiene que evaluar el rango de movimiento de la cadera, ya que los procesos infecciosos e inflamatorios pueden reflejar el dolor en la parte

inferior del abdomen. A todos estos puntos hay que sumar el examen de la piel por su importancia y por ser especialmente certero en los adultos mayores, los cuales presentan una mayor probabilidad de padecer herpes zóster.

No obstante, el examen físico puede ser dudoso en adultos mayores. Así, la sensibilidad abdominal puede no localizarse debido a cambios en el sistema nervioso que afectan la percepción del dolor. Además, es posible que no haya signos de irritación peritoneal por la laxitud de la musculatura de la pared abdominal. Por este motivo, en un paciente con signos y síntomas equívocos, los exámenes en serie pueden mejorar la precisión diagnóstica.

A este respecto, en la [tabla 4.1-5](#) están resumidos los criterios de gravedad del dolor abdominal agudo y en la [tabla 4.1-6](#) se muestra la escala de Alvarado para el diagnóstico de la apendicitis aguda.

Tabla 4.1-5. Criterios de gravedad del dolor abdominal agudo

Historia
Mayores de 65 años Inmunocomprometidos (VIH, tratamiento crónico con glucocorticoides) Alcoholismo (riesgo de hepatitis, cirrosis, pancreatitis). Enfermedad cardiovascular (EAC, EVP, hipertensión, fibrilación auricular) Comorbilidades mayores (Cáncer, diverticulosis, cálculos biliares, EII, pancreatitis, insuficiencia renal) Cirugía previa o instrumentación GI reciente (riesgo de obstrucción, perforación) Embarazo precoz (riesgo de embarazo ectópico)
Características del dolor
Inicio repentino Inicio con intensidad máxima Vómitos posteriores al inicio del dolor Dolor constante de menos de dos días de duración
Exploración física
Taquicardia, Hipotensión, signos de hipoperfusión periférica (Signos de <i>shock</i>) Frecuencia respiratoria > 30 o < 10 Bajo nivel de conciencia Dolor postraumático, presencia de hematomas o heridas Abdomen tenso o rígido. Vigilancia involuntaria Distensión abdominal Gran aumento del peristaltismo o ausencia de ruidos Presencia de masa pulsátil o asimetría en pulsos periféricos

CAD: enfermedad arterial coronaria; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; EII: enfermedad intestinal inflamatoria; PVD: enfermedad vascular periférica.

Tabla 4.1-6. Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado

Criterio	Valor
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg positivo	1
Migración del dolor	1
Náuseas o vómitos	1
Anorexia	1
Temperatura oral superior a 37,2 °C	1
Recuento de leucocitos mayor de 10.000 por mm ³	2
Neutrofilia mayor del 70 %	1

[Continúa]

Tabla 4.1-6. Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado (Cont.)

Decisión	Puntuación
Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado	
Negativo para apendicitis	0-4
Posible apendicitis	5-6
Probable apendicitis	7-8
Apendicitis	9-10

Pruebas complementarias

Siempre deben estar guiadas por la anamnesis y la exploración física permitiendo, llegar a un diagnóstico de certeza.

Pruebas de laboratorio

Sólo deben solicitarse para descartar un diagnóstico de sospecha o para la evaluación de un abdomen agudo de etiología poco clara. En pacientes mayores, gestantes, inmunodeprimidos o si hay comorbilidades importantes (diabetes, cirrosis, neoplasias, etc.) pueden ser más necesarias estas pruebas. Algunas de las más importantes se indican a continuación.

Hematimetría. En ella se refleja la hemoglobina, que puede alterarse en pérdidas hemáticas por hemorragias digestivas, procesos inflamatorios o infecciosos. Hay que tener en cuenta la presencia de leucocitosis hasta en el 80 % de los pacientes con apendicitis aguda y diverticulitis, así como en el 70 % de los enfermos con otras causas de dolor abdominal. Junto a aquélla, la fiebre pone de manifiesto la existencia de un proceso infeccioso agudo. No obstante, puede haber una fórmula leucocitaria normal en pacientes mayores o inmunocomprometidos, y estar elevado en embarazadas sanas. Asimismo, hay que recordar que las plaquetas elevadas es un patrón de un proceso inflamatorio agudo y que también se encuentran elevadas en las anemias.

Coagulación. Aporta información sobre la función hepática, la presencia de coagulopatías de consumo y es necesaria ante una posible cirugía.

Bioquímica. En este caso, se observa:

- La medición de glucemia es necesaria en pacientes graves y diabéticos conocidos con el fin de descartar complicaciones, como la cetoacidosis diabética.
- La urea, la creatinina y los electrolitos, que ayudan a valorar la función renal, el estado de hidratación y el equilibrio ácido-base, fundamental cuando se presentan signos de gravedad.
- La bilirrubina y el perfil hepático, que pueden aclarar casos de dolor en abdomen superior, aunque pueden no aumentar en las colecistitis.
- La lactatodeshidrogenasa (LDH), que se eleva en la isquemia mesentérica.
- La creatinfosfocinasa (CPK) y las troponinas, que ayudan a descartar un infarto de miocardio.
- La amilasa, que es sensible pero no específica para la pancreatitis. No obstante, puede elevarse en otras situaciones que provocan dolor abdominal, como en la isquemia mesentérica, la estrangulación intestinal, la perforación de úlcera péptica, en pacientes alcohólicos y en procesos extraabdominales. La elevación de más de tres veces el límite superior de los niveles normales tiene una sensibilidad de 67-83 % y una especificidad del 85-98 % para el diagnóstico de pancreatitis aguda.
- La lipasa pancreática es sensible y específica para pancreatitis, aunque puede elevarse en otros procesos con la colecistitis.

Gasometría. Esta prueba es útil en procesos que provoquen alteraciones respiratorias y en el equilibrio ácido-base (enfermedades pulmonares, pancreatitis, isquemia mesentérica, cetoacidosis diabética, tóxicos, etc.). Además, es necesaria en todos los procesos de gravedad (sospecha de *shock* o estado séptico).

Test de embarazo. Es obligado en mujeres en edad fértil, ya que la autoevaluación del paciente sobre dicho estado no es fiable. Además, la investigación de gonococos y clamidia puede ser útil ante la sospecha de uretritis, cervicitis y enfermedad pélvica inflamatoria.

Análisis de orina. Debe hacerse en presencia de piuria, proteinuria y hematuria, lo cual sugiere infección de orina, aunque estos hallazgos también pueden presentarse en apendicitis aguda u otros procesos inflamatorios adyacentes a cualquiera de los uréteres. Cabe destacar que muchos enfermos adultos mayores tienen piuria crónica y leve. Asimismo, la hematuria puede estar presente hasta en el 87 % de los sujetos con aneurisma de aorta abdominal, lo que puede llevar a un diagnóstico erróneo de nefrolitiasis.

Pruebas de imagen

La ecografía y la tomografía computarizada (TC) son las más utilizadas y ambas ayudan en la toma de decisiones clínicas, ya que aumenta la certeza diagnóstica. Entre dichas pruebas destacan las que se indican a continuación.

Radiografía simple de abdomen. Poca rentabilidad diagnóstica. El uso indiscriminado de radiografías simples para evaluar el dolor abdominal muestra un rendimiento extremadamente bajo y sólo un pequeño porcentaje refleja alteraciones. Dicha prueba está indicada si se sospecha perforación de víscera hueca, obstrucción intestinal o ingestión de cuerpo extraño. Por otro lado, hay que señalar que el hallazgo radiográfico de una serie curvilínea de pequeñas burbujas de gas (*collar de perlas*) es patognomónico de la obstrucción del intestino delgado (Fig. 4.1-1). Hay que destacar que la radiografía simple de abdomen no es útil si se sospecha apendicitis aguda, pancreatitis, pielonefritis o diverticulitis.

Radiografía de tórax. En bipedestación es útil para investigar causas extraabdominales o la sospecha de neumoperitoneo por perforación intestinal o en una probable causa quirúrgica (Fig. 4.1-2).

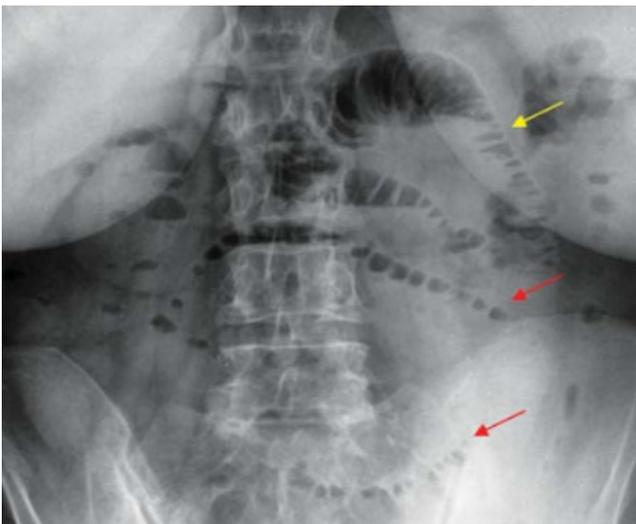


Figura 4.1-1. Hallazgo radiográfico de una serie curvilínea de pequeñas burbujas de gas (patognomónico de la obstrucción del intestino delgado).



Figura 4.1-2. Radiografía de tórax donde se aprecia la imagen típica de un neumoperitoneo con la presencia de aire por debajo de las cúpulas diafragmáticas

Ecografía. El ultrasonido es rápido, puede realizarse a pie de cama y no irradia al paciente *Point of Care Ultrasound* (POCUS).

En la evaluación del paciente inestable con dolor abdominal debe empezarse por el cribado de la presencia de hemorragia seguido de la búsqueda de focos infecciosos. Es la prueba más sensible para el diagnóstico de líquido libre intraabdominal (ascitis, hemorragia, etc.), pero no es apropiada para detectar aire libre por perforación intestinal o hemorragia retroperitoneal.

El protocolo *Focused Abdominal Sonography for Trauma* (FAST) en la valoración del paciente politraumatizado ha sustituido a la punción-lavado peritoneal.

En el paciente estable debe estar dirigido por la historia clínica, la exploración física y los datos epidemiológicos, y se debe dedicar especial atención a la detección de cuadros urgentes.

Dentro de las patologías que pueden detectarse a pie de cama se encuentran: aneurisma de aorta abdominal, ascitis, cálculos renales y biliares, colecistitis aguda, obstrucción y perforación intestinal, abscesos tuboováricos, embarazo ectópico, torsión ovárica, quiste ovárico, abscesos de pared abdominal e intususpección.

Un metaanálisis de 38 estudios reconoce una sensibilidad del 85 % y una especificidad del 90 % en el diagnóstico de apendicitis en adultos.

Tomografía computarizada. Es el estudio de elección en la evaluación del dolor abdominal indiferenciado con criterios de gravedad, isquemia intestinal, hemorragia digestiva baja activa, obstrucción intestinal y traumatismos abdominales, ya que es la prueba más sensible y específica para el diagnóstico de la mayoría de causas de este tipo de dolor. Así, la sensibilidad de la TC abdominal es del 90-99 % y la especificidad, del 91-99 %. También es útil para el estudio de patología aórtica aguda, sangrado retroperitoneal, abscesos en sujeto con cirugía reciente, diverticulitis, apendicitis con ecografía no concluyente y pancreatitis aguda con criterios de gravedad. Además, tiene mayor rentabilidad diagnóstica que la ecografía en ancianos y obesos. Entre los inconvenientes cabe destacar la exposición de los individuos a radiaciones ionizantes y la necesaria preparación del enfermo. A esto hay que sumar que el uso de contraste hace necesario descartar posibles alergias y valorar la función renal por riesgo de nefropatía inducida por el contraste. Existen dos estudios sobre diferencias no significativas en el rendimiento de la TC con y sin contraste, debido a las mejoras en la calidad de las imágenes de las TC actuales. Por su lado, la angio-TC es útil para descartar isquemia mesentérica.

Resonancia magnética. Se usa ante la ausencia de diagnóstico después de usar otras técnicas, especialmente en patología hepática o biliar.

Enema opaco. Puede ser útil en trastornos obstructivos del colon.

Gastroscopia. Se emplea ante la sospecha de patología de esófago, estómago o duodeno, aunque previamente se descarta una perforación.

Colonoscopia. Bajo rendimiento en urgencias por la falta de limpieza del colon. Puede utilizarse en la rectorragia masiva o en situaciones de obstrucción con objetivo terapéutico.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Se utiliza cuando existe sospecha de colangitis por obstrucción de la vía biliar con fines terapéuticos.

Paracentesis. Se realiza con fines diagnósticos (peritonitis bacteriana, hemoperitoneo o perforación) o terapéuticos (ascitis a tensión).

Laparoscopia. Empleada frente a abdomen agudo con criterios de gravedad sin diagnóstico etiológico claro.

TRATAMIENTO

Tras una valoración inicial, una vez evaluada la gravedad del paciente y, si fuera posible, con conocimiento de la etiología, se debe valorar el tratamiento específico del cuadro, la necesidad de derivación para completar estudios y el ingreso.

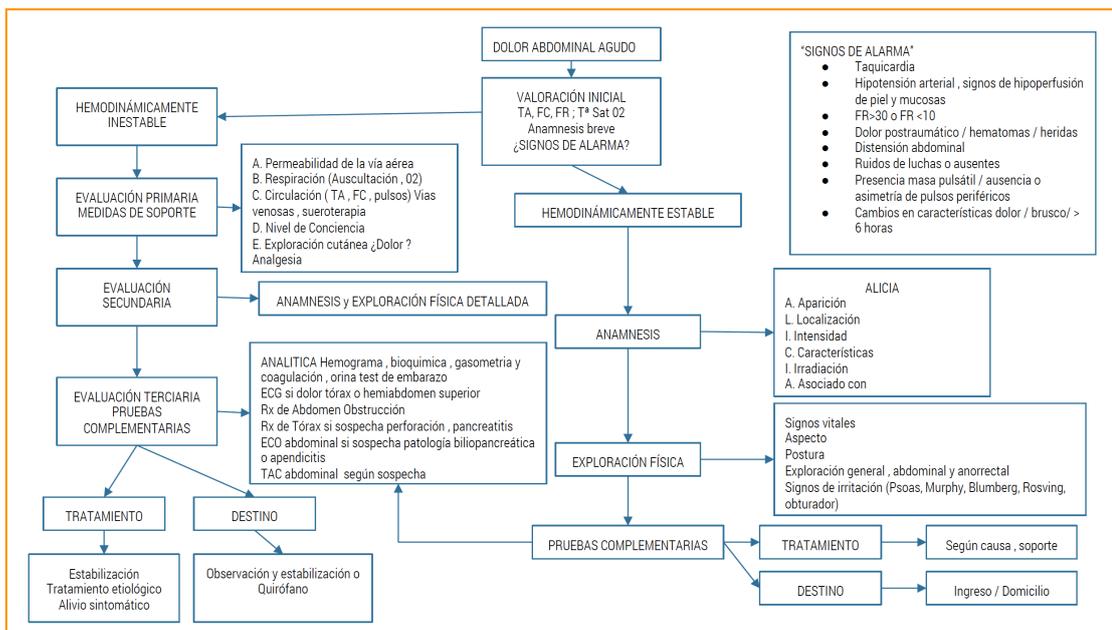
El tratamiento inicial depende de la situación hemodinámica del paciente. Así, en caso de inestabilidad, hay que iniciar un tratamiento de soporte, aunque hay que tener en cuenta la necesidad de expansión con volumen y reposición hidroelectrolítica, la necesidad de transfusión y, ante la sospecha de cuadro séptico, comenzar tratamiento antibiótico empírico.

En el enfoque terapéutico uno de los puntos fundamentales es la necesidad de tratamiento quirúrgico. En la **tabla 4.1-7** se pueden ver los criterios en el caso de que éste sea urgente o diferido.

Tabla 4.1-7. Indicaciones de cirugía urgente y diferida	
Cirugía urgente	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro clínico rápidamente progresivo con neumoperitoneo, peritonitis difusa aguda o inestabilidad clínica incontrolable • Peritonitis localizada por apendicitis, pelviperitonitis, oclusión intestinal o isquemia mesentérica aguda • Diverticulitis aguda con perforación o peritoneo libre, oclusión completa del intestino o complicación supurativa que no responde al drenaje percutáneo
Cirugía de urgencia diferida (< 24)	<ul style="list-style-type: none"> • Colecistitis aguda

Por otro lado, hay que indicar que hace años se creía que la analgesia interfería con la evaluación de los pacientes con dolor abdominal. Sin embargo, múltiples ensayos aleatorios controlados han refutado esta idea y han demostrado que los pacientes que están siendo evaluados por dolor abdominal en el servicio de urgencias deben ser tratados con los analgésicos apropiados. Asimismo, de acuerdo con una revisión sistemática de dichos estudios, los opiáceos pueden alterar el examen físico de los pacientes con dolor abdominal agudo pero no aumentan el número de decisiones de manejo incorrectas.

En la **figura 4.1-3** se pueden ver recomendaciones sobre el manejo diagnóstico-terapéutico del dolor abdominal en urgencias.



ECG: Electrocardiograma. ECO: Ecografía. TAC: tomografía axial computarizada.

Figura 4.1-3. Manejo diagnóstico-terapéutico del dolor abdominal en urgencias.



CONCLUSIONES

- El dolor abdominal agudo es un motivo de consulta muy frecuente y puede estar originado por multitud de procesos intraabdominales o extraabdominales de muy diferente grado de complejidad y gravedad. Para establecer un diagnóstico etiológico y, por tanto, un tratamiento específico hay que basarse en la información obtenida en la anamnesis y la exploración física, aunque tienen gran importancia los antecedentes personales, las características del dolor (ALICIA) y los síntomas asociados. Algunas maniobras exploratorias específicas pueden estar orientadas a descubrir el origen del dolor. Cuando estén presentes son predictivas de ciertas patologías. Asimismo, hay que poner especial atención a la presencia de criterios de gravedad, los cuales alertan de una posible entidad grave.
- En estas circunstancias, las pruebas complementarias aportan información adicional y se establecen de acuerdo con la sospecha diagnóstica. No obstante, sólo algunos parámetros analíticos serán de utilidad en relación con determinadas sospechas diagnósticas. Así, por ejemplo, se establece la ecografía como la prueba de imagen de elección inicial en pacientes inestables, niños y mujeres en edad fértil. Por su lado, la TC es el estudio de elección en la evaluación del dolor abdominal indiferenciado, ya que es la prueba más sensible y específica para el diagnóstico de la mayoría de las causas de este tipo dolor. Sin embargo, no se recomienda realizar radiografía simple de abdomen de forma rutinaria por su escasa rentabilidad diagnóstica.
- Hay que recordar que en el manejo inicial del dolor abdominal agudo, se debe averiguar la presencia o no de signos de gravedad y, en casos de inestabilidad hemodinámica, se tienen que tomar medidas de soporte siguiendo el ABCDE. Paralelamente, y siempre que sea posible, se lleva a cabo una evaluación secundaria con anamnesis, exploración física y terciaria con pruebas complementarias con el fin de establecer un diagnóstico específico.
- En cuanto a los objetivos del tratamiento, éstos serán la estabilización hemodinámica, el tratamiento de la causa y el alivio sintomático, fundamentalmente con analgesia. Con posterioridad, hay que decidir el destino del paciente, sobre todo, si requiere cirugía. En casos de estabilidad hemodinámica, se debe llevar a cabo la misma secuencia y empezar por la evaluación secundaria y permitir, en este caso, mayor minuciosidad.



BIBLIOGRAFÍA

- Aldecoa Landesa S. Los principales problemas de salud. Abdomen agudo. Actualización en Medicina de Familia; 2017. Disponible en: AMF-SEMFYC.com
- Bemelman WA, Kievit J. [Physical examination--rebound tenderness]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:300-3.
- Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. *Am J Surg*. 1976;131:219-23.
- Calder JD, Gajraj H. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *Br J Hosp Med* 1995; 54:129-33.
- Casado V, Cordon F, García G. Manual de exploración física basado en las personas, en el síntoma y en la evidencia. Barcelona: semFYC ediciones; 2020.
- De la Fuente S, Souto Pedrouzo SM, Cabanela López JM, Díaz Otero A. Dolor abdominal agudo. *Fisterra.com*, Atención primaria en la red (sede web). La Coruña: *Fisterra.com*. Actualizada en abril de 2013.
- Del Arco C, Parra Gordo ML, García-Casasola Sánchez G. Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo. *Rev Clin Esp*. 2008;208:481-534.
- Gallagher EJ, Esses D, Lee C, Lahn M, Bijur PE. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Ann Emerg Med*. 2006;48(2):150.

Tema 1: Diagnóstico diferencial del dolor abdominal en urgencias

- Graff L, Radford MJ, Werne C. Probability of appendicitis before and after observation. *Ann Emerg Med* 1991;20:503-7.
- Lee SY, Coughlin B, Wolfe JM, Polino J, Blank FS, Smithline. Prospective comparison of helical CT of the abdomen and pelvis without and with oral contrast in assessing acute abdominal pain in adult Emergency Department patients. *Emerg Radiol.* 2006;12(4):150.
- Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, Menkes ED, Doehring MC. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med* 1998;5:1163-8.
- Martín Saez O, Rodrigo Pacheco Puig R. Dolor abdominal agudo. En: Bibiano Guillén C. *Manual de urgencias*. 3ª edición. España: SANED grupo; 2018. p. 134-8.
- Nagurney JT, Brown DF, Chang Y, Sane S, Wang AC, Weiner JB. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. *J Emerg Med* 2003;25:363-71.
- Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med.* 1996;3(12):1086.
- Payor A, Jois P, Wilson J, Kedar R, Nallamshetty L, Grubb S, Sullivan C, Fowler T. Efficacy of Noncontrast Computed Tomography of the Abdomen and Pelvis for Evaluating Nontraumatic Acute Abdominal Pain in the Emergency Department. *J Emerg Med.* 2015 Dec;49(6):886-92.
- Potts DE, Sahn SA. Abdominal manifestations of pulmonary embolism. *JAMA* 1976;235:2835-37.
- Quaas J, Lanigan M, Newman D, McOsker J, Babayev R, Mason C. Utility of the digital rectal examination in the evaluation of undifferentiated abdominal pain. *Am J Emerg Med.* 2009;27:1125-9.
- Ramoska EA, Sacchetti AD, Nepp M. Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy. *Ann Emerg Med* 1989;18:48-50.
- Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? *JAMA.* 2006;296(14):1764. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein JN, 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(1):18.
- Sivanesaratnam V. The acute abdomen and the obstetrician. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:89-102.
- Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. *Br Med J.* 1972;3:393-8.
- Williams R, Shaw J. Ultrasound scanning in the diagnosis of acute appendicitis in pregnancy. *Emerg Med J.* 2007 May;24(5):359-60.
- Yabunaka K, Katsuda T, Sanada S, Fukutomi T. Sonographic appearance of the normal appendix in adults. *J Ultrasound Med.* 2007 Jan;26(1):37-43; quiz 45-6.
- Yadav D, Agarwal N, Pitchumoni CS. A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(6):1309.