Dolor abdominal

Dolor abdominal

Introducción

El dolor abdominal es una experiencia displacentera muy frecuente en el ser humano. Constituye una causa muy corriente de consulta médica urgente, tanto a nivel de la asistencia primaria, como especializada. Las enfermedades digestivas que pueden causar dolor abdominal son múltiples y también pueden ser extradigestivas (tabla I).

Tipos de dolor abdominal

Existen diferentes tipos de dolor abdominal, según el mecanismo que lo provoca, el lugar donde se origina y las vías nerviosas por las que se transmite. Clásicamente el dolor abdominal se clasifica en dolor visceral, dolor somático o parietal y dolor referido.

- El *dolor visceral* se origina en las vísceras o en el peritoneo visceral. Se caracteriza por ser difuso, mal localizado, “sordo” y por fijarse generalmente en el centro del abdomen.

- El *dolor somático* se origina en el peritoneo parietal, en la propia pared abdominal, en el diafragma y en las raíces mesentéricas. Se caracteriza por ser más localizado que el dolor visceral, por ser agudo, porque a menudo se agrava con los cambios posturales y suele asociar contractura muscular refleja.

- El *dolor referido* se percibe en áreas alejadas del órgano causante de la lesión e inervadas por el mismo segmento nervioso que el órgano afecto. Es decir, la sensación dolorosa se percibe en los dermatomas cutáneos cuyas raíces nerviosas penetran en la médula al mismo nivel que las que proceden de la estructura abdominal causante del dolor.

Estrategia diagnóstica

Historia clínica

La anamnesis exhaustiva es de gran ayuda para orientar el diagnóstico. La edad y el sexo son datos fundamentales por la frecuencia de determinadas patologías; así, por

TABLA I. CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL

Intraabdominales:

• Peritonitis:

– Perforación de víscera hueca (divertículo colónico, úlcera gastroduodenal).
– Origen ginecológico: rotura de un quiste ovárico o de un quiste folicular.
– Peritonitis bacteriana (cirrosis hepática).

• Procesos inflamatorios (pueden producir peritonitis):

– Apendicitis, colecistitis, diverticulitis, colitis, gastroenteritis, pancreatitis.
– Ginecológicas: enfermedad inflamatoria pelviana.

• Dolor secundario a un aumento de la tensión de una víscera hueca:

– Obstrucción: intestinal (por bridas, hernia, tumor), biliar (por litiasis, estenosis, tumor).
– Causas renales: cólico renal, pielonefritis.
– Embarazo ectópico.

• Vascular:

– Rotura de aneurisma arterial: aórtico, ilíaco o visceral.

• Isquemia:

– Angor o infarto intestinal.
– Infarto esplénico, hepático (toxemia).
– Torsión: quiste ovárico, vólvulo, epiplón testicular.

TABLA I. CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL

- Neoplasias

- Cuadros funcionales:

  – Síndrome de intestino irritable.

Extraabdominales

- Torácicas

  – Origen pulmonar: neumonía, embolia pulmonar, empiema.
  – Origen cardiaco: infarto de miocardio (de cara inferior), miocarditis, endocarditis.

- Neurogénicas:

  – Radiculitis: herpes zoster, tumores.
  – Epilepsia abdominal.

- Metabólicas:

  – Uremia, porfiria.
  – Cetoacidosis.

- Hematológicas:

  – Anemia hemolítica.
  – Drepanocitosis.

- Otras:

  – Toxinas (plomo), traumatismos...

ejemplo, en mujeres en edad fértil, ante un dolor abdominal en hemiabdomen inferior habrá que descartar el origen ginecológico. Los antecedentes personales, como enfermedades previas, episodios de dolor similares, antecedentes de cirugía abdominal o el consumo de fármacos, son datos de valor diagnóstico.

Es necesario realizar un interrogatorio cuidadoso acerca del dolor, obteniendo información sobre su localización, sus características, los factores que lo modifican y los síntomas acompañantes.

Localización del dolor

La inervación de los órganos abdominales dificulta, en ocasiones, que el paciente localice el dolor. El dolor visceral, por lo general, es difuso, a diferencia del dolor somático, que tiende a ser más localizado.

La estimulación dolorosa del esófago generalmente se asocia con dolor a nivel del área irritada; sin embargo, hay excepciones; así, un estímulo en el esófago distal puede producir dolor a nivel más proximal, y a la inversa. Cuando el estímulo doloroso es muy intenso, aparece dolor referido a la parte media de la espalda.

El dolor originado en el estómago y en el duodeno suele percibirse en el epigastrio. El bulbo duodenal puede producir dolor en el hipocondrio derecho y puede irradiarse a la espalda.

El dolor visceral proveniente del intestino delgado suele localizarse en la región periumbilical. El colon derecho y el transverso pueden producir dolor de localización periumbilical; y el rectosigma, en el hipogastrio, si bien, en ocasiones, suele ser difuso y mal definido.

El dolor originado en la vía biliar y en la vesícula se percibe en el epigastrio o en el hipocondrio derecho, se puede asociar a dolor referido en escápula. El dolor visceral de origen pancreático se localiza en la línea media del epigastrio o en el hipocondrio izquierdo, se asocia con frecuencia a dolor referido en la parte media de la espalda o en cinturón.

El dolor de irritación diafragmática (como el producido por un neumoperitoneo o un absceso subfrénico) se irradia típicamente hacia los hombros. El procedente de los órganos pelvianos (vejiga y útero) suele percibirse en el hipogastrio.

Aun con todo, la localización del dolor puede ayudar, pero no existe una regla fija que nos permita emitir un diagnóstico de seguridad.

Tipo de dolor

La descripción del paciente y la valoración por parte del médico de la intensidad y del tipo de dolor es en ocasiones difícil.

El dolor tipo *cólico* es intenso, ondulante e intermitente. Es propio de colecistopatías, cuadros intestinales, como estenosis, que provocan peristaltismo de lucha, patología ureteral, etc.

El dolor *persistente* puede aparecer en úlcera gastroduodenal complicada, isquemia intestinal, pancreatitis y colecistitis.

En los cuadros digestivos de tipo funcional el dolor puede tener características cambiantes.

Cronología del dolor

La forma de instauración del dolor, su carácter continuo o no, su duración y las variaciones de su intensidad son datos que orientan hacia las posibles etiologías del mismo. Así, en procesos inflamatorios, como la colecistitis o la pancreatitis, el dolor tarda poco en alcanzar su máxima intensidad (frecuentemente una hora o más), a diferencia de otros procesos como la obstrucción intestinal, diverticulitis o apendicitis, que son de instauración algo más lenta y progresiva. Un dolor de instauración brusca con intensidad máxima desde su inicio hace pensar en una rotura visceral o de un vaso en la cavidad peritoneal, en un cólico renal, o en un aneurisma disecante de aorta.

Factores que modifican el dolor

Los factores que desencadenan, empeoran o alivian el dolor pueden proporcionar información importante para el diagnóstico. Resulta de interés evaluar la relación del dolor con los *cambios posturales.* Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor, como en los cuadros de peritonitis, en los que el paciente tiende a la inmovilidad, mientras que los pacientes con un cólico nefrítico están agitados sin encontrar postura alguna que les alivie. Algunas posturas, como la flexión de las caderas en procesos inflamatorios como la apendicitis, alivian el dolor por la relajación del psoas. La anteflexión del tronco puede mejorar el dolor en procesos de origen pancreático.

También tiene valor investigar la relación del dolor con la *ingesta*. Es típico en la úlcera péptica que el dolor aparezca con el ayuno y mejore con la ingesta. El consumo de una sustancia con acción colecistoquinética, como las grasas, puede desencadenar un cólico hepático. En pacientes ancianos o con antecedentes de arteriosclerosis o isquemia (cardiaca o de claudicación intermitente) un dolor intenso y poco localizado, que se desencadena tras las comidas, debe hacernos sospechar un angor intestinal.

Hay que considerar una posible relación del dolor con la toma de *fármacos*. La mejoría del dolor tras la administración de espasmolíticos puede orientar hacia un cólico. Es importante tener en cuenta que el tratamiento con corticoides o analgésicos es capaz de enmascarar un proceso inflamatorio abdominal. La relación del dolor con la *menstruación* puede orientar hacia procesos ginecológicos como la endometriosis.

Síntomas asociados

Los síntomas asociados son de gran utilidad para el diagnóstico. Se debe preguntar sobre la presencia de fiebre o escalofríos, vómitos, ardor-pirosis, cambios en el ritmo intestinal, o en la coloración de heces y orina, anorexia, pérdida de peso, dolor extra-abdominal o síntomas no digestivos (como trastornos miccionales, posibilidad de embarazo, etc.).

Exploración física

En primer lugar, la toma de las constantes vitales nos orientará sobre la gravedad clínica del proceso. Se debe hacer siempre una exploración general que incluya al menos la inspección del paciente, valorando estado nutricional, actitud, postura, coloración de piel y mucosas, toma de pulsos periféricos, tensión arterial y auscultación cardiopulmonar.

La exploración abdominal debe iniciarse con la *inspección,* para detectar cicatrices, distensión, asimetrías e hiperperistaltismo. Teniendo en cuenta la localización del dolor señalada por el paciente, la *palpación* del abdomen debe iniciarse de forma superficial por las zonas sin dolor (apreciando si la pared abdominal es blanda y depresible o si existe defensa). Posteriormente, se realizará una palpación más profunda, que permita detectar la presencia de masas o visceromegalias. Una maniobra típica, que indica irritación peritoneal, es el “signo del rebote”, que consiste en la exacerbación del dolor cuando tras una compresión manual lenta y profunda de la pared abdominal se levanta la mano bruscamente, provocando una descompresión. La *percusión* suave del abdomen ofrece información similar al signo del rebote. Además, la percusión ayudará a identificar zonas timpánicas o mates y la presencia de ascitis. La *auscultación* del abdomen es útil para detectar soplos y la ausencia o presencia de peristaltismo, y si éste es de lucha, metálico, etc.

Pruebas complementarias

La indicación de pruebas diagnósticas se hace acorde con los datos obtenidos por la anamnesis y la exploración física, y es, con frecuencia, el complemento necesario para confirmar la hipótesis diagnóstica que se ha establecido.

En general, se deberá realizar siempre el hemograma, una bioquímica general básica (glucemia, iones, urea y creatinina) y una hemostasia, que es imperativa cuando es previsible la indicación de tratamiento quirúrgico. Si se sospecha patología hepatobiliar, es pertinente la determinación de transaminasas y bilirrubina. Si la sospecha es de pancreatitis aguda, se incluirá la determinación de amilasa y LDH. El estudio de la orina con sedimento se llevará a cabo ante la sospecha de causa renal o de las vías urinarias.

El resto de las pruebas dependerá de la sospecha diagnóstica. En general, ante cualquier dolor abdominal que suponga por su gravedad una urgencia médica se debe practicar electrocardiograma y radiografía de tórax. La radiografía de abdomen será útil para detectar calcificaciones (como las pancreáticas, características de la pancreatitis crónica), la presencia de neumoperitoneo o de dilatación o los niveles en el luminograma de las asas intestinales que sugieran obstrucción. Otras pruebas diagnósticas instrumentales (endoscopia, ecografía, TC, RM, arteriografía) son de segunda línea y su realización depende de lo encontrado en las pruebas básicas, practicadas previamente.

Estrategia terapéutica en el dolor abdominal

El dolor abdominal, tanto agudo como crónico, requiere, siempre que sea posible, un tratamiento etiológico, que elimine su causa. En pacientes con dolor visceral, puede ser útil el uso de espasmolíticos, aunque a menudo no han mostrado tan buenos resultados como cabría esperar. Los antidepresivos tricíclicos (por su efecto sobre la nocicepción) pueden aliviar los síntomas en pacientes con dolor crónico de tipo visceral de etiología no filiada y en pacientes con cuadros funcionales como el síndrome de intestino irritable.

En el dolor abdominal crónico de larga evolución de causa no tratable (como en una neoplasia de páncreas), la decisión sobre el tratamiento adecuado es multidisciplinaria, lo que justifica la existencia de unidades específicas para el tratamiento del dolor.

Bibliografía

1. Pereira Pérez, Giménez Alvira, Lucena de la Poza, Antequera Pérez. Dolor abdominal agudo. En: Medicine 1996; 573-579. Enfermedades del Aparato Digestivo. 7ª edición. Madrid: IDEPSA.

2. Vilardell F. Dolor abdominal. Aspectos clínicos. En: Vilardell F. Enfermedades digestivas, vol. I, 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; 42-51.

3. Haubrich WS. Abdominal pain. En: Haubrich WS, Schaffner F, Berjk JE, eds. Bockus Gastroenterology, vol. 1, 5ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995; 11-29.

4. Pasricha P, Crowell M, Tougas G. Approach to the patient with abdominal pain. En: Yamada Tadataka, ed. Gastroenterology, vol. 1, 3ª ed. EEUU: Lippincott Williams and Wilkins Publishers, 1999; 795-815.

5. Deardorff WW, Rubin HS, Scott DW. Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain: a follow-up study of treated and non-treated groups. Pain 1991; 45-35.

6. Ridge J, Way L. Dolor abdominal. En: Sleisenger MH and Fordtran JS, eds. Enfermedades gastrointestinales. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, vol. 1, 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana, 1995; 153-166.