

Capítulo 5

Abdomen agudo

María Clara Mendoza Arango

Cirujana General Facultad de Medicina,
Universidad de Antioquia, jefe de Urgencias
Hospital San Vicente Fundación.

Cristian Mauricio Sierra Ramírez

Residente de Cirugía General, Facultad
de Medicina, Universidad de Antioquia

David Alejandro Pabón Mir

Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad de Antioquia

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Introducción

Las diversas presentaciones del dolor abdominal son el motivo de aproximadamente el 1,5 % de las consultas externas y hasta el 10 % de las consultas por urgencias. El enfoque del médico con relación al dolor abdominal es crítico para asegurar el mejor desenlace para el paciente; la decisión de solicitar ayudas diagnósticas de laboratorio o imágenes, considerar necesario el apoyo de un especialista en cirugía general o hasta remitir el paciente a otro nivel de atención debe ser tomada en forma oportuna con el fin de evitar complicaciones que pueden llevar al traste con la vida del paciente.

La frecuencia de presentación, así como los riesgos de la patología ameritan que se revise este tema en forma específica.

Definición

El “abdomen agudo” se define como un síndrome donde el síntoma cardinal es el dolor abdominal que se presenta con un curso clínico de instalación rápida o la agudización súbita de una molestia crónica (de 6 a 24 horas). Se requiere un diagnóstico temprano para asegurar el tratamiento oportuno con el fin de evitar una catástrofe abdominal; debe recalcarse que no todo abdomen agudo es equivalente a cirugía urgente, no obstante, en todo diagnóstico de abdomen agudo se debe considerar que existe la necesidad de descartar tempranamente que el manejo sea quirúrgico.

Herramientas diagnósticas

El diagnóstico de impresión debe soportarse siempre en las herramientas que todos los clínicos tienen a su disposición, como la historia clínica y el examen físico, asociadas a la capacidad de interpretar sus hallazgos de acuerdo con el conocimiento y la experiencia propias. Nunca pierde vigencia el reconocido “ojo clínico”.

Consideraciones embriológicas, anatómicas y fisiopatológicas

La localización del dolor puede facilitar la sospecha diagnóstica del origen de la patología debido a que dentro del desarrollo embrionario de los órganos intraabdominales se conoce que el estómago, hasta la segunda porción del duodeno, el hígado y la vía biliar, el páncreas y el bazo se derivan del

intestino anterior y generan dolor en hipocondrio y epigastrio; el intestino desde la tercera porción del duodeno hasta los dos tercios proximales del colon transversal se derivan del intestino medio y se presenta dolor periumbilical o en flancos; y el colon transversal restante hasta el reborde anal se derivan del intestino posterior con dolor que se presenta suprapúbico o en fosas ilíacas.

El peritoneo es un órgano que se compone de dos capas, una cubre las vísceras y otra la pared abdominal, su desarrollo embriológico no es el mismo y por ello su inervación es independiente.

El peritoneo visceral está inervado por el sistema nervioso autónomo en forma bilateral y por eso su representación se localiza en la línea media. El dolor visceral es difuso, mal localizado y profundo. Está descrito que el paciente lo señala utilizando la palma de la mano. Se presenta cuando hay inflamación, isquemia, distensión, compresión o tracción de las vísceras.

El peritoneo parietal está inervado por el sistema nervioso somático que se localiza en la pared abdominal, generalmente es unilateral y por lo mismo se refleja en un cuadrante específico del abdomen. El dolor parietal se presenta por irritación del peritoneo generalmente por proceso inflamatorio (úlceras pépticas perforadas, apendicitis o por el estímulo directo de lesión a la pared abdominal), en estos casos el paciente señala el sitio del dolor con un dedo. Se presenta en peritonitis y con frecuencia su manejo es quirúrgico.

También se debe identificar que en abdomen agudo se puede presentar dolor referido, este es el resultado de que las vías nerviosas centrales de la médula espinal de los nervios somáticos y viscerales son comunes. Un ejemplo es el dolor en el hombro izquierdo como consecuencia de patología biliar o de la congestión hepática.

Anamnesis

De la historia clínica son de gran importancia la descripción del inicio y la duración del dolor. El dolor súbito se asocia con frecuencia a la perforación de una víscera o a otras patologías graves como el infarto agudo al miocardio y la isquemia mesentérica. El dolor de inicio rápido con intensificación puede ser tipo cólico (litiasis vesicular, litiasis ureteral y obstrucción intestinal), asociado a procesos inflamatorios

como apendicitis, pancreatitis o diverticulitis, o isquemia intestinal (vólvulo, isquemia mesentérica o hernia con obstrucción). El dolor de inicio gradual que empeora a lo largo de las horas puede presentarse en procesos inflamatorios (apendicitis, colecistitis), en obstrucción intestinal o retención urinaria, obstrucción mecánica por lesiones tumorales o ginecológicas.

También debe caracterizarse el dolor ya que de las características se pueden inferir patologías específicas, es importante cuantificar el dolor con la Escala Visual Análoga (EVA) para poder hacer seguimiento objetivo. El dolor tipo cólico que mejora o disminuye en intervalos se asocia con un incremento de la motilidad de la musculatura lisa (obstrucción intestinal) y el dolor persistente que se intensifica se asocia a procesos inflamatorios.

Debe describirse claramente la localización del dolor con una topografía abdominal de uso universal, sea la división del abdomen en cuadrantes o en nueve regiones. La presencia de dolor referido y su localización también puede permitir hacer asociaciones fisiopatológicas que permitan inferir un diagnóstico, son ejemplos el dolor referido a la espalda en patología litiásica ureteral o complicaciones mayores de patología de grandes vasos (aneurisma aórtico roto o disección aórtica).

Hay algunas intervenciones menores que modifican el dolor, identificarlas puede ser de gran ayuda para el diagnóstico. Los pacientes con peritonitis mejoran con la quietud a diferencia de los pacientes con obstrucción ureteral quienes parecieran no poder quedarse quietos. Los pacientes con cuadros obstructivos del tracto digestivo pueden mejorar en forma transitoria con la descompresión que se genera con el vómito.

Hay otros síntomas asociados al dolor que deben interrogarse como el vómito, la diarrea, la fiebre y la anorexia. Tan importantes son que algunos se encuentran dentro de las escalas de valoración de riesgo para algunos diagnósticos.

En mujeres no se debe olvidar la historia menstrual y considerar que algunas patologías son más probables en el inicio, intermedio o final del ciclo.

El uso de algunos medicamentos podría modificar la presentación de las patologías en curso, los AINES se asocian a enfermedad ulcerosa, los esteroides y otros

inmunomoduladores hacen más difícil la evaluación de la semiología abdominal, y el uso de antibióticos puede enmascarar la presentación de cuadros inflamatorios que generen una falsa sensación de seguridad con retraso en la intervención quirúrgica de ser necesaria.

Existe controversia con el uso de analgésicos en los pacientes con dolor abdominal que aún no tienen diagnóstico claro; es una costumbre de algunas escuelas proscribir la aplicación de cualquier analgésico hasta que el paciente sea evaluado por el especialista en cirugía general. Nuestra recomendación es usar analgésicos sin limitación o temor a alterar la presentación del cuadro apoyados en la evidencia de la literatura que es concluyente en que no se enmascara el cuadro, ni se retrasa el diagnóstico de origen del dolor abdominal ni con el uso de opiáceos potentes con evidente efecto sobre la comodidad del paciente.

Se debe reconocer patologías no abdominales que se presentan con dolor abdominal, algunas metabólicas (cetoacidosis diabética, crisis de porfiria y otros), otras infecciosas como la infección por SARS-CoV-2 con neumonía basal o que podría debutar con un cuadro similar al abdomen agudo, o enfermedad cardíaca de tipo isquémico como síndrome coronario o falla cardíaca. Son otros antecedentes que pueden modificar el abordaje y de gran importancia las cirugías abdominales previas, tanto abiertas como laparoscópicas, en estos pacientes se debe sospechar la presencia de adherencias peritoneales y pueden presentar obstrucción intestinal con o sin isquemia. No olvidar que el antecedente de abdominoplastia modifica la expresión del dolor en la pared y que las plicaturas musculares pueden evitar que se presente distensión abdominal.

Examen físico

El examen físico en dolor abdominal se inicia desde la valoración del estado general, puede ser diagnóstico el movimiento lento del paciente en casos de peritonitis. En pacientes con pancreatitis se puede encontrar al paciente en genuflexión tratando de liberar la presión del espacio retroperitoneal con lo que disminuye la intensidad del dolor. Los pacientes con sepsis se pueden ver aletargados y con alteración del estado de consciencia.

Identificar alteraciones de los signos vitales como taquicardia o hipotensión puede hacer sospechar hipovolemia o sepsis,

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

inmediatamente se identifique se debe proceder a reanimación hídrica. La presencia de fiebre alta hace sospechar abscesos, colangitis o neumonía.

La evaluación del abdomen debe realizarse en un espacio privado y cómodo para el paciente. Se debe favorecer cubrir áreas que no se están evaluando para evitar el enfriamiento y proteger el pudor del paciente. Se debe identificar cicatrices, masas, distensión, protuberancias o cambios de temperatura y color de la pared abdominal.

No debemos olvidar que la auscultación y la percusión también son herramientas con valor diagnóstico en el examen abdominal, se puede escuchar silencio abdominal en íleo o lucha peristáltica en obstrucción intestinal.

Con la percusión se pueden identificar asas intestinales con distensión al evidenciar timpanismo y con la percusión también se puede documentar irritación peritoneal o delimitar zonas de hipersensibilidad.

Para la palpación abdominal se recomienda ubicarse el lado derecho del paciente, no olvidar la higienización de las manos y ubicar al paciente en decúbito supino, si no tolera por dolor se puede evaluar con las piernas en flexión de rodillas lo que libera tensión y facilita el control del dolor.

Son recomendaciones generales controlar la temperatura y humedad de las manos para no incomodar al paciente. Iniciar la palpación siempre en la zona más alejada del dolor. Descubrir el abdomen en su totalidad, desde los rebordes costales hasta la zona inguinal, para no olvidar hernias inguinales y femorales. Identificar los cambios de la contracción en los músculos abdominales que pretende controlar el dolor, puede ser voluntaria y se puede vencer con distracción, o involuntario como reflejo muy específico en peritonitis. El rebote es un hallazgo muy buscado, pero no es el signo más específico en peritonitis.

La exploración de orificios naturales en dolor abdominal puede ser diagnóstica. Aunque es incómodo el tacto vaginal puede hacer diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria o masas ováricas. Aunque se propone la realización de tacto rectal en forma rutinaria, no parece absolutamente necesario, pero será pertinente siempre en los casos de obstrucción intestinal, y es útil en el diagnóstico de apendicitis con el hallazgo de dolor a la movilización del recto hacia la derecha y en ocasiones con sensación de masa.

Se recomienda la búsqueda de signos de irritación específica que se asocian a diferentes patologías: Signo de Murphy en colecistitis, McBurney y Rovsing en apendicitis, más importante que describir signos con epónimos conocidos u otros no tanto, es más claro describir cómo se hace la evaluación del signo y cuál fue el resultado de las maniobras realizadas para evitar inconsistencias en la interpretación.

Una estrategia que puede apoyar al diagnóstico es la evaluación por pares, solicitar concepto a otros médicos del servicio puede facilitar el enfoque diagnóstico además de disminuir el riesgo de no identificar una patología crítica.

En el estudio del abdomen agudo, cuando no se tiene diagnóstico claro, también se puede hacer uso de la observación como herramienta diagnóstica, la reevaluación sistemática y estructurada de la evolución del cuadro clínico puede ayudar a emitir un diagnóstico de impresión o tomar una decisión de remitir o no a un paciente de acuerdo con los cambios del examen.

Ayudas diagnósticas

Se espera que luego de una anamnesis completa y una exploración abdominal juiciosa se tenga un diagnóstico de impresión en más del 80 % de los casos. Se continuará con el estudio del caso con estudios complementarios que pueden ser de imágenes, de laboratorio y el concepto de especialistas como cirujanos generales, médicos internistas, gineco obstetras o urólogos de acuerdo con los hallazgos.

Exámenes de laboratorio

De acuerdo con las posibilidades diagnósticas se ordenarán estudios de laboratorio pertinentes que aporten al diagnóstico o seguimiento.

No se recomienda realizar exámenes de rutina, el seguimiento de laboratorios de inflamación (hemograma, velocidad de sedimentación y proteína C reactiva cuantitativa) puede cambiar el manejo en sospecha de patología quirúrgica no confirmada. **Tabla 1.**

Exámenes complementarios según la sospecha diagnóstica:

Sepsis:

- Hemograma completo, PCR.

Pancreatitis:

- Amilasa o lipasa, gases arteriales.

Hipoperfusión:

- LDH, lactato, gases arteriales.

Mujeres en edad fértil:

- BHCG

Obstrucción intestinal:

- Creatinina, electrolitos.

Tabla 1. Exámenes complementarios recomendados en abdomen agudo (Adaptado de *Sabiston, Textbook of Surgery, 2021*).

Estudios de imágenes

El enfoque de ordenamiento de estudios de imágenes debe ser escalonado de acuerdo con su disponibilidad, no se debe desconocer el riesgo que implica la realización de algunos estudios por la exposición acumulada a la radiación o al contraste.

La radiografía simple está disponible en la mayoría de los centros de atención básica en salud y aunque subvalorada tiene gran utilidad para el enfoque general de toma de decisiones. En los rayos X de tórax vertical se puede observar neumoperitoneo que confirma diagnóstico de perforación de víscera hueca. En la radiografía de abdomen se puede identificar la pérdida de las líneas preperitoneales y del psoas cuando hay líquido libre (peritonitis), se pueden identificar niveles cuando hay obstrucción intestinal (se recomienda par radiológico [dos proyecciones de la misma región]), se puede documentar ausencia de gas distal que confirma obstrucción intestinal, y se puede identificar el asa centinela definida como una burbuja de aire por íleo en el área anatómica del órgano inflamado descrita en pancreatitis y apendicitis.

La ecografía tiene indicación en algunas patologías como la biliar o el absceso hepático, puede tener limitada capacidad diagnóstica en patología de víscera hueca y además depende de las habilidades del especialista en radiología y la colaboración del paciente; la presencia de distensión o el dolor pueden condicionar a que el estudio no sea completo.

Cada vez se encuentra mayor implementación de la ecografía de urgencias o ecografía por no radiólogo como una oportunidad de ofrecer mayor capacidad resolutive a la cabecera del paciente en condiciones críticas. En abdomen agudo se aplica un protocolo conocido como *Point Of Care Ultra Sound (POCUS)*, que es similar al *Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST)* utilizado en trauma, con un enfoque que será muy útil para descartar patología vascular mayor como aneurisma de aorta con complicaciones u otras patologías inflamatorias además de peritonitis. POCUS es un examen dirigido que se realiza e interpreta a la cabecera del paciente y responde a una pregunta clínica específica.

La tomografía es el estudio con mayor capacidad diagnóstica en abdomen agudo, la radiación a la que se exponen los pacientes ha disminuido y se realiza con equipos multidetectores en una fracción del tiempo que se requería anteriormente. No se debe realizar tomografía en pacientes donde se tiene claridad del diagnóstico clínico, no solo para ser racionales en el uso de los recursos sino para evitar exponer al paciente a riesgos sin que el resultado del estudio modifique el manejo.

Poblaciones especiales

Existen varios grupos de pacientes en los cuales la anamnesis y el examen físico pueden estar limitados: embarazadas, ancianos, obesos, población infantil e inmunocomprometidos. La calidad de la información emitida por estos pacientes, así como las variaciones en la expresión del dolor debidas a los cambios fisiológicos o al uso de medicamentos, llevan a recomendar la realización de imágenes diagnósticas. En estos pacientes el riesgo de no identificar una complicación supera las posibles complicaciones o riesgos de la tomografía abdominal y el contraste intravenoso.

Enfoque diagnóstico y terapéutico

De manera concurrente se ordenan los estudios pertinentes de acuerdo con la impresión diagnóstica de trabajo, se reanima al paciente si lo requiere y se controla el dolor.

Como en todos los ejercicios diagnósticos se debe proponer un diagnóstico de trabajo, luego proceder a confirmar o descartar el mismo en forma ordenada y sistemática.

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



Como siempre se le recuerda al profesional en salud, no se hace el diagnóstico de lo que no se conoce; son patologías que se deben tener en cuenta para evitar desenlaces no adecuados las que se presentan en la **Tabla 2**.

Causas endocrinas:	Causas quirúrgicas:
Porfiria intermitente aguda	Malformaciones arteriovenosas
Crisis Addisoniana	Pancreatitis hemorrágica
Crisis diabética	Perforación intestinal
Fiebre mediterránea hereditaria	Síndrome de Mallory-Weiss
Uremia	Embarazo ectópico roto
Causas infecciosas:	Trauma de órgano sólido
Apendicitis	Ruptura esplénica espontánea
Colecistitis	Causas vasculares:
Diverticulitis	Enfermedad de Buerger
Absceso hepático	Colitis isquémica
Absceso del psoas	Trombosis o embolismo mesentérico
Diverticulitis de Meckel	Torsión ovárica, testicular
Causas obstructivas:	Hernia estrangulada
Vólvulo cecal	Diverticulitis
Malignidad gastrointestinal	Otras causas:
Hernias incarceradas	Síndrome de Boerhaave
Enfermedad inflamatoria intestinal	Divertículo perforado
Intususcepción	Cáncer gastrointestinal perforado
Obstrucción intestinal	Úlcera gastrointestinal perforada

Tabla 2. Diagnóstico Diferencial de Abdomen Agudo. (Adaptado de *Sabiston, Textbook of Surgery, 2021*).

Existen otras herramientas que son de uso del especialista quirúrgico como son la laparoscopia o la laparotomía diagnóstica. Será decisión del médico especialista asumir los riesgos de realizar cirugía de mínima invasión en pacientes con distensión, cicatrices u otras dificultades técnicas de acuerdo con su experticia.

Conclusiones

El diagnóstico de abdomen agudo es un reto para el clínico en atención primaria, así como para el especialista en cirugía general. Los pilares del enfoque son una historia clínica completa y el examen físico juicioso y sistemático que llevan a una impresión diagnóstica que será confirmada o descartada con el soporte de estudios de laboratorio e imágenes diagnósticas.

La oportunidad en el diagnóstico del origen del cuadro de abdomen agudo y la instauración del tratamiento apropiado favorecerá el mejor desenlace con disminución de la mortalidad, morbilidad para asegurar el reintegro temprano a la vida en sociedad con menor afectación para el paciente y su familia.

Bibliografía

1. Abu-Zidan, F., & B. Khan, M. (2020). Point-of-care ultrasound for the acute abdomen in the primary health care. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 20(1), 1. <https://doi.org/10.4103/2452-2473.276384>
2. Bailey, I. (2021). The acute abdomen. *Medicine*, 49(2), 103–105. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.11.008>.
3. Seeliger B, Pessaux P. Acute abdomen in patients with SARS-CoV-2 infection or co-infection. Published online 2020.
4. Townsend, Courtney M. *Sabiston textbook of surgery E-book: the biological basis of modern surgical practice*. Elsevier Health Sciences, 2021.
5. Silen, W. (2010). *Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen (22nd ed.)*. Oxford University Press, USA.