

# Dolor abdominal y cuadro agudo de abdomen

## – Modelos Clínicos –

Dr. Andrés Salom

Profesor Adjunto del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas.  
Ex Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Universidad de la República.  
Montevideo. Uruguay.



**Resumen:** El dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta en los Servicios de Urgencia, siendo el síntoma cardinal del Síndrome de abdomen agudo. Es un síntoma clave, dado que constituye la expresión de una dolencia que debemos diagnosticar y que muchas veces requiere realizar una operación de urgencia.

El médico general que realiza guardias en Emergencia, no solo el emergencista y el cirujano, debe saber interpretar y diagnosticar los diferentes cuadros agudos de abdomen manifestados por este síntoma. Para lograr este objetivo es necesario realizar una correcta y minuciosa semiología, de manera de poder diagnosticar las diferentes patologías médicas y quirúrgicas responsables del dolor.

Los estudios de imagen son un auxiliar diagnóstico que generalmente nos permite en muchas situaciones, confirmar o descartar los diagnósticos planteados. La laparoscopia permite confirmar el diagnóstico en forma precisa y realizar el tratamiento quirúrgico más adecuado con morbilidad menor.

**Palabras clave:** dolor abdominal, cuadro agudo de abdomen, laparoscopia.

**Abstract:** Abdominal pain is one of the most common consult at admission in the Emergency Department being the most important symptom of acute abdomen syndrome. In order to diagnose and manage causes of this symptom, the physician must correctly examine the patient and determine which patient will need a surgical resolution.

It is a mayor challenge, not only to surgeons and emergency department physicians, but also to general doctors. To achieve a correct diagnosis is essential a proper semiology and clinical judgment.

Diagnosis may be confirmed o discarded with radiological studies.

Laparoscopy may confirm the diagnosis with minor morbidity and nowadays it is also the best surgical approach to treat most surgical causes of abdominal pain.

**Key words:** abdominal pain, acute abdomen, laparoscopic.

### Introducción

El dolor abdominal es un *síntoma clave*, dado que constituye la expresión de una dolencia que debemos detectar y diagnosticar y que muchas veces requiere tomar una decisión con respecto a si es o no necesario realizar una operación de urgencia. Constituye por lo tanto un desafío clínico mayor, dado que se debe realizar un diagnóstico acertado en el menor lapso de tiempo posible.

Es una expresión *subjetiva* del paciente, que el médico debe ser capaz de comprender e interpretar.

Las personas varían ampliamente en su sensibilidad al dolor según las capacidades culturales, intelectuales, de

Email: [andressalom@gmail.com](mailto:andressalom@gmail.com)

comunicación, del sistema nervioso y en sus requerimientos de atención médica.

El dolor abdominal generalmente es originado en órganos o estructuras del abdomen y en algunos casos extraabdominales. Es la expresión de una gran variedad de patologías y puede ser producido por injurias o lesiones graves o trastornos banales.

Es el síntoma cardinal del abdomen agudo, siendo común a todas sus etiologías y constituye uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencia.

Se denomina **dolor abdominal agudo** al que tiene corta evolución y una intensidad suficiente que lleva al paciente a la consulta médica. Cuando se prolonga horas o días en general es debido a la existencia de una lesión orgánica

El **dolor abdominal crónico** es el que tiene meses o años de duración. Puede ser constante o intermitente, separado por períodos sin dolor. Su causa puede ser orgánica o funcional. La *dispepsia* y el *intestino irritable* son las etiologías más frecuentes y es el tipo de dolor que genera más consultas en la práctica médica.

El **dolor abdominal crónico funcional** es un dolor crónico o recurrente, generalmente de más de 6 meses de duración, no explicable por una alteración estructural o bioquímica. El estímulo nociceptivo periférico contribuye a la experiencia del dolor, pero factores psicosociales modifican la percepción del mismo así como los requerimientos de atención. Tiene como características:

- no presentar relación con eventos fisiológicos (ingesta, defecación, menstruación),
- no ser fingido,
- generar algún grado de incapacidad para realizar las tareas diarias, involucrar una gran área anatómica,
- no tener irradiaciones típicas, ser fuerte y constante,
- no aliviar con analgésicos ni antiespasmódicos,
- presentar antecedentes de otros episodios de dolor y/u operaciones de comienzo temprano en la vida o enfermedades crónicas y
- episodios de repercusión psíquica como la pérdida de un progenitor, aborto, abuso físico o sexual.

El **Dolor abdominal inespecífico** es una denominación clínica no bien definida, caracterizado por la presencia de un dolor abdominal agudo lo suficientemente intenso como para motivar la consulta del paciente, autolimitado y generalmente no recurrente, en el que el examen físico y la exploración diagnóstica son normales.

### Fisiopatología

Conocer algunos conceptos básicos del mecanismo fisiopatológico del dolor, facilitan el análisis de la semiología y nos permiten ayudar a comprender su forma de expresión en cada paciente.

El dolor abdominal puede ser catalogado en tres tipos diferentes: **visceral**, **somático** y **referido**.

### Dolor visceral

El **dolor visceral** es sordo, generalmente mal localizado y puede ser percibido a distancia del lugar afectado.

Se origina por un estímulo de los receptores a nivel del *peritoneo visceral y parietal posterior, mesenterio, serosa de órganos sólidos y en la mucosa y capas musculares de las vísceras huecas*.

Se produce por un *estímulo mecánico* como ser:

- estiramiento o contracciones musculares intensas de una víscera hueca (ejemplo: cólico hepático o nefrítico),
- por distensión de la cápsula de un órgano macizo,
- por el estiramiento del mesenterio por tracción o torsión como ocurre en los vólvulos y
- por isquemia o inflamación.

Es transmitido por vía simpática por los nervios espláncicos, a las astas dorsales de la médula espinal y luego a los centros nerviosos superiores: neuronas del tálamo y de la formación reticular y de estos centros a la corteza somatosensorial (discriminativa), sistema límbico (componente emocional) y lóbulo frontal (componente evaluativo). Estos componentes explican la diferente reacción de los pacientes frente a una experiencia dolorosa.

Las leyes que lo regulan se conocen como leyes de Stajano y se caracterizan por:

- una primera etapa de localización dolorosa a nivel de la víscera afectada,
- una segunda etapa de irradiación,
- una tercera etapa de propagación a través de los plexos nerviosos de la víscera afectada y
- una cuarta etapa de generalización debida a la transmisión del dolor a otros plexos nerviosos.

### Dolor somático

El **dolor somático** es bien localizado y se correlaciona con el sitio o lugar de origen de la afección, es de inicio brusco, intenso y aumenta con los movimientos. Se origina por estímulos que llegan de la *piel y músculos* de la pared abdominal, *peritoneo parietal anterior y la raíz del mesenterio*. Se transmiten por las fibras somáticas de los nervios espinales que corresponden a los dermatomas D6 a L1 y transportan el estímulo hacia la médula espinal. Luego ascienden con los haces espinotalámicos y llegan a la corteza cerebral discriminativa contralateral.

### Dolor referido

El **dolor referido** es aquel que se percibe en zonas alejadas del órgano afectado. Generalmente es bien localizado y casi siempre aparece cuando el dolor se torna más intenso. Se origina en las estructuras musculares y viscerales, conduciéndose el estímulo por axones somáticos aferentes de la piel, por lo que se proyecta la sensación dolorosa en la piel, no discriminándose el origen del estímulo. Es resultado de la convergencia de neuronas aferentes viscerales con neuronas aferentes somáticas de diferente región anatómica, en la segunda neurona del mismo segmento de la médula espinal.

**“Preocuparse por los problemas del dolor de barriga es un ejercicio tan intelectual como lo es trabajar en el genoma humano”**  
**Hugh Dudley.**

## Semiología

Realizar una meticulosa y cuidadosa semiología del dolor abdominal es capital para poder orientarnos hacia su etiología.

Mediante la anamnesis realizamos la exploración del síntoma dolor, o sea del trastorno subjetivo que éste determina y como se expresa. Es muy importante tener una actitud de atención, observación, interés y preocupación frente al relato del dolor por parte del paciente, lo que permite además establecer un adecuado vínculo.

Se debe pesquisar la *actitud del paciente*: si está tranquilo, inquieto, ansioso, depresivo, hostil o indiferente o muy dolorido, por lo que puede ser necesario en algunos casos administrarle analgésicos, para luego continuar con el interrogatorio.

Debemos realizar un correcto, completo y metódico interrogatorio, para lo cual nos basamos en la conocida sigla: **ATILIEF**, que generalmente contempla todos los aspectos de las características del dolor y permite sistematizarnos en la forma de realizarlo, aunque naturalmente en la práctica debemos adaptarlo a cada paciente<sup>(1)</sup>.

En la realización del **examen físico**, muchas veces la simple observación del paciente, de su posición, nos puede orientar al diagnóstico de su causa. Por ejemplo es típica la *inmovilidad*, la *posición en gatillo de fusil* y el tipo de *respiración torácica, superficial y entrecortada* en las **peritonitis agudas generalizadas**; el desasosiego y los cambios de posición permanente en los cuadros de **cólico nefrítico**; la *posición mahometana* cuando el dolor es de **origen pancreático**.

## Diagnóstico

Pocas situaciones clínicas ponen a prueba la habilidad diagnóstica, los conocimientos y el buen criterio médico como los cuadros de dolor abdominal.

El primer desafío que debe plantearse el médico y el cirujano de urgencia, es si frente a un cuadro de dolor abdominal, se trata de un cuadro agudo de abdomen de *causa médica o quirúrgica*.

El problema mayor es debido a que la mayoría de los textos contienen un largo listado de posibles causas de dolor abdominal, enumerando más de 30 etiologías que van desde la apendicitis aguda, hasta la porfiria aguda<sup>(2)</sup>. (Ver cuadro 1)

La causa más frecuente de dolor abdominal es el **dolor abdominal inespecífico**, en el cual no se encuentra una causa clara. Siempre debe aceptarse este diagnóstico, tras descartar el origen quirúrgico o médico del dolor abdominal.

Según el resultado de encuestas realizadas por la Organización Mundial de Gastroenterología, *el dolor abdominal inespecífico constituye el 45% de las consultas* en los Servicios de Urgencia. No se conoce su causa y se observa con más frecuencia en las mujeres jóvenes.

## Causas de dolor abdominal

### 1. Dolor de origen intraabdominal

- Inflamación del peritoneo parietal**
  - Contaminación bacteriana*: perforación apendicular, diverticular o de víscera hueca, enfermedad inflamatoria pelviana.
  - Irritación química*: úlcera perforada, pancreatitis aguda, folículo roto.
  - Inflamación peritoneal no infecciosa*: LES, fiebre del Mediterráneo familiar
- Obstrucción mecánica de una víscera hueca**
  - Obstrucción del intestino delgado o colon
  - Obstrucción de la vía biliar
  - Obstrucción del uréter
- Trastornos vasculares**
  - Embolia o trombosis
  - Vasculitis de cualquier etiología
  - Oclusión por presión o torsión
  - Anemia de células falciformes
  - Púrpura de Schönlein-Henoch
- Pared abdominal**
  - Tracción del mesenterio
  - Traumatismo o infección de los músculos
- Distensión de las superficies viscerales** (cápsulas hepáticas, renal y esplénica)

### 2. Dolor referido de origen extraabdominal

- Tórax**: esofágicas, pulmonares, cardíacas, pleurales, pericárdicas
- Columna vertebral**: radiculitis, aplastamiento vertebral.
- Genitales**: torsión testicular, ginecológicas.

### 3. Causas metabólicas

- Exógenas**:
  - Picadura de araña (viuda negra)
  - Intoxicación por plomo y otras sustancias
- Endógenas**:
  - Uremia
  - Cetoacidosis diabética
  - Porfiria (porfiria aguda intermitente)
  - Factores alérgicos (déficit de inhibidores de la esterasa C1)
  - Insuficiencia suprarrenal aguda

### 4. Causas neurogénicas

- Orgánicas**:
  - Tabes dorsal
  - Herpes zoster
  - Causalgia y otras
- Funcionales**

Cuadro 1

El dolor suele ceder espontáneamente y ser intermitente, mal localizado y no presenta sensibilidad dolorosa focal, defensa muscular ni dolor a la descompresión. Con maniobras de distracción no se localiza el dolor. Grey y Collin describieron el *signo de los ojos cerrados*, que consiste en que el paciente mantiene sus ojos cerrados en el momento del examen abdominal.

El diagnóstico se realiza por exclusión y en algunas oportunidades luego de realizada una laparoscopia o laparotomía exploradora.

Los pacientes dados de alta con el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico, *tienen una probabilidad más alta de tener un diagnóstico posterior de cáncer abdominal*, por lo que se le debe indicar al paciente la necesidad de consultar y realizarse investigaciones diagnósticas electivas.

La evaluación de los datos del interrogatorio y del examen físico sumado a los estudios complementarios, deben conducirnos a elaborar un presunto diagnóstico positivo, a los efectos de realizar una toma de decisión y un tratamiento adecuado.

En ocasiones no es posible establecer un diagnóstico presuntivo en cuanto a la causa del dolor en el examen inicial. En estos casos es necesaria la observación cuidadosa y la repetición del interrogatorio y el examen físico luego de calmar al paciente. Puede ser conveniente la interconsulta y participación de otros profesionales.

Muchas veces los estudios de imagen nos permiten confirmar la causa del cuadro.

Siempre debemos de observar la evolución, reexaminar al paciente y esperar los estudios complementarios antes de tomar una conducta terapéutica invasiva.

El cirujano puede llegar a indicar una intervención quirúrgica de urgencia o emergencia, aún sin tener un diagnóstico etiológico, basándose en los datos obtenidos y debido a que de la decisión que se tome dependerá la evolución y en algunos casos la vida del paciente, no debiéndose retrasar el diagnóstico de abdomen agudo de causa quirúrgica.

Con un criterio práctico es conveniente tratar de identificar un patrón o modelo clínico específico, para determinar un curso de acción a seguir, frente a un paciente con dolor abdominal como expresión de un *cuadro agudo de abdomen*<sup>(3)</sup>.

### Cinco modelos clínicos

Las múltiples etiologías del abdomen agudo (*Ver cuadro 2*), pueden ser agrupadas en *cinco modelos clínicos* distintos y bien definidos, cada uno de ellos asociado con una opción específica de manejo:

- dolor abdominal y shock,
- peritonitis generalizada,
- peritonitis localizada,
- obstrucción intestinal y
- causas médicas.

## Causas del Síndrome de Abdomen Agudo

### A. Afecciones intraabdominales que requieren una cirugía de urgencia

- Apendicitis aguda**
- Obstrucción intestinal**
- Perforación de víscera hueca**
- Ruptura de embarazo ectópico**
- Torsión de una víscera**
- Torsión del ovario**
- Otras**

### B. Afecciones intraabdominales que habitualmente no requieren una cirugía de urgencia

- Pancreatitis aguda**
- Diverticulitis aguda**
- Enfermedad pélvica inflamatoria**
- Ovulación dolorosa**
- Linfadenitis mesentérica**
- Ileitis regional**
- Otras**

### C. Afecciones que pueden simular un abdomen agudo

- Torácicas:**
  - Neumonía aguda
  - Infarto pulmonar
  - Pleuresía diafragmática y derrame pleural
  - Neumotórax espontáneo
  - Mediastinitis aguda
  - Otras
- Cardiovasculares:**
  - IAM
  - Angina inestable
  - Angor mesentérico
  - Embolias esplénicas y renales
  - Pericarditis aguda y derrame pericárdico
  - Hígado congestivo
  - Aneurisma disecante
  - Otras

### D. Enfermedades generales

- Uremia**
- Cetoacidosis diabética**
- Crisis gástrica tabética**
- Porfiria aguda intermitente**
- Insuficiencia suprarrenal aguda**
- Aracnoidismo (viuda negra)**
- Intoxicación por plomo y otras**
- Púrpura de Schönlein-Henoch**
- Otras**

### E. Dolor abdominal inespecífico

Cuadro 2

### Dolor abdominal y shock

El cuadro de *dolor abdominal y shock* es el más dramático y menos frecuente de los cuadros agudos de abdomen. Las dos etiologías más frecuentes son la *ruptura de un aneurisma* de aorta abdominal y el *embarazo ectópico* con hemoperitoneo grave.

El paciente tiene intenso dolor abdominal, un cuadro de insuficiencia circulatoria periférica con hipotensión y palidez cutáneo y mucosa intensa por anemia aguda. El tratamiento indicado es la reposición y cirugía de emergencia.

### Peritonitis generalizada

El cuadro de *peritonitis generalizada* consiste en la presencia de un dolor abdominal difuso y severo en un paciente con fiebre y elementos tóxicos. El paciente se encuentra inmóvil con signos de irritación peritoneal difusa. Las causas más frecuentes son la *apendicitis aguda* perforada, la *úlcera péptica* perforada y una *perforación colónica*.

El modelo de acción implica una adecuada preparación preoperatoria, inicio de la antibioticoterapia y cirugía de urgencia. La única excepción importante que debe tenerse en cuenta es la pancreatitis aguda dada la necesidad de adoptar una conducta de tratamiento médico, no quirúrgica.

### Peritonitis localizada

El cuadro de *peritonitis localizada* es cuando el paciente limita los signos y el dolor abdominal a un cuadrante del abdomen. En el cuadrante inferior derecho (fosa iliaca derecha) la causa más común es la *apendicitis aguda*, en el cuadrante superior derecho (hipocondrio derecho), la *colecistitis aguda* y en los cuadrantes inferiores izquierdos (fosa iliaca y flanco izquierdo), las complicaciones de la *enfermedad diverticular colónica* (diverticulitis, abscesos).

### Oclusión intestinal

En el cuadro clínico de *oclusión intestinal* el dolor es cólico en los cuadros de obstrucción del intestino delgado

y colon. Generalmente se acompaña de vómitos, distensión abdominal y detención del tránsito para materias y gases de más de 24 horas de evolución. El problema más importante en la obstrucción intestinal es determinar el diagnóstico etiológico y definir la necesidad y oportunidad del tratamiento quirúrgico.

Las causas más frecuentes de oclusión intestinal de intestino delgado son la presencia de *adherencias*, *vólvulos sobre bridas* y menos frecuentemente tumores o cuerpos extraños como bezoares o litiasis (íleo biliar).

Las causas más frecuentes de obstrucción colónica son los *tumores malignos de colon* y en segundo lugar *vólvulos* y complicaciones de la enfermedad diverticular colónica.

### Causas médicas de dolor abdominal

Dentro de las *causas médicas de dolor abdominal* más frecuentes y que se deben tener presentes son el *infarto agudo de miocardio* de cara inferior, la *cetoacidosis diabética*, la *porfiria* y las *neumonías* de base pulmonar.

## Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios están destinados a confirmar el diagnóstico de origen del dolor y causa que lo determina, valorar la repercusión del cuadro y valoración general del paciente con vistas al tratamiento.

Una vez que descartamos con la valoración clínica los cuadros que requieren una cirugía de emergencia se solicitan los exámenes pertinentes, orientados por la semiología.

Podemos dividirlos en: estudios *bioquímicos* en sangre, estudios de *imagen* y estudios *invasivos*.

## Estudios bioquímicos en sangre

### Hemograma

- **Serie roja:** la hemoglobina, los glóbulos rojos y el hematocrito nos pueden confirmar la presencia de una anemia, como expresión de un cuadro de sangrado intraperitoneal o externo. Debemos tener en cuenta



**La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud**

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Contactenos:  
www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com



que los valores pueden estar alterados por hemoconcentración por deshidratación o hipovolemia.

- **Serie blanca:** La leucocitosis elevada es un indicador inespecífico de infección. En general se observa en estos casos un porcentaje mayor de las formas inmaduras (desviación a la izquierda). Pueden observarse leucopenias como signos de infección en ancianos o en pacientes inmunodeprimidos, siendo este un factor de mal pronóstico.

### **Ionograma**

Los electrolitos séricos pueden estar alterados (hipopotemia, hiponatremia) como consecuencia de los vómitos, diarrea o deshidratación.

### **Función renal**

La azoemia puede estar elevada por deshidratación con o sin elevación de la creatinemia y asociarse a una insuficiencia renal, de causa prerrenal.

### **Examen de orina**

A menudo nos proporciona muchos datos de valor para el diagnóstico, como ser:

- *piocituria* (en procesos infecciosos del tracto urinario),
- *hematuria* (por ejemplo en los cólicos nefríticos),
- *cilindros* (en cuadros de pielonefritis, glomerulonefritis o por lesión renal),
- *glucosuria* (como expresión de una cetoacidosis diabética),
- *pigmentos biliares* (en los cuadros de colangitis, hepatitis),
- *proteínas y cetonas* (en enfermedades renales crónicas).

### **Funcional hepático**

Se observa: bilirrubina aumentada a expensas de la directa, aumento de GGT y FA en los cuadros obstrucción biliar, TGP y TGO en las hepatitis.

### **Amilasemia**

Puede aumentar en muchos procesos pero se eleva en forma más importante en los cuadros de pancreatitis aguda, aunque su valor normal no la excluye.

Es muy importante en los cuadros agudos de abdomen de origen biliar valorar mediante su determinación, el grado de repercusión y participación pancreática, por las implicancias terapéuticas que esto puede tener.

### **Test de embarazo**

La determinación de la gonadotropina coriónica, nos permite confirmar o excluir la presencia de un embarazo con un sensibilidad de un 99%. Tiene valor cuando sospechamos la presencia de complicaciones del embarazo, como es el embarazo ectópico.

## **Estudios de imagen**

### **Radiología (Rx)**

- La **Rx de tórax** nos permite poner en evidencia la presencia de un proceso pleuropulmonar agudo (neumonía o derrame), la existencia de un neumoperitoneo (presencia de aire subdiafragmática). Además sirve como elemento de evaluación cardiovascular y mediastinal.
- La **Rx de abdomen** nos permite visualizar la distribución de los gases y valorar la presencia de niveles hiroaéreos en los cuadros de oclusión intestinal, engrosamientos de la pared intestinal por edema, neumoperitoneo, opacidades por la presencia de líquido intraperitoneal o tumoraciones, borramiento de los bordes del músculo psoas y el riñón por edema o colecciones.

El diagnóstico de *oclusión intestinal* es clínico radiológico por lo que es imprescindible contar con este estudio. Nos permite determinar: altura de la oclusión o topografía, tipo mecánico (gases en continuidad) o funcional (gases en contigüidad), localizada o generalizada, presencia de vólvulos (asa volvulada), en colon si es abierta o cerrada (con válvula ileocecal continente o no).

### **Ecografía abdominal (ECO)**

Tiene como gran ventaja que es un estudio no invasivo, de fácil realización y bajo costo. Su sensibilidad y especificidad dependen de la experiencia del técnico que lo realiza dado que se basa en la interpretación de imágenes.

Tiene un alto valor diagnóstico frente a un dolor abdominal en el que sospechamos que la causa es una *patología hepatoiliar*, siendo imprescindible su realización para confirmar o descartar el diagnóstico. Constituye un complemento de la clínica y hoy el diagnóstico de los cuadros de origen hepatoiliar es clínico ecográfico.

Nos permite confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda y generalmente su causa, al observarse una vesícula biliar distendida, de paredes engrosadas con edema, con litiasis en su interior y fija a nivel del bacinete. Además nos permite valorar la presencia de una dilatación de la vía biliar principal como elemento de obstrucción biliar (en cuadros colangíticos), litiasis en su interior, el parénquima hepático (imágenes quísticas o tumores) y el páncreas.

En los cuadros de *pancreatitis* puede observarse un aumento del tamaño de la glándula, edema, líquido peripancreático, colecciones y tumoraciones quísticas (seudoquistes).

En los cuadros sospechosos de *apendicitis aguda* pueden observarse signos directos como ser la presencia de un apéndice aumentado de tamaño y engrosado, líquido y colecciones (abscesos).

En los cuadros dolorosos pelvianos en la mujer nos permite valorar la presencia de *patología ginecológica* (quistes y abscesos de ovario y trompas, embarazo ectópico, miomas uterinos, etc).

Se le puede asociar el efecto doppler para confirmar o descartar el diagnóstico de *aneurisma de aorta* en sufrimiento, con rotura en el retroperitoneo. Este diagnóstico es relevante poderlo realizar con este método, dado que estos pacientes necesitan de un tratamiento quirúrgico de emergencia, con mínimos traslados y pérdida de tiempo. Algunas veces estos pacientes pueden fallecer al realizarse una TAC, debido al mayor tiempo y movilización que se requiere para su realización.

### **Tomografía computada (TC)**

La TC abdominopélvica es un estudio de gran valor y muy importante para diagnosticar el origen del dolor en los cuadros agudos de abdomen, en muchos casos.

Las estructuras intraabdominales se visualizan directamente sin alteraciones por la interposición de gases, a diferencia de lo que ocurre con la ECO y se puede valorar el compartimento retroperitoneal.

El estudio tiene un rendimiento óptimo cuando se puede utilizar contraste por vía intravenosa y oral.

Puede valorarse: la presencia de líquido libre intraabdominal, presencia de colecciones, neumoperitoneo, distensión intestinal con niveles en intestino delgado y colon, presencia de tumoraciones, obliteración y alteración de los planos adiposos normales cuando hay procesos inflamatorios, edema mesentérico, presencia de cuerpos extraños, se puede visualizar el apéndice cecal alterado en muchos cuadros de apendicitis, engrosamientos del colon en cuadros de diverticulitis, etc.

### **Electrocardiograma (ECG)**

La presencia de un dolor en el abdomen superior puede ser debida a un infarto agudo de miocardio (IAM). Debe tenerse en cuenta que en algunos casos las manifestaciones electrocardiográficas son tardías, por lo que deben completarse los estudios de valoración con la solicitud de enzimas cardíacas (*troponina*).

## **Estudios invasivos -Estudios endoscópicos-**

### **Videosofagogastroscofia (VGC)**

Es un procedimiento invasivo que se puede realizar sin trasladar y utilizando anestesia local en la mayoría de los pacientes. Nos permite valorar la mucosa del esófago, estómago y generalmente hasta la segunda porción del duodeno.

Se solicita de urgencia cuando el paciente por ejemplo presenta un dolor abdominal vinculado a una probable ingestión de un cuerpo extraño o frente a los síntomas agudos de un síndrome ulceroso que no ceden con el tratamiento médico. La indicación más frecuente de este estudio es en los cuadros de *hemorragia digestiva alta*.

### **Videocolonoscofia (VCC)**

Es un estudio invasivo que requiere para su realización la preparación previa del paciente para limpiar el intestino

de materias. Puede ser indicado en la urgencia frente a un cuadro de dolor abdominal, en el que planteamos la presencia de un *vólvulo de colon*. La realización de una devolvulación endoscópica muchas veces nos permite solucionar la urgencia desobstruyendo el intestino y diferir el tratamiento quirúrgico definitivo para una cirugía de elección.

Cuando planteamos que la causa del dolor es una enfermedad diverticular colónica complicada con una diverticulitis, está contraindicado realizar este estudio por el mayor riesgo de perforación colónica.

Cuando la causa del dolor es un cuadro de oclusión intestinal por un tumor maligno de colon, si la oclusión es completa no se indica este estudio porque es difícil de realizar, generalmente no aporta información valiosa y el paciente debe ser operado. En los cuadros subocclusivos, si el paciente mejora, se suele diferir el tratamiento quirúrgico y se puede indicar la realización de la FCC para confirmar el diagnóstico de cáncer de colon, realizar tomas biopsias y valorar la presencia de otras lesiones.

### **Laparoscopia**

La realización de la laparoscopia en los pacientes con dolor abdominal, ha sido *una técnica diagnóstica y muchas veces terapéutica, revolucionaria y de enorme valor, que ha cambiado y mejorado en forma notoria el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con un cuadro agudo de abdomen*.

Este procedimiento mínimamente invasivo permite explorar directamente las estructuras intraabdominales y la cavidad peritoneal, mediante una mínima agresión de la pared abdominal, por lo que prácticamente ha sustituido a la laparotomía exploradora practicada durante muchos años.

La laparoscopia ha pasado a tener no sólo un rol diagnóstico, sino terapéutico en la mayoría de los cuadros.

Si bien puede ser realizado con anestesia local o epidural en casos muy seleccionados, el mayor rendimiento de este procedimiento se obtiene cuando es realizado con anestesia general. Es realizado por el cirujano, quien explora la cavidad abdominal en forma activa, mediante la utilización generalmente de 3 puertos.

Las pocas contraindicaciones de su realización son:

- la inestabilidad hemodinámica en pacientes muy graves o con insuficiencia cardíaca o respiratoria avanzada, por intolerancia al neumoperitoneo;
- pacientes multioperados con numerosas incisiones,
- en los cuadros evolucionados de oclusión intestinal por el riesgo de lesión visceral en el abordaje por el emplazamiento de los trócares.

Las indicaciones más frecuentes de la laparoscopia son:

- Cuadros agudos de abdomen de origen apendicular: nos permite confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda y realizar la *apendicectomía laparoscópica* en la mayoría de las situaciones<sup>(4,5)</sup>.

- Cuadros agudos de abdomen con dolor pelviano en la mujer joven: se confirma el diagnóstico causal y pueden ser tratadas la mayor parte de las patologías de origen genital.
- Cuadros de peritonitis aguda: nos permiten confirmar su causa, tratar en gran parte de los casos su etiología y realizar una correcta limpieza de la cavidad peritoneal<sup>(6)</sup>.
- Cuadros agudos de abdomen de causa biliar: colecistitis aguda. La realización de la *colecistectomía laparoscópica* es de elección<sup>(7)</sup>.
- Otros cuadros agudos de abdomen: como ser la presencia de una *úlcera perforada*, complicaciones de la enfermedad diverticular (*Hinchey III*).
- Cuadros de oclusión intestinal de delgado por bridas. Muchas veces es posible su resolución por laparoscopia, realizándose la *adhesiolisis*.

El tratamiento por laparoscopia tiene como principales ventajas la posibilidad de confirmar el diagnóstico en forma precisa y la menor morbilidad parietal al tratarse de incisiones mínimas en la pared abdominal producidas por el emplazamiento de los puertos mediante disociación de los planos músculofasciales.

Esto trae como consecuencias un menor dolor postoperatorio, una recuperación más rápida de los pacientes, un alta precoz, un reintegro laboral más rápido y prácticamente se suprimen las complicaciones de las heridas (infección, hematomas, seromas, eventraciones).

## Conclusiones

Como conclusión podemos decir que el dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuente en todos los servicios de urgencia.

El médico general que realiza guardias en emergencia, debe conocer y saber interpretar y diagnosticar los diferentes cuadros agudos de abdomen manifestados por este síntoma.

Para lograr este objetivo es necesario realizar una correcta y minuciosa semiología, de manera de poder diagnosticar las diferentes patologías médicas y quirúrgicas responsables del dolor.

Es importante poder definir aquellos cuadros de causa quirúrgica que requieren un tratamiento por cirugía de urgencia o emergencia.

Los estudios de imagen son un auxiliar diagnóstico que generalmente nos permite confirmar o descartar los diagnósticos planteados.

Actualmente la laparoscopia es un procedimiento invasivo que nos permite confirmar el diagnóstico en forma precisa y realizar el tratamiento quirúrgico más adecuado en muchas situaciones y con menor morbilidad.

**Recibido:** 19/11/15  
**Aprobado:** 10/04/16

## Bibliografía

1. Iade B. Dolor abdominal. En: Semiología Gastroenterológica. Zeballos, Cohen, Taillard. Ed Oficina del Libro, Montevideo 2001. Cap 2: 31-61.
2. Balza Moreno JD. Abdomen agudo de causa médica. En: Cirugía de Urgencia. Perera, García. 2da Ed Panamericana, Argentina 2010. Cap 35:467-76.
3. Mosche Schein. Abdomen agudo. En: Cirugía Abdominal de Urgencia. Ed: Mediterraneo, Chile 2001. Cap 2: 9-16.
4. Salom A. Valor diagnóstico y terapéutico de la laparoscopia y la videocirugía en la apendicitis aguda. Cir Uruguay 2002; 72(2):124-36.
5. Salom A, Perini MJ, Cubas S. Apendicectomía laparoscópica, nuestra experiencia. Rev Latinoam Cir 2014; 4(2):70-3.
6. Salom A, Viola M. Papel de la cirugía videoasistida en el tratamiento de la peritonitis aguda. En: Peritonitis Aguda, Celso Silva. Oficina del Libro, Montevideo, Uruguay, 2010. Capítulo 18:295-334.
7. Salom A. Tratamiento de la colecistitis aguda por cirugía laparoscópica. Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de mayo de 2010 (en prensa).