

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR ABDOMINAL

Aunque el diagnóstico diferencial mediante pruebas complementarias ante un dolor abdominal es, en la actualidad, fundamental, la historia clínica, y la exploración física siguen siendo apartados indiscutibles para afrontar un dolor abdominal, y que todo médico ha de saber manejar, puesto que son un continuo en la puerta de urgencias.

HISTORIA CLÍNICA:

La descripción del dolor, ayuda a menudo a determinar su etiología. El dolor puede ser agudo, intermitente o constante, espasmódico, punzante o incisivo; puede ser localizado en un punto, o radiante; o bien, puede ser de tipo cólico, o urente/mordiente/ sordo/continuo. Los pacientes han de ser consultados sobre la duración, el carácter y la intensidad del dolor, la rapidez de su aparición, la progresión de los síntomas, la localización, los factores que lo exacerbaban o lo alivian, los síntomas consistentes, los antecedentes y episodios dolorosos previos, los hábitos sociales y la historia familiar de enfermedades y síntomas. En mujeres, siempre preguntar por la historia ginecológica.

El dolor visceral está a veces mal localizado y no se corresponde con el segmento espinal que inversa la víscera afectada. Ejemplos de ello se dan en la úlcera péptica, en la que el dolor se localiza en el epigastrio, o la apendicitis en su comienzo, en el que el dolor se localiza a nivel periumbilical.

El dolor somatoparietal, se produce a partir de una estimulación pernicioso del peritoneo parietal. Este tipo de dolor es más localizado e intenso y corresponde a la distribución dermatómica que inerva la porción lesionada del peritoneo. El dolor somatoparietal se ve agravado por movimientos como los causados por un golpe de tos o un bache cuando viajamos en coche. Entre los ejemplos de este tipo de dolor se cuentan el de apendicitis, localizado en el cuadrante inferior derecho atribuible a posible peritonitis, y el del absceso, con dolor localizado en la víscera perforada y acumulación inflamatoria.

El dolor referido es percibido por el paciente en áreas alejadas del órgano enfermo y se produce como resultado de la acción de neuronas aferentes procedentes de diversas áreas que convergen en el mismo segmento de la médula espinal, como en el caso de la vesícula biliar patológica que produce dolor subescapular derecho. Patologías no abdominales, como el infarto de miocardio y la neumonía, pueden producir dolor centrado en el abdomen o radiante hacia él.

Existen causas sistémicas, generalizadas, extraabdominales,... que pueden manifestarse como dolor abdominal:

- a) Torácicas: Infarto de miocardio, cardiopatía reumática activa, neumonía, neumotórax, empiema, pleuritis diafragmática, mediastinitis aguda, síndrome de Boerhaave,...
- b) Neurógenas: neuralgias, pinzamientos de raíces nerviosas, tumores de la médula espinal, osteomielitis del raquis, tabes dorsal, herpes zoster, epilepsia abdominal, migraña abdominal, hernia discal aguda,...
- c) Genitourinarias: nefritis, pielitis, roturas, obstrucción ureteral, rotura de embarazo tubárico, rotura folicular, perforación uterina, torsión o rotura de quistes, o tumores ováricos,...
- d) Inmunológicas: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, fiebre mediterránea familiar, periarteritis nodosa,...
- e) Parieto-abdominales y parieto-torácicas: problemas musculares y óseos de todo tipo (hernias discales, osteítis, espondiloartritis, miopatías, hematomas intramusculares,...).
- F) Endocrinas: síndrome de Waterhouse-Friderichsen, mixedema, hiperparatiroidismo,...

- g) Metabólicas: amiloidosis, acidosis diabética, hiperlipemia, hiperuricemia, porfirias, hemocromatosis, hipokalemia,...
- h) Tóxicas bacterianas: picaduras de insectos, venenos,...
- i) Intoxicaciones profesionales, envenenamiento por plomo,...
- j) Psicógenas: histeria,...
- k) Infecciosas: escarlatina, sarampión, tétanos, paludismo, brucelosis, ...
- l) Hematológicas: leucemia aguda, crisis de células falciformes, ...
- m) Vasculares: disección, rotura, o expansión de aneurisma aórtico,...
- n) Otros: edema angioneurótico familiar.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

El examen físico en el paciente con síntomas abdominales es tan importante como la historia. En el examen debe prestarse atención a la postura y la actitud del paciente: una persona que tienda a no moverse, puede padecer una peritonitis (dolor somatoparietal), ya que cualquier movimiento, aumenta la irritación del peritoneo inflamado, en tanto que un paciente con dolor cólico o visceral, no encuentra una postura cómoda y tiende a moverse inquieto para atenuar los paroxismos del dolor.

En un paciente con síntomas agudos, la valoración de los signos vitales es importante para determinar la estabilidad hemodinámica.

El peso del paciente debe compararse con el registrado en mediciones previas, tanto en consulta, como por el propio paciente.

Al examinar las áreas no abdominales, el objetivo debe centrarse en identificar posibles indicios de enfermedad subyacente o sistémica. Por ejemplo, ictericia, telangectasias aracnoideas, u otros signos de hepatopatía crónica, o bien varices, cuya presencia puede sospecharse en pacientes con hemorragia gastrointestinal superior.

La exploración de los ojos y la piel puede aportar información para el diagnóstico de anemia o de hepatopatía crónica. Por otra parte, la palpación de los ganglios linfáticos en cuello, axila e ingle ha de incorporarse como táctica de rutina en el examen físico, con el fin de buscar posibles indicios de enfermedad sistémica, inflamación localizada o neoplasia maligna.

El examen del corazón y los pulmones detecta en ocasiones respiración sibilante, indicio de reflujo gastroesofágico, en tanto que una frecuencia cardíaca irregular, con sonidos S3 o S4, puede ser indicativa de enfermedad cardiovascular subyacente, que constituye un factor de riesgo de angina intestinal o de isquemia.

En los casos graves hay que valorar las constantes vitales (presión arterial, frecuencia del pulso, temperatura, frecuencia respiratoria), el estado de conciencia, el grado de shock.

El examen abdominal tradicional consta de cuatro partes: inspección, auscultación, percusión, percusión y palpación.

-La inspección del abdomen debe incluir detección de escaras, de distensión, difusa o localizada, o de abombamiento de los costados, indicativo de ascitis. En la pancreatitis necrosante severa pueden observarse el signo de Cullen, una decoloración azulada difusa en torno a ombligo, indicativa de hemoperitoneo, o el signo de Grey Turner, decoloración azulado-rojiza o pardo-verdosa en los costados, debida a catabolismo tisular de la hemoglobina.

-La auscultación tiene lugar antes de la percusión y la palpación para que la actividad intestinal no se vea modificada por las manos del médico. Han de valorarse el tono, la intensidad y la frecuencia de los sonidos. Los ruidos intestinales activos, de tono elevado, pueden ser indicativos de obstrucción (en fase de lucha) mientras que un abdomen silencioso en ocasiones

es signo de peritonitis. Si se duda de la veracidad de la historia referida por el paciente, el uso del fonendoscopio puede clarificar la intensidad del dolor abdominal durante la auscultación, ya que los pacientes suelen tender a proteger intencionadamente sus músculos en la palpación manual, pero es menos probable que estén alerta ante la profundidad de la compresión abdominal cuando se está utilizando el fonendoscopio. El médico debe auscultar sobre la aorta y sobre otras arterias para detectar ruidos que pueden ser indicativos de estenosis o flujo sanguíneo anómalo, como sucede en caso de aneurisma aórtico, y posibles soplos. Un ruido de roce en la cápsula hepática indica inflamación, que puede ser debida a hematoma subcapsular.

-La percusión y la palpación suelen realizarse simultáneamente y deben extenderse a los cuatro cuadrantes, el epigastrio, y la región periumbilical y la pelvis. Una ligera percusión inicial indica dónde es más intenso el dolor abdominal, pero conviene preguntárselo al propio paciente. -La palpación se debe iniciar con una ligera manipulación del área más alejada del punto de máxima sensibilidad, continuando con una palpación progresivamente más intensa, aunque siempre limitada, de dicho punto. La sensibilidad de rebote, localizada o difusa, y la actitud de defensa muscular han de evaluarse con precaución ya que incluso un pequeño bote accidental sobre la cama o la camilla puede producir irritación peritoneal en pacientes con inflamación del peritoneo parietal. También deben examinarse otras localizaciones en las que se refiera dolor, por ejemplo, la espalda para excluir enfermedades extraintestinales, por ejemplo, pielonefritis. La palpación abdominal debe incluir la evaluación de posibles masas con determinación de su tamaño, localización y consistencia, así como la presencia o ausencia de sensibilidad. El examen del cuadrante superior derecho, comprende, asimismo, la presencia de dolor o masas en el hígado, así como el tamaño y la textura de estas últimas, junto con la presencia o ausencia de distensión de la vesícula biliar o signos de dolor a la palpación en la vesícula. Cabe citar entre dichos signos el de Murphy, que en ocasiones está presente en las colecistitis agudas. La percusión del cuadrante superior izquierdo en inspiración y espiración para valorar el tamaño del bazo resulta útil en la detección de la esplenomegalia en sus primeras etapas. Los ángulos dorsal y costovertebral han de ser inspeccionados y percutidos suavemente para descartar la sensibilidad en el ángulo costovertebral, presente por ejemplo, en la pielonefritis.

-La exploración abdominal no está completa sin la realización de un tacto rectal. El médico debe realizar una inspección visual de la región perianal y explorar el área anorrectal con el dedo para detectar cualquier posible masa pélvica o alteración prostática. Han de anotarse el color y la consistencia de las heces, que deben ser sometidas a pruebas para detectar la presencia de sangre oculta. Dado que las alteraciones pélvicas se confunden en ocasiones con ciertas enfermedades abdominales, si la paciente es mujer y presenta dolor en la parte inferior del abdomen, debe ser sometida a una exploración pélvica realizada por un facultativo debidamente experimentado.

Por último, para concluir el examen, se deben observar la posible presencia de edema en las extremidades y cualquier tipo de cambios en la piel, tales como el eritema nudoso. Igualmente, es necesario realizar una breve valoración del estado neurológico y mental, ya que síntomas como las náuseas o los vómitos pueden en realidad deberse a una enfermedad neurológica subyacente, como la causada por una masa intracraneal.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

La historia y el examen físico se ven complementados por la utilización, siempre razonada, de pruebas de laboratorio, radiológicas y endoscópicas.

La exploración radiográfica simple es útil en tres tipos de circunstancias:

- 1) en la exploración de un posible abdomen agudo
- 2) en el seguimiento de enfermedades crónicas del tubo digestivo.
- 3) Como radiografía previa a una exploración de contraste del tubo digestivo con sulfato de bario y yodo.

Al explorar un posible abdomen agudo mediante una radiografía simple, es preciso diagnosticar o excluir varias alteraciones agudas importantes: obstrucción mecánica, íleo adinámico, perforación, necrosis intestinal, enfermedades inflamatorias,... Hemos de buscar masas, niveles hidroaéreos, asas dilatadas,... Sin embargo, aunque continúa siendo de utilidad en una serie limitada de patologías abdominales, en general, es mucho menos sensible y específica que otras técnicas radiológicas más avanzadas, como la TC. Las radiografías abdominales en decúbito supino y las frontales en posición erecta pueden detectar rápidamente una obstrucción intestinal o un neumoperitoneo en el contexto de un abdomen agudo. Sin embargo, la TC no sólo muestra la causa subyacente de la obstrucción, sino que puede encontrar un diagnóstico alternativo, no determinable mediante radiografías simples. Las radiografías seriadas continúan siendo un enfoque ciertamente práctico en la observación de pacientes con un patrón de gases intestinales anómalo, que pueda ser indicativo de obstrucción intestinal o de íleo adinámico. Las radiografías abdominales permiten asimismo detectar calcificaciones anómalas y cuerpos extraños radiopacos, si bien la TC resulta más sensible y específica a este respecto. Por ejemplo, solo entre un 10 y 35% de los cálculos biliares están lo suficientemente calcificados como para permitir su detección radiográfica, mientras que la mayor parte de ellos sí se pueden observar en una TC. Al ser portátil, la radiografía convencional, continúa resultando de utilidad en los ámbitos quirúrgicos y de cuidados intensivos, donde suele complementarse con la ecografía portátil en la evaluación gastrointestinal.

Las proyecciones que hay que solicitar en cada caso son:

- radiografía posteroanterior y lateral de tórax. Debe realizarse ante todo dolor abdominal agudo por tres motivos principales: descartar neumoperitoneo, que podría pasar inadvertido si únicamente se solicita radiografía simple de abdomen, orientar hacia una afección abdominal determinada, como elevación diafragmática con derrame pleural en los abscesos subfrénicos en la colecistitis aguda, derrame pleural izquierdo en la pancreatitis aguda, etc, y descartar procesos pleuropulmonares, como neumonía, neumotórax, etc, que en ocasiones se manifiestan clínicamente con dolor abdominal.
- Radiografía simple de abdomen en decúbito. Se realiza ante todo dolor abdominal agudo. Su lectura sistemática debe incluir: examen óseo, visualización del músculo psoas (borrado ante líquido libre o masas contiguas de densidad agua), líneas grasas de flancos), distribución de gas intestinal (y niveles hidroaéreos en bipedestación y decúbito lateral), existencia de luminogramas patológicos, aire extraluminal, calcificaciones (área pancreática, vesicular, renoureteral, apendicolitos, etc.), masas abdominales, visceromegalias, y líquido libre intraperitoneal. Si se sospecha obstrucción intestinal: si se trata de un íleo paralítico, se visualiza dilatación de todo el intestino, delgado y colon, con la presencia de gas distal. En ocasiones, pueden detectarse dilataciones intestinales segmentarias por un íleo paralítico localizado adyacente a lesiones inflamatorias (“asa centinela”). Si existe obstrucción intestinal mecánica, se dilata el tramo intestinal proximal al lugar de la obstrucción, mientras no hay gas distal a ella.
- Radiografía simple de abdomen en bipedestación o decúbito lateral izquierdo con raya horizontal si se sospecha perforación. La presencia de aire libre intraperitoneal en un paciente sin historia de cirugía abdominal ni exploraciones invasivas indica siempre la perforación de una víscera hueca. Si el volumen de aire es pequeño, puede no detectarse en la radiografía, a no ser que ésta se realice después de que el paciente permanezca, por lo menos, 10 minutos en la misma posición.

Conviene completarlo con una radiografía de tórax, para descartar origen torácico.

TÉCNICAS FLUOROSCÓPICAS:

Los estudios con enema de bario de doble contraste, aplicados particularmente en estómago, duodeno y colon, han sido en buena medida reemplazados por la endoscopia y por

otras técnicas radiológicas avanzadas. No obstante, diversas técnicas de contraste fluoroscópico de contraste continúan siendo de utilidad, dados su naturaleza poco invasiva y su bajo coste. Los estudios de contraste fluoroscópico en tiempo real constituyen un valioso medio de evaluación fisiológica, sirven para resolver determinados problemas cuando la endoscopia arroja resultados equívocos o esta contraindicada, y permiten detectar posibles casos de extravasación, perforación o fístula. En función de su indicación específica, pueden emplearse bario o contraste yodado hidrosoluble.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

Está indicada, con carácter de urgencia, en todos los casos de abdomen agudo de etiología incierta con un diagnóstico de sospecha que implique un riesgo vital para el paciente o que, si se confirma, sea indicación de una intervención quirúrgica urgente. Por lo tanto, debe realizarse en caso de: sospecha de colecistitis aguda en pacientes inmunodeprimidos o con cuadro de sepsis, diagnóstico incierto de pancreatitis aguda, dolor abdominal e hipovolemia sin exteriorizaciones hemorrágicas, con sospecha de rotura visceral (esplénica, hepática) o embarazo ectópico, sospecha de aneurisma disecante de aorta abdominal, dolor abdominal son signos de irritación peritoneal y cuyo origen no puede ser precisado clínicamente (isquemia intestinal, etc),

La ecografía resulta útil para el diagnóstico por imagen de órganos sólidos y de estructuras llenas de líquido, mientras que presenta limitaciones, por su incapacidad de penetrar en las estructuras llenas de gas. Por ejemplo, el gas intestinal suprayacente impide a veces la evaluación ecográfica completa del páncreas. La ecografía puede aplicarse por diferentes vías, entre las que se cuentan la transabdominal, la endoscópica, la transrectal, la intravascular y la endovaginal. También supone un excelente recurso en numerosas intervenciones guiadas por imagen. Probablemente, se utiliza más frecuentemente en la evaluación de los sistemas hepático y biliar. En la valoración de una posible colecistitis aguda los hallazgos clásicos incluyen colelitiasis, engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y signo de Murphy ecográfico (dolor reproducible cuando el transductor es presionado contra la vesícula).

La ecografía suele ser la primera prueba de diagnóstico por imagen que se realiza en pacientes con ictericia de reciente comienzo o con hallazgos de laboratorio colestáticos. Cuando en la ecografía se observa obstrucción biliar, son necesarias otras pruebas de imagen, como TC, CPRM, CPRE, CTP,... según las circunstancias específicas de cada caso.

La ecografía puede detectar o caracterizar mejor lesiones hepáticas focales, distinguir las lesiones quísticas de las sólidas e investigar una enfermedad hepática difusa. Los hemangiomas cavernosos son hallazgos concomitantes frecuentes en la exploración ecográfica. El aspecto hiperecoico homogéneo es menos específico que en la TC o en la RM, pero en general, es adecuado para el diagnóstico en pacientes sin neoplasias malignas conocidas.

PUNCIÓN-LAVADO PERITONEAL

Debe realizarse a cualquier enfermo politraumatizado que presente clínica de shock hipovolémico, sin que pueda determinarse el origen de la pérdida hemática, cuando la ecografía de urgencia no está disponible o no es determinante. La punción-lavado peritoneal está contraindicada en coagulopatías, embarazadas, pacientes con clara indicación de intervención quirúrgica de emergencia y en enfermos con sospecha de adherencias por intervenciones anteriores. Si la punción es “roja” (sangre que no se coagula) debe procederse a laparotomía urgente; si es “blanca” o “rosa” (líquido sanguinolento) requiere observación hospitalaria con control del hematocrito cada 2-4 horas, y otras pruebas de imagen, como tomografía computarizada (TC) abdominal.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ABDOMINAL:

La TC, y sobre todo, la TC helicoidal o espiral, proporcionan imágenes rápidas, reproducibles y completas. En la actualidad, es posible obtener con facilidad imágenes de alta

resolución del tórax, abdomen y la pelvis completos en una sola toma de aliento contenido. El diagnóstico por imagen mediante TC abdominal suele emplear medios de contraste tanto orales como intravenosos para la valoración de las vísceras tanto sólidas como huecas.

Las indicaciones de la TC abdominal son muy diversas y comprenden desde síntomas abdominales inespecíficos hasta traumatismos contusos o diagnósticos oncológicos. En casos de abdomen agudo no traumático, trastornos frecuentes como la apendicitis o la diverticulitis, son fácilmente diagnosticables mediante TC. También podemos evaluar abscesos intraabdominales, pancreatitis, y obstrucción del intestino delgado. En caso de obstrucción de grado más o menos importante, la TC permite a menudo localizar el punto de transición, determinar la causa subyacente y valorar el nivel de compromiso vascular. En el ámbito de los traumatismos contusos, la TC es una herramienta de gran utilidad para la detección rápida de las lesiones abdominales significativas. Asimismo, neoplasias malignas, como el cáncer de páncreas y el carcinoma hepatocelular, suelen detectarse más rápidamente con TC que con otras técnicas.

Las principales indicaciones de urgencia son, en definitiva: traumatismos abdominales, sospecha de disección aórtica y pancreatitis aguda con criterios de gravedad, para valorar una cirugía de urgencia. La TC helicoidal ha demostrado un alto rendimiento diagnóstico en el dolor abdominal agudo no obstétrico

Laboratorio: las pruebas de laboratorio que pueden ayudar a establecer un diagnóstico incluyen hemograma completo, panel sérico químico, pruebas hepáticas, amilasa, lipasa, análisis de orina y examen de las heces para detección de agentes patógenos. En la actualidad, se están desarrollando pruebas, como la de anticuerpos contra *Helicobacter pylori* o la de la enfermedad celíaca. Marcadores autoinmunes, como el anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo perinuclear o el anticuerpo anti-*Saccharomyces cerevisiae*, resultan útiles, aunque no son lo suficientemente sensibles o específicos como para certificar por sí mismos el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

ECG: descarta IAM inferior.