

Elvira Polo Alonso (PROMOCIÓN 2007-2013)

REVISIÓN: Dr. Marañón, Catedrático de Medicina

PRINCIPALES PATOLOGÍAS ABDOMINALES (APENDICITIS, COLECISTITIS, PANCREATITIS)

Estas tres patologías se incluyen dentro del síndrome de abdomen agudo que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente y sintomatología importante que requiere un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de requerir tratamiento quirúrgico urgente.

DIAGNÓSTICO GENERAL:

Anamnesis:

A) Antecedentes personales: si ha consumido algún fármaco que provoca dolor abdominal o modifica sus características

B) Características del dolor:

- Origen: visceral (sordo y mal localizado), somático o parietal (bien localizado, aumenta con los movimientos), referido (origen extraabdominal)

- Forma de instauración: brusco, rápidamente progresivo, lentamente progresivo.

- Intensidad: muy intenso (irritación peritoneal, isquemia o distensión de fibra muscular lisa), moderado (inflamación localizada)

- Naturaleza: cólico (dolor-calma), continuo o variable (dolor persistente)

- Topografía: invariable y mantenida desde el inicio; cambiante con localización final en un cuadrante (apendicitis aguda).

- Irradiación: sin modificación del asentamiento inicial.

- Actitud del paciente: inmóvil (irritación peritoneal o isquemia), agitado (cólico nefrítico o biliar), posición antiálgica (pancreatitis aguda).

C) Vómitos: relación con el dolor (precede o sigue), frecuencia, aspecto (bilioso, hemático, fecaloide).

D) Modificación del tránsito intestinal: estreñimiento (oclusión: expulsión de heces y gases ausente al menos 24horas), diarrea (infrecuente en abdomen agudo quirúrgico).

E) Síntomas miccionales y ginecológicos.

Exploración física:

- A) Facies y aspecto general: hidratación y coloración.
- B) Inspección: cicatrices, equimosis, abdomen plano e inmóvil, etc.
- C) Auscultación: comprobar presencia y características de ruidos hidroaéreos.
- D) Palpación: comprobar si existe contractura abdominal (palpación superficial) y existencia de masas o tumoraciones abdominales (palpación profunda).
- E) Percusión: desaparición de matidez hepática (neumoperitoneo), matidez cambiante en flancos (líquido en peritoneo), meteorismo (gas intestinal detenido).
- F) Tacto rectal: obligatorio en dolor abdominal agudo, informa de las características de las heces (presencia de sangre).

Exploraciones complementarias:

- A) Laboratorio: bioquímica, sistemático de sangre y orina.
- B) Radiología: PA y lateral de tórax, simple de abdomen en decúbito y bipedestación (comprobar posible perforación)
- C) ECG: para descartar cardiopatía isquémica si dolor se refiere en hemiabdomen superior.
- D) Punción-lavado peritoneal: en cualquier enfermo politraumatizado.
- E) Ecografía abdominal: urgente en todo abdomen agudo de etiología incierta.

APENDICITIS AGUDA:

Etiología:

Generalmente secundaria a una obstrucción de la luz apendicular (fecalito, cuerpo extraño, bridas, tapones mucosos, etc.), lo que aumenta la presión en el apéndice hasta ulcerar la mucosa. Se desencadena hipoxia y bacterias intestinales invaden la pared (infección originada por un problema obstructivo).

Clínica y diagnóstico:

- Dolor continuo, progresivo, aumenta con los movimientos. Primero en epigastrio o región periumbilical, a las 6-12 horas se irradia a fosa ilíaca derecha.
- Anorexia, náuseas, vómitos (alimenticios, tras el dolor), estreñimiento (diarrea en niños).
- Fiebre (moderada: 37,5°C-38,5°C).
- Blumberg + (hipersensibilidad en FID, vientre en tabla) pueden serlo también los signos del psoas y de Rovsing.
- Tacto rectal: fondo de saco de Douglas y pared derecha del recto doloroso.
- Hematimetría: leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda, aumento de proteína C reactiva.
- RX simple de abdomen, no aporta datos, salvo presencia ocasional de fecalito radiopaco.
- Ecografía: dilatación apendicular (preferible en niños y mujeres jóvenes)
- TAC: mayor sensibilidad.
- Paciente anciano: menor expresividad de síntomas clínicos.
- Dx diferencial: Diverticulitis (fosa ilíaca izquierda, más frecuente en adultos)
- Considerar la posibilidad de apendicitis retrocecal.

Tratamiento:

Intervención quirúrgica urgente con extirpación del apéndice, previa administración de antibióticos y reposición hidroelectrolítica. Si no se procede así se puede desencadenar perforación del apéndice y un cuadro de peritonitis aguda, siendo el pronóstico mucho peor. Actualmente se realiza apendicectomía laparoscópica que permite un alta más rápida.

COLECISTITIS:

Etiología:

El 90% se deben a una litiasis biliar (obstrucción del conducto cístico), siendo la incidencia mayor en mujeres. Sin embargo el 10% se conoce como colecistitis alitiásica, por causas infecciosas, isquémicas, enfermedades autoinmunes del tejido conjuntivo o enfermedad grave en ancianos y pacientes sedentarios.

Clínica y diagnóstico:

- Dolor y contractura muscular en epigastrio e hipocondrio derecho, a menudo irradiado a espalda.
- Anorexia, náuseas, vómitos.
- Fiebre de predominio vespertino y escalofríos.
- No es habitual la ictericia, sólo cuando se produce una colecistopancreatitis (síndrome de Mirizzi).
- Palpación en el punto cóstico dolorosa (Murphy +).
- Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, aumento de amilasas, transaminasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina indirecta.
- Ecografía abdominal: mejor prueba diagnóstica. Se observa: dilatación de la vesícula, engrosamiento irregular de las paredes, y en el interior líquido, cálculos o barro biliar.

Tratamiento:

El tratamiento consiste en reposo absoluto digestivo y físico, hidratación, analgésicos y antibióticos: aminoglucósidos + cefalosporinas de 3ª G. El tratamiento definitivo es quirúrgico: colecistectomía por vía laparoscópica. Se reserva la colecistectomía urgente para aquellos pacientes graves o con colecistitis complicada.

PANCREATITIS:

Etiología:

- Alcoholismo. Suponen el 80% de las pancreatitis agudas
- Litiasis biliar.
- Idiopática (hereditarias, autoinmunes o microlitiasis).

Clínica:

- Dolor abdominal localizado en epigastrio de aparición brusca e incremento progresivo, con irradiación uni- o bilareral a hipocondrios y espalda (dolor “en cinturón”). Disminuye al flexionar las extremidades y el tronco.
- Se acompaña de náuseas y vómitos que no alivian el dolor.

- Fiebre moderada (febrícula).
- Equimosis en área periumbilical (signo de Cullen), en las formas graves con necrosis importante del páncreas.
- Abdomen doloroso, a veces distendido (por paresia intestinal), con disminución de ruidos hidroaéreos.

Diagnóstico:

- Fundamental el diagnóstico basado en la clínica.
- Valores de amilasa sérica y lipasa 3 veces o más por encima del límite superior de normalidad.
- Otras enzimas útiles: tripsina sérica, trispsinógeno en orina.
- Analíticamente: leucocitosis, hipocalcemia (en formas graves), aumento de bilirrubina y fosfatasa alcalina, hipertransaminasemia, hiperglucemia.
- Técnicas de imagen: radiografía de tórax y abdomen para excluir otros procesos, ecografía abdominal (dificultada su interpretación por la meteorización del abdomen)y TAC abdominal (es la que visualiza mejor el páncreas, añadiendo contraste aporta datos muy válidos sobre gravedad).

Tratamiento:

- Pancreatitis aguda leve:
 - Dieta absoluta para conseguir el reposo de la glándula.
 - Reposición hidroelectrolítica con perfusión venosa.
 - Analgésicos.
 - Si mejora, probar alimentación por vía oral, primero con líquidos acalóricos.
- Pancreatitis aguda grave:
 - Ingreso en la UVI.
 - Evitar síndrome de fracaso multiorgánico.
 - Dieta absoluta, pero el problema es más prolongado, es necesario nutrición parenteral continuada.
 - Tener en cuenta la gran pérdida de líquidos, y por ello la tendencia al shock.