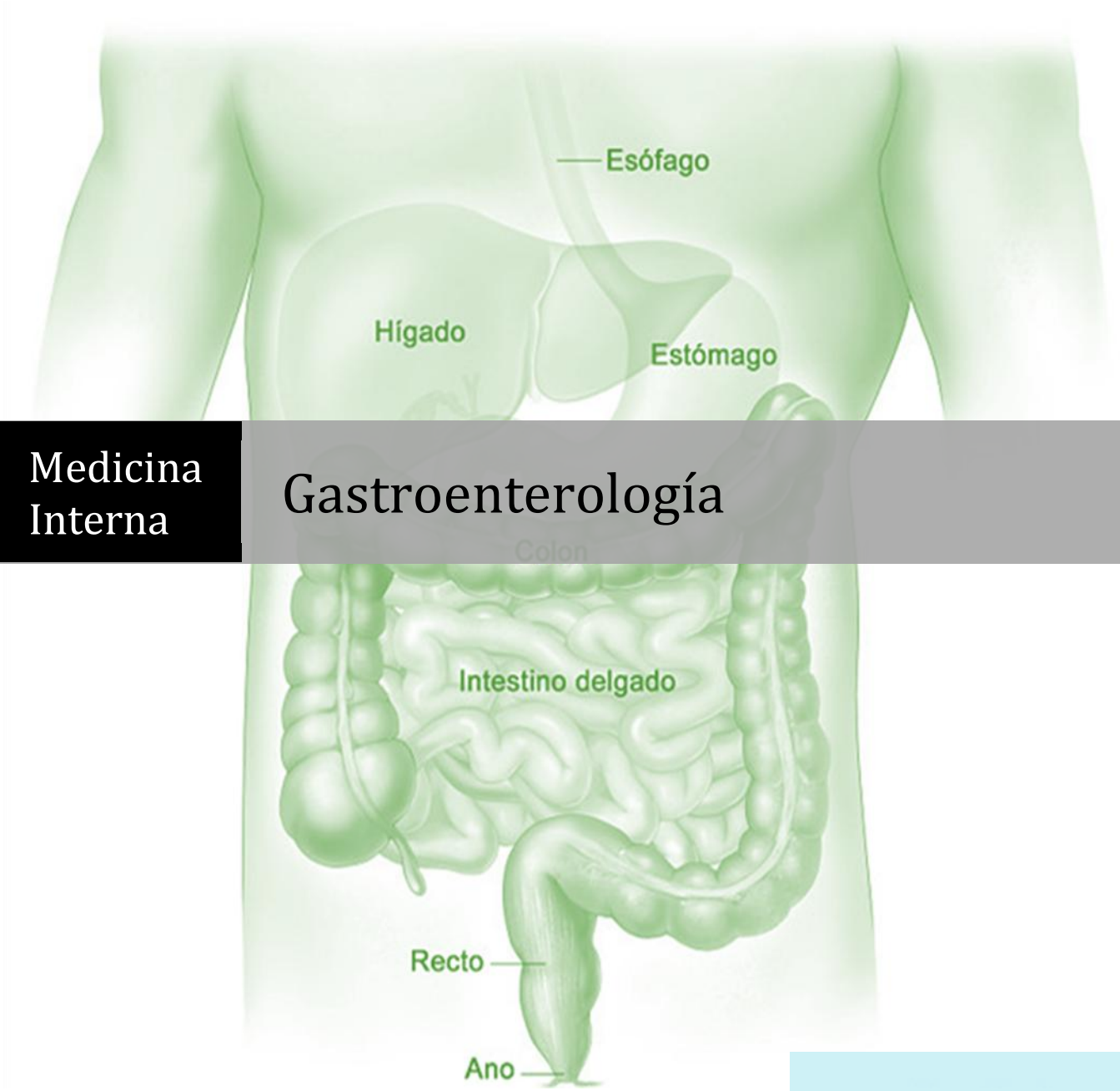


Medicina Interna

Gastroenterología

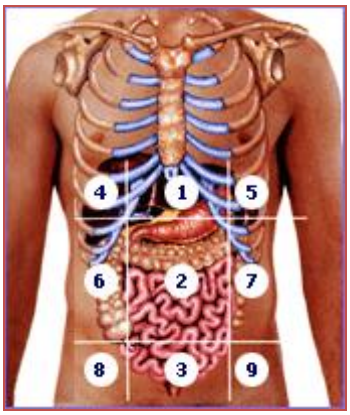
Editado por:
Dr. Alejandro Paredes
Fabián Gallegos B.
Daniela Gálvez V.

Dolor abdominal

Dr.Gonzalo Ossa

El dolor que se origina en el abdomen puede ser de carácter parietal o visceral.

Características	Dolor de carácter parietal	Dolor de carácter visceral
Origen	Estimulación de las terminaciones nerviosas parietales	Cuando la inflamación o irritación no ha alcanzado el peritoneo parietal y la pared abdominal.
Vía de transmisión	Nervios sensitivos somáticos	El dolor es transmitido por las fibras del sistema simpático
Caracterización	Circunscrito al área de irritación	Dolor difuso, no bien localizado y mal delimitado (compromete una zona amplia)
Ubicación	Depende de la ubicación original	Tiende a ubicarse en la línea media independiente el origen.



CAUSAS CARACTERÍSTICAS DE DOLOR ABDOMINAL:

1.- Inflamación peritoneal. 2. Obstrucción mecánica de víscera hueca. 3.- Pancreatitis aguda y crónica. 4.-Dolor por úlcera péptica o esofagitis por reflujo 5.-Trastornos vasculares 6.- Distensión de superficies viscerales (cápsula hepática o renal). 7.- Dolor que se origina en la pared abdominal, cavidad pelviana y retroperitoneo.

1.- DOLOR POR INFLAMACIÓN PERITONEAL: Puede producirse por contaminación bacteriana (como el apéndice perforado, o en la pelviperitonitis) o irritación química. El dolor es típicamente parietal, exacto en su localización, persistente o progresivo. La severidad del dolor y la intensidad de comienzo dependen del tipo y cantidad de material al que se ve expuesta la superficie peritoneal. Por ejemplo, el escurrimiento de una pequeña cantidad de jugo gástrico ácido por perforación de una úlcera péptica produce un dolor más rápido e intenso que la perforación del apéndice o de un divertículo con salida de contenido intestinal. El dolor de la contaminación bacteriana va aumentando a medida que los gérmenes de la flora elaboran más substancias irritantes

En la pancreatitis aguda, la irritación por jugo pancreático del peritoneo da lugar a una reacción más intensa que la que se ve en el biliperitoneo por perforación de la vesícula. La sangre y la orina se comportan también

como líquidos más "fisiológicos", y su presencia en el peritoneo puede producir tan poca sintomatología que la complicación puede ser poco aparente.

El dolor de la irritación peritoneal tiene ciertas características clásicas. **Invariablemente se acentúa con la presión o cambios en la tensión del peritoneo**, circunstancias producidas por la palpación, los movimientos, o la tos y el estornudo. El enfermo con peritonitis está generalmente quieto y recogido en la cama, tratando de no moverse y defendiéndose involuntariamente del examen del abdomen. **Otro hecho característico es la resistencia muscular, producida por un espasmo tónico reflejo, que puede ser localizado o generalizado según la extensión del proceso**. Frecuentemente hay un "rebote" de dolor al soltar bruscamente la presión sobre la zona comprometida del abdomen (**signo de Blumberg +**). El compromiso peritoneal pueden ser engañosamente poco aparente si el proceso que origina el dolor está situado profundamente (como en una apendicitis retrocecal). Asimismo la reacción peritoneal está disminuida en los pacientes con compromiso de conciencia, o en presencia de enfermedades debilitantes o edad avanzada. Por otra parte se va haciendo más débil si pasa demasiado tiempo (peritonitis abandonadas).

2.- DOLOR POR OBSTRUCCIÓN DE VÍSCERA HUECA: Es **clásicamente intermitente o cólico**. Sin embargo, se puede presentar con un dolor más permanente por distensión con exacerbaciones periódicas. **No es tan bien localizado** como el dolor de la inflamación peritoneal. El dolor cólico de la obstrucción del intestino delgado es generalmente supra o periumbilical y pobremente localizado. Si el intestino se dilata progresivamente, con pérdida de su tono muscular, el carácter cólico del dolor se va perdiendo. Finalmente se hace permanente si hay estrangulación. Puede irradiarse a la región lumbar por tracción del mesenterio. **Frecuentemente se acompaña de vómitos, que pueden llegar a tener tonalidad obscura y olor fecaloídeo en las obstrucciones bajas.** Hay menos dolor cólico y el vómito es más tardío en la obstrucción del intestino grueso, pero generalmente la distensión abdominal es mucho más intensa. Es frecuente la irradiación del dolor a la región lumbosacra. En casos de obstrucción intestinal prácticamente siempre hay alteración del tránsito, con notable disminución o ausencia de paso de materias fecales y gases intestinales. El dolor cólico intestinal se ve también en la diarrea aguda, especialmente si hay compromiso del colon, pero esos casos son de fácil diagnóstico por la evacuación de deposiciones con frecuencia aumentada y menor consistencia.

El llamado "**CÓLICO BILIAR**" se produce por la distensión brusca de la vesícula o la vía biliar, y es un **dolor sostenido, que puede tener fluctuaciones de intensidad** durante la evolución. De manera que la denominación de "cólico" es un error, pues no es intermitente. Frecuentemente **se inicia en el epigastrio, y más tardíamente, y no siempre, se instala en el hipocondrio derecho**. Es clásica la irradiación al dorso y la región escapular, pero tampoco se ve en todos los casos. Generalmente su duración se mide en horas, a menos que se complique de colecistitis aguda o colédocolitiasis.

La **distensión** de la **vejiga** urinaria resulta en **dolor suprapúbico** que puede llegar a ser considerable. Es frecuente en **pacientes** con **compromiso cerebral y alteraciones de conciencia**. Las molestias por lo común son difíciles de localizar en estos enfermos, que no pueden expresar sus sensaciones, y se expresan generalmente en un **estado de agitación aparentemente inexplicable.** Lo importante es tener presente esta posibilidad. El **diagnóstico** puede hacerse por la **palpación o percusión del globo vesical**, y en casos más difíciles por ecografía, que demuestra una gran dilatación vesical con contenido líquido. En caso de no contar con este examen en forma oportuna, el resultado de un cateterismo vesical puede aclarar el problema

3.-DOLOR PANCREÁTICO:

En la **PANCREATITIS AGUDA** se produce **dolor abdominal intenso y prolongado**, localizado fundamentalmente en el **epigastrio y ampliamente irradiado**. Su duración es mucho mayor que la del cólico biliar no complicado; mientras este último tiende a regresar después de horas, el de la pancreatitis se prolonga por días o semanas. Frecuentemente los **casos severos se acompañan de irritación peritoneal** por la liberación de enzimas pancreáticas en el peritoneo, con dolor de rebote (Blumberg), aunque es raro que se produzca acentuada

rigidez peritoneal. **Comúnmente hay náuseas, vómitos** y distensión abdominal, y en los casos **más graves fiebre**, tendencia a la **hipotensión**, y a veces **compromiso pulmonar que puede llegar al distress respiratorio**.

La **PANCREATITIS CRÓNICA** con toda probabilidad tiene una etiopatogenia diferente a la pancreatitis aguda, y el **curso es arrastrado y recurrente**. Sin embargo, el cuadro clínico se caracteriza en un 90% de los casos por **episodios intermitentes de dolor** parecido a los de la pancreatitis aguda, aunque menos intensos. Es frecuente **la irradiación al dorso y ambos hipocondrios**, dolor que suele **disminuir al adoptar el paciente una posición inclinada hacia delante**. Frecuentemente se exacerba con las comidas. Puede acompañarse en el tiempo con un déficit de la función endocrina del páncreas (diabetes) o exocrina (síndrome de mal absorción

4.- ULCERA PÉPTICA Y ESOFAGITIS POR REFLUJO: **Clásicamente la úlcera péptica se caracteriza por dolor epigástrico circunscrito**, que se presenta con el **estómago vacío** (una a tres horas después de las comidas), que **se alivia con los alimentos** y que frecuentemente despierta al paciente a medianoche o en las primeras horas de la madrugada, obligándolo generalmente a ingerir algo o tomar antiácidos para calmarlo. Ha sido históricamente un cuadro clásicamente **periódico y rítmico**, remitiendo después de algunas semanas, para volver a presentarse después de algunos meses o años. Esta sintomatología característica se ve más frecuentemente en la úlcera duodenal que en la gástrica. En **ulcera duodenal**, aunque el cuadro puede ser idéntico, el dolor es **frecuentemente más difuso en el epigastrio**, o más lateralizado. Puede **exacerbarse en vez de aliviarse con las comidas**, y el dolor nocturno es poco común. Puede haber vómitos postprandiales y baja de peso, que son raros en la úlcera duodenal no complicada. Es importante señalar que en la úlcera péptica una proporción no despreciable de enfermos da una historia atípica o poco orientadora, que según algunos autores puede llegar al 50%. Por otra parte, desde el descubrimiento del Helicobacter pylori y su tratamiento, la periodicidad de la sintomatología, uno de los hechos más relevantes de la enfermedad, se ha hecho mucho menos frecuente.

El **reflujo gastroesofágico** produce clásicamente **dolor epigástrico y retro esternal ascendente**, que se expresa en sensación de ardor **(pirosis)** o intensa acidez. A veces se limita al epigastrio. **Las molestias** pueden ser de grado variable, y **no siempre tienen relación con la severidad del reflujo** o el grado de daño que pueda producir en la mucosa esofágica. En el hecho, en pacientes muy sintomáticos la endoscopía esofágica puede ser normal, y en otros con un cuadro clínico poco característico se pueden encontrar extensas lesiones de esofagitis péptica. Las molestias se calman con antiácidos, y se pueden evitar con el uso diario de antisecretores, especialmente el omeprazol o derivados. Esto se complementa con medidas dietéticas y generales, por lo general no muy astringentes. Es importante que el paciente se acueste con el estómago vacío. La sintomatología de reflujo gastroesofágico constituye uno de los cuadros clínicos más frecuentes en gastroenterología. Si bien muchos casos pueden tratarse empíricamente, los cuadros más severos, persistentes o con síntomas agregados (por Ej. disfagia) deben estudiarse con endoscopía, por la posibilidad de daño a la mucosa esofágica, que a la vez favorece la aparición de cáncer gastroesofágico. También si aparece después de los 50 años.

5.- TRASTORNOS VASCULARES: No siempre se presentan en forma súbita o catastrófica, aunque es el perfil más frecuente. Indudablemente la embolia o la trombosis mesentérica, o la ruptura de un aneurisma abdominal producen frecuentemente dolor agudo severo y tendencia al shock. Pero la isquemia mesentérica puede presentarse a veces en forma más gradual.

La mayoría de los casos de dolor abdominal de causa vascular **se producen por una reducción o interrupción de la irrigación del intestino.** Las manifestaciones clínicas pueden ir desde una **sintomatología prolongada o crónica con dolor moderado**, a un episodio **agudo catastrófico**, dependiendo de la extensión del sistema vascular comprometido, la severidad del déficit de irrigación, y de la rapidez del proceso. La isquemia intestinal aguda puede ser **clasificada en oclusiva y no oclusiva**, y afecta generalmente el territorio de la arteria

mesentérica superior, que irriga prácticamente todo el intestino delgado y el colon ascendente. La mayoría de los casos **(75%) son oclusivos, y corresponden a una embolia arterial** (2/3 de las oclusiones arteriales) o una trombosis (1/3 de las obstrucciones arteriales). La mayor parte de las embolias se deben a **cardioembolismo**, y se asocian generalmente a fibrilación auricular, válvulas protésicas, endocarditis bacteriana, infarto anterior extenso del miocardio o miocardiopatía dilatada. Más raramente pueden originarse en ateroembolismo por desprendimiento de una placa de la aorta.

La trombosis arterial se asocia generalmente a extensa arterioesclerosis, y frecuentemente es precedida por molestias de angina mesentérica. La trombosis venosa mesentérica, también de instalación generalmente brusca, es menos frecuente, y se puede atribuir en la mayoría de los casos a hipercoagulabilidad, o trombofilia, y menos comúnmente a procesos infecciosos locales intraabdominales, tumores malignos, traumatismos abdominales y uso de anticonceptivos orales. La isquemia mesentérica puede presentarse también en el curso de enfermedades sistémicas que comprometen vasos medianos, como la poliarteritis nodosa y otras vasculitis.

Los casos de **isquemia mesentérica no oclusiva** se producen por **reducción del flujo mesentérico y vasoconstricción**, que puede ser causado por hipovolemia, hipotensión severa y shock de distintas causas, y también drogas vasoconstrictoras y digitálicos, aunque en muchos casos el origen es oscuro. Otro cuadro de origen incierto es la colitis isquémica, casi siempre no oclusiva, que afecta más frecuentemente a adultos mayores, y que tiene en la mayoría de los casos un perfil diferente a la isquemia mesentérica.

Los síntomas de la isquemia mesentérica aguda se inician con **severo dolor abdominal, frecuentemente cólico y periumbilical al comienzo**. Puede haber vómitos y diarrea. Hay sensibilidad y distensión abdominal, pero a pesar de la intensidad de los síntomas el abdomen se **mantiene generalmente depresible**. Incluso los ruidos intestinales pueden conservarse en presencia de un severo infarto intestinal. En algunos pacientes los escasos hallazgos del examen abdominal desorientan acerca de la gravedad del cuadro. Puede haber **discreto sangramiento digestivo**. En estadios más avanzados se produce ileo y signos peritoneales por gangrena intestinal, la que lleva a peritonitis difusa, sepsis y shock. El diagnóstico oportuno es difícil. La llamada angio-TAC es de gran utilidad, pero no siempre puede realizarse oportunamente en nuestro medio. Es productiva si demuestra precozmente la localización de un émbolo, cuya extracción oportuna puede salvar la vitalidad del intestino

En casos de trombosis arterial o venosa o isquemia no oclusiva la única posibilidad es la resección del intestino desvitalizado. La isquemia mesentérica es una enfermedad muy grave, con una alta mortalidad

6.- DOLOR POR DISTENSIÓN VISCERAL:

La **DISTENSIÓN DEL HÍGADO** también puede ser causa de dolor, especialmente si se instala en forma relativamente rápida. **La causa más frecuente es la congestión por insuficiencia cardíaca**. En la mayoría de los casos puede palparse o percutirse la hepatomegalia, y el diagnóstico es claro si hay hipertensión venosa yugular, revelada por la ingurgitación, o mejor aún por el pulso venoso alto en posición semisentada.

Ocasionalmente la **PIELONEFRITIS** se presenta con dolor predominantemente abdominal, lo que puede inducir a errores diagnósticos. En la producción del dolor puede intervenir la distensión de la cápsula renal, por edema inflamatorio del parénquima. En todo caso de dolor abdominal debe considerarse esta posibilidad, sobre todo en la mujer. Es necesario explorar la sensibilidad del ángulo costolumbar y pedir los exámenes apropiados, especialmente si no se configura otro diagnóstico claro

7.- DOLOR DE LA PARED ABDOMINAL:

El **DOLOR MUSCULAR** se acentúa con los movimientos, los esfuerzos y la presión sobre la pared abdominal, pero la resistencia acentuada es rara y no hay signos peritoneales. Frecuentemente es más o menos circunscrito. Aunque generalmente se calma o disminuye con el reposo, generalmente tiene variaciones con la posición del cuerpo, aún en la cama. Frecuentemente el paciente recuerda haber hecho un esfuerzo desmedido o inhabitual horas antes, o muchas veces el día anterior al que amaneció con dolor. Puede palparse

una masa localizada, si hay por ejemplo un hematoma. No hay toxemia, alteraciones digestivas, fiebre o variaciones notables en los exámenes de laboratorio.

El **DOLOR RADICULAR REFERIDO** se produce generalmente por una compresión de raíces nerviosas en la columna dorsolumbar. Es habitualmente lateralizado, y se exacerba o alivia con los cambios de posición y los movimientos de la columna. A veces aumenta con la tos y la maniobra de Valsalva.

En el **DOLOR NEURÍTICO** hay que hacer especial mención al herpes zoster. Produce un dolor lateralizado persistente, en este caso independiente de la posición del cuerpo o los esfuerzos. Algunos pacientes refieren al comienzo cierto grado de prurito. En su etapa inicial, el examen físico puede ser decepcionantemente normal, pero como por lo general el paciente consulta después de varios días, en la mayoría de los casos en una exploración cuidadosa puede advertirse una erupción, a menudo poco notable, en la piel de un hemiabdomen, flanco o dorso, que tiene tendencia a una disposición lineal, aunque muchas veces no continua. En una etapa más avanzada pueden aparecer vesículas. Las lesiones no cruzan la línea media.

Algunos diabéticos tienen dolor lateralizado en el abdomen como expresión de neuropatía diabética. El examen físico es normal, así como los de imágenes o exámenes de laboratorio en relación a una posible afección intrabdominal .

DOLOR REFERIDO AL ABDOMEN El dolor puede originarse en el tórax, columna o genitales, y el hecho de sentirse en el abdomen puede causar problemas diagnósticos importantes. Siempre debe considerarse la posibilidad de **un origen torácico**, especialmente si el dolor es de la parte alta del abdomen. Las causas más importantes son **el infarto del miocardio, la neumonia, la pericarditis y el infarto pulmona**r. Frecuentemente en el dolor abdominal de origen torácico hay una **disminución de la excursión del hemitórax** afectado, y el espasmo muscular abdominal disminuye con la inspiración, mientras es permanente en los procesos abdominales. La palpación sobre la zona del abdomen de dolor referido no acentúa el dolor, y a veces parece aliviarlo. En caso de duda hay una variedad de exámenes auxiliares que pueden ser muy útiles

El **dolor referido de la columna** se intensifica con ciertos movimientos, y también con la tos y el estornudo. El dolor referido al abdomen desde los testículos aumenta con la presión discreta sobre éstos.

DOLOR REFERIDO DESDE EL ABDOMEN. En la mayoría de los casos la posibilidad de sentir el dolor a un nivel distinto del que se produce parece deberse a que neuronas internunciales en la médula llevan el estímulo de la raíz sensitiva correspondiente a otros niveles, en el que ingresa a los cordones posteriores. En el caso del dolor abdominal esto también puede suceder. El dolor vesicular puede ubicarse en el tórax, especialmente en localización retroesternal baja. El de la úlcera péptica, especialmente de la parte alta del estómago, a veces se expresa como dolor torácico, más o menos circunscrito. También, especialmente en la úlcera duodenal, puede sentirse en forma más intensa en el dorso. El dolor en el hombro (en este caso por irritación del frénico), puede producirse por procesos subdiafragmáticos. Es bastante clásico en el embarazo ectópico roto, aunque no es el único caso

DOLOR ABDOMINAL POR CAUSAS METABÓLICAS.- Son afortunadamente poco frecuentes. Se incluyen varias alteraciones metabólicas, y el diagnóstico es frecuentemente difícil. La **HIPERTRIGLICERIDEMIA** es una causa, muchas veces precipitando una pancreatitis aguda. El dolor de la **PORFIRIA AGUDA** puede confundirse con obstrucción intestinal, por que comúnmente hay **dolor persistente que puede llegar a ser cólico con intensa peristalsis, vómitos y constipación**. Menos frecuentemente puede haber diarrea. En algún momento el cuadro abdominal puede evolucionar a un íleo con distensión abdominal. Hay **ausencia de sensibilidad abdominal a la presión y de signos peritoneales, porque el dolor es neuropático y no inflamatorio**. Generalmente no hay fiebre ni leucocitosis. Pueden ayudar al diagnóstico otras manifestaciones de porfiria, como alteraciones del SNC o periférico, hiponatremia, hipertensión u orinas que se obscurecen al contacto con

el ambiente, en ausencia de ictericia. **Frecuentemente hay alteraciones neuropsíquicas**, con confusión, desorientación, trastornos conductuales, y a veces convulsiones. Pueden producirse dolores múltiples y paresias de extremidades por polineuropatía. Son importantes los antecedentes familiares, y sobre todo personales de crisis anteriores. Es útil averiguar sobre ingesta de medicamentos capaces de precipitar las crisis, como barbitúricos, fenitoína o hidantoína, sulfas, metronidazol, progesterona, etc. La porfiria aguda intermitente se ve más en mujeres jóvenes, y parece ser más frecuente en personas del norte de Europa.

Aunque es una enfermedad grave, no es frecuentemente fatal si se realiza un tratamiento oportuno. El diagnóstico se confirma por la detección de porfobilinógeno en la orina, que es un examen sencillo. Importante recordar que la acidosis diabética puede acompañarse de dolor abdominal; sin embargo, una complicación abdominal puede ser a su vez la causa de descompensación de una diabetes.

La picadura de la araña de trigo (Latrudectus mactans) puede causar intensos dolores musculares, acompañados de rigidez abdominal, y a veces de priapismo.

Otra causa rara en nuestro medio de pseudoabdomen agudo médico es la **FIEBRE MEDITERRÁNEA** familiar o enfermedad periódica. Tiene una marcada tendencia racial. Afecta preferentemente a judíos sefarditas, armenios y árabes. Tiene una evolución crónica intermitente con episodios agudos que recurren en forma periódica. Habitualmente empieza antes de los 30 años, y es muy rara la iniciación después de los 40. En realidad es una poliserositis, que afecta más frecuentemente el peritoneo, y en menor grado la pleura y las articulaciones.

CAUSA	FORMA	LOCALIZACION	CARACTER	TIPO	IRRADIACION	INTENSIDAD
Apendicitis	Gradual	Periumbilical	Difuso	Dolor	Fosa ilíaca izq.	Moderada
Colecistitis	Rápida	Hipocondrio der.	Localizado	Presión	Escápula der.	Moderada
Diverticulitis	Rápida	Flanco-F.Ilíaca izq.	Localizado	Dolor	Ninguna	Moderada
Ulcera péptica perforada	Brusco	Epigastrio	Localizado al inicio	Ardor	Ninguna	Severa
Obstrucción de Intestino Delgado	Gradual	Periumbilical	Difuso	Retortijón	Ninguna	Moderada
Isquemia Mesentérica	Brusco	Periumbilical	Difuso	Intenso	Ninguna	Severa
Aneurisma Aórtico roto	Brusco	Abdomen, espalda	Difuso	Desgarran-te	Espalda	Severa
Pancreatitis	Rápido	Hipocondrio der.	Localizado	Sordo	Espalda	Moderada-Severa
Gastroenteritis	Gradual	Periumbilical	Difuso	Cólico	Ninguna	Moderada
Enf. Inflamatoria Intestinal	Gradual	Hipogastrio-Pelvis	Localizado	Dolor	Caderas	Moderada
Embarazo Ectópico roto	Brusco	Hipogastrio-pelvis	Localizado	Punzante	Ninguna	Moderada