

---

# DOLOR ABDOMINAL

Carlos Prieto Martínez, Susana Oquiñena Legaz.  
Servicio de Digestivo del Hospital de Navarra.

## INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de **dolor abdominal agudo** nos referimos al dolor de menos de 24 horas de evolución. Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias. La interpretación correcta de este síntoma, es una tarea difícil que requiere experiencia y gran capacidad de juicio clínico. Por ello, cuando hacemos frente a un paciente que presenta un dolor abdominal, deberemos realizar una detallada anamnesis, un examen físico completo y un uso adecuado y racional de las exploraciones complementarias en función de las sospecha clínica.

Dependiendo del punto en el que se origine el estímulo doloroso podemos distinguir los siguientes tres tipos de dolor abdominal:

**-dolor visceral:** se genera en finas terminaciones nerviosas situadas en la capa muscular o en la submucosa de vísceras huecas o a nivel capsular en órganos sólidos (hígado, bazo, riñón). Se transmite por vía simpática, a través de nervios espláncnicos. El dolor visceral se localiza en relación al órgano afectado. Así, por ejemplo, los procesos dolorosos gastroduodenales se refieren a epigastrio, mientras que en los procesos dolorosos de colon o aparato genital el dolor se refiere a hipogastrio.

**-dolor parietal:** se origina en las estructuras que forman la pared abdominal, principalmente en el peritoneo parietal. Se produce por irritación química (jugo gástrico, jugo pancreático etc) o por contaminación bacteriana. Se transmite a través de nervios espinales, refiriéndose al dermatoma correspondiente. Puede ser localizado o difuso.

**-dolor referido:** se origina por convergencia de fibras aferentes viscerales y espinales correspondientes a una misma metámera, en una misma neurona, a nivel del hasta posterior.

## DIAGNÓSTICO

El **diagnóstico** del paciente con dolor abdominal agudo se basa en:

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Exploraciones complementarias.

## ANAMNESIS

Es muy importante debido a que el enfoque y la orientación diagnóstica del paciente, y posteriormente la petición de exploraciones complementarias, se realizará en función de la anamnesis. El interrogatorio constará siempre de los siguientes apartados:

**a) Filiación del paciente:** puede ayudar a orientar el diagnóstico.

- Edad: algunas patologías son más frecuentes a una edad que a otra.
- Sexo: por ejemplo el dolor en hemiabdomen inferior en una mujer nos hará tener en cuenta un posible origen ginecológico u obstétrico.

**b) Antecedentes**

-Una revisión cuidadosa de otros problemas médicos del paciente, (cardiopatía, diabetes...) a menudo pueden orientar a la causa del dolor abdominal.

- En este sentido se deben recoger los datos referentes a:

- Hábitos tóxicos.
- Historia de intervenciones quirúrgicas (Ej.: adherencias → obstrucción).
- Patología abdominal previa (Ej.: ulcus, litiasis biliar).
- Antecedentes ginecológicos y/o urológicos.
- Los antecedentes familiares pueden hacernos sospechar cuadros metabólicos o genéticos como: porfiria aguda intermitente, fiebre mediterránea familiar, déficit del inhibidor C-1 esterasa, cáncer de colon etc.

**c) Semiología del dolor:**

#### **Localización**

La localización del dolor resulta fundamental ya que puede orientar sobre el órgano o víscera afectada y por tanto sobre el origen del cuadro.

#### **Cronología**

También puede resultar útil y orientarnos sobre la causa del dolor. Las consideraciones cronológicas en la evaluación de un paciente con dolor abdominal agudo, deben incluir:

- La rapidez de instauración del cuadro (súbito o progresivo).
- La progresión (continuo o intermitente).
- La duración de los síntomas (horas o días).

Por ejemplo, un dolor de inicio brusco y muy intenso nos orientara hacia patología aguda intraabdominal como perforación de víscera hueca, isquemia intestinal aguda o rotura de aneurisma. Mientras en la apendicitis el dolor suele ser progresivo. La obstrucción biliar y urinaria suelen producir un dolor continuo con exacerbaciones, a diferencia del dolor intermitente que caracteriza la obstrucción intestinal en sus estadios iniciales.

#### **Intensidad**

La intensidad del dolor está generalmente relacionada con la magnitud del estímulo nocivo, aunque es difícil de medir, dado que la tolerancia al dolor es distinta en cada paciente. Por este motivo, la estimación de la severidad del dolor no siempre es un indicador fiable.

#### **Irradiación**

Con relativa frecuencia el dolor abdominal se irradia a otras regiones pudiendo orientar el diagnóstico, así:

- El dolor del cólico biliar irradia espalda y a escápula derecha.
- El del cólico urinario hacia los genitales.
- El de la pancreatitis irradia en cinturón hasta la espalda.

### **Factores que agravan o alivian el dolor**

En algunos procesos el dolor puede agravarse o aliviarse por algunos factores, como por ejemplo:

- El dolor abdominal que se desencadena o aumenta con la deambulación o el esfuerzo físico suele estar en relación con la patología de la pared abdominal.
- El dolor puede aliviarse con la ingesta (Ej.: úlcera péptica) o exacerbarse con algunos alimentos como las grasas (Ej.: cólico biliar) o con la ingesta en general (Ej.: isquemia mesentérica).
- El alivio del dolor con la defecación o con el ventoseo, sugiere patología de colon (neoplásica o inflamatoria).
- El dolor que se alivia con el vómito indica dificultad del vaciamiento gástrico o duodenal. La presencia de bilis en el vómito indica obstrucción por debajo de la papila de Vater.

### **Síntomas acompañantes**

Se deberá interrogar también sobre otros signos y síntomas como el color de la orina y las heces (coluria, hipocolia o acolia), o la existencia de síndrome miccional, síntomas constitucionales, cambios menstruales.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

- Debemos comenzar valorando las constantes vitales que nos orientaran a la gravedad del cuadro (presión arterial, pulso, temperatura, saturación de O<sub>2</sub>, frecuencia respiratoria).
- Posteriormente visualizaremos el estado en que se encuentra el paciente (buen estado, caquético, deshidratado....) , la postura, el grado de malestar. Por ejemplo, los pacientes que presentan peritonitis se encontrarán inmóviles en la cama con respiración superficial, mientras que los pacientes que presentan cólicos biliares o renales, retenciones urinarias o obstrucciones intestinales se encontrarán inquietos con tendencia al cambio de postura.
- Auscultación cardiorrespiratoria.
- **Examen abdominal**

Durante el examen del paciente, el médico debe tener presente algunos datos de la información aportada por el interrogatorio. Por ejemplo, en un paciente de edad avanzada, inmunocomprometido o diabético es menos probable que existan signos de irritación peritoneal, aún en presencia de una víscera perforada. El examen abdominal incluirá:

**Inspección:** Deberemos valorar la existencia de hernias, eventraciones, cicatrices, distensión, rigidez muscular, equimosis etc.

**Palpación:** Debe comenzar en el punto mas alejado del punto más doloroso y progresar hacia el punto de mayor dolor. Comenzaremos palpando de forma superficial y posteriormente iremos palpando con mayor profundidad.

El dolor a la palpación superficial, difuso y de carácter marcado, con rigidez, sugiere peritonitis, mientras que el dolor leve a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal, es más característico de situaciones que no requieren intervención quirúrgica.

**Percusión:** Puede ser timpánica por exceso de gas tanto intraluminal (obstrucción intestinal) como extraluminal (pérdida de matidez en área hepática por neumoperitoneo). Podemos detectar matidez cambiante en flancos por ascitis.

**Auscultación:** valoraremos si existe peristaltismo y si está aumentado o disminuido. Podemos auscultar ruidos intestinales intensos y de tonalidad metálica, frecuentes en las primeras fases de la obstrucción abdominal o en procesos que cursen con diarrea abundante; o un verdadero silencio abdominal que se observa en el íleo parálitico reflejo por irritación peritoneal y en las fases avanzadas de la obstrucción intestinal. En ocasiones se auscultan soplos vasculares abdominales, que pueden estar en relación con aneurismas, estenosis arteriales o tumores hipervascularizados.

**Tacto rectal:** Nos puede revelar la presencia de un fecaloma o un tumor rectal o la ocupación del saco de Douglas por líquido en pacientes con patología inflamatoria pélvica....Una exploración genital puede permitirnos sospechar un quiste de ovario o de patología anexial.

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

### Pruebas analíticas

A todo paciente con dolor abdominal debe realizarse un hemograma completo, un perfil bioquímica con amilasa y un análisis de orina.

**El hemograma,** por si mismo nos puede orientar hacia trastornos hematológicos que cursen con dolor abdominal. Un descenso brusco en los niveles del hematocrito o de la hemoglobina puede indicar un hemoperitoneo o una hemorragia digestiva aguda. La leucocitosis con desviación izquierda se pueden dar por múltiples procesos (sobre todo infecciosos y inflamatorios), por lo cual no presenta especificidad, por lo que debe valorarse junto al cuadro clínico y otras exploraciones.

También hay que solicitar una bioquímica sanguínea que incluya amilasa (> de 3 su valor normal nos orientará hacia pancreatitis aguda), enzimas hepáticas (elevados en patología biliar y hepática), iones ( para descartar Addison y para valorar el estado hidroelectrolítico del paciente) y función renal (para determinar la repercusión de las enfermedades sobre la función renal, o alteración secundaria a embolia renal, retenciones urinarias). La orina, puede mostrar la presencia de hematuria y leucocituria, y orientar hacia cuadros de litiasis renal, tumores renales e infecciones urinarias. A toda mujer en edad fértil con dolor abdominal se le debe realizar un test de embarazo en orina.

### Electrocardiograma

Ante todo dolor epigástrico, y sobre todo en pacientes con antecedentes personales y/o familiares de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y personas de edad avanzada, se debe realizar un ECG para descartar patología isquémica.

## Pruebas de imagen

Inicialmente una radiografía de tórax y de abdomen (serie de “abdomen agudo”) y posteriormente valoraremos la realización de otros estudios como ECO, TAC y/u otras pruebas diagnósticas.

**La Radiografía de tórax** postero-anterior, en bipedestación, puede poner de manifiesto neumoperitoneo y causas torácicas de dolor abdominal, tales como neumonías, derrames pleurales...

**La Radiografía de abdomen** en decúbito y ortostática o en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal, cuando el paciente no se pueda incorporar, puede poner de manifiesto:

Asas dilatadas de intestino delgado (reconocibles por la presencia de válvulas conniventes que atraviesan completamente la luz) y/o de intestino grueso (haustros que atraviesan incompletamente la luz) y la formación de niveles hidroaéreos en bipedestación en cuadros obstructivos. La presencia de gas en ampolla rectal sugiere obstrucción incompleta; por ello, preferentemente se debe realizar el tacto rectal tras la Rx de abdomen, para evitar la entrada de aire al recto durante el tacto. Deberemos fijarnos en algunos hallazgos:

- Aerobilia en el íleo biliar por fístula colecistointestinal.
- Luminograma patológico de colon (asemejando al grano de café) en el vólvulo de sigma.
- Asa centinela en la pancreatitis aguda.

**La Ecografía abdominal** es una prueba inocua y de alta rentabilidad en manos experimentadas. Resulta útil, por ejemplo, en el diagnóstico de colecciones líquidas intraperitoneales, abscesos, patología biliar y nefrourológicas.

**La tomografía axial computarizada** debe indicarse cuando la ecografía plantee dudas diagnósticas, sobre todo en el estudio del retroperitoneo. Puede proporcionar información en cuanto a la presencia de neumoperitoneo, patrones de gas intestinal anormales, detección de lesiones inflamatorias, neoplásicas, vasculares y traumatismos.

En otras ocasiones pueden ser necesarios **otros estudios diagnósticos** como: lavado peritoneal, estudios endoscópicos o la realización de una laparotomía exploradora.

## Tratamiento

El tratamiento dependerá de la etiología del cuadro y podrá incluir medidas farmacológicas, quirúrgicas, endoscópicas etc

Es discutido si se debe indicar o evitar el tratamiento analgésico del dolor abdominal agudo antes de establecer el diagnóstico. Se enfrenta la necesidad de alivio del paciente con la posibilidad de enmascarar y retrasar el diagnóstico etiológico.

---

---

## TABLA 1

### Principales causas de dolor abdominal

#### Dolor de origen abdominal

- Inflamación o infección de vísceras abdominales  
Gastroenteritis aguda, colecistitis aguda, hepatitis aguda, úlcus péptico, apendicitis aguda, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, linfadenitis mesentérica, anexitis aguda
- Inflamación del peritoneo parietal  
Irritación química: úlcus perforado, etc.  
Contaminación bacteriana: apendicitis o diverticulitis perforada, enfermedad inflamatoria péptica
- Obstrucción de víscera hueca
- Trastornos motores intestinales:  
Colon irritable
- Distensión de cápsulas viscerales  
Hepática (infección, congestión)  
Esplénica (infección, congestión, hemólisis)
- Rotura de vísceras abdominales espontánea o traumática  
Víscera sólida (hemoperitoneo y shock)  
Víscera hueca (peritonitis secundaria)
- Trastornos vasculares  
Embolia o trombosis mesentérica, isquemia crónica mesentérica, oclusión vascular mecánica (hernia estrangulada), rotura vascular, infarto renal o esplénico, vasculitis, síndrome Ehlers-Danlos
- Procesos retroperitoneales  
Pancreatitis, patología nefrourológica, disección o rotura de aneurisma aórtico, hemorragia retroperitoneal, fibrosis y tumores retroperitoneales
- Lesiones de la pared abdominal  
Contractura muscular, traumatismos, hematomas, abscesos

#### Dolor referido de origen extra-abdominal

- Torácico  
Cardiopatía isquémica, pericarditis, tromboembolismo pulmonar, neumonía, pleuritis esofagitis, rotura esofágica
- Genital  
Orquitis, epididimitis, prostatitis
- Columna vertebral  
Espondilitis, artrosis, osteomielitis, tumores, etc

#### Causas endocrino-metabólicas

- Porfiria aguda intermitente, cetoacidosis diabética, insuficiencia suprarrenal, hiperparatiroidismo, hiperlipemia, uremia, hipopotasemia

---

### **Causas Tóxicas**

- Saturnismo, botulismo, intoxicación por Amanitas, etc

### **Causas neurogénicas**

- Órgánicas: tabes dorsal, herpes zoster, causalgia
- Funcional: dolor psicógeno

### **Causas hematológicas**

- Anemia hemolítica, drepanocitosis, leucemia aguda, policitemia, púrpura trombótica trombocitopénica, trastornos de la coagulación, crioglobulinemia mixta esencial

### **Infecciones sistémicas**

- Fiebre tifoidea, mononucleosis infecciosa, brucelosis, leptospirosis

### **Fármacos**

- Anticoagulantes, anticolinérgicos, bloqueantes ganglionares, anticonceptivos, síndromes de privación de drogas

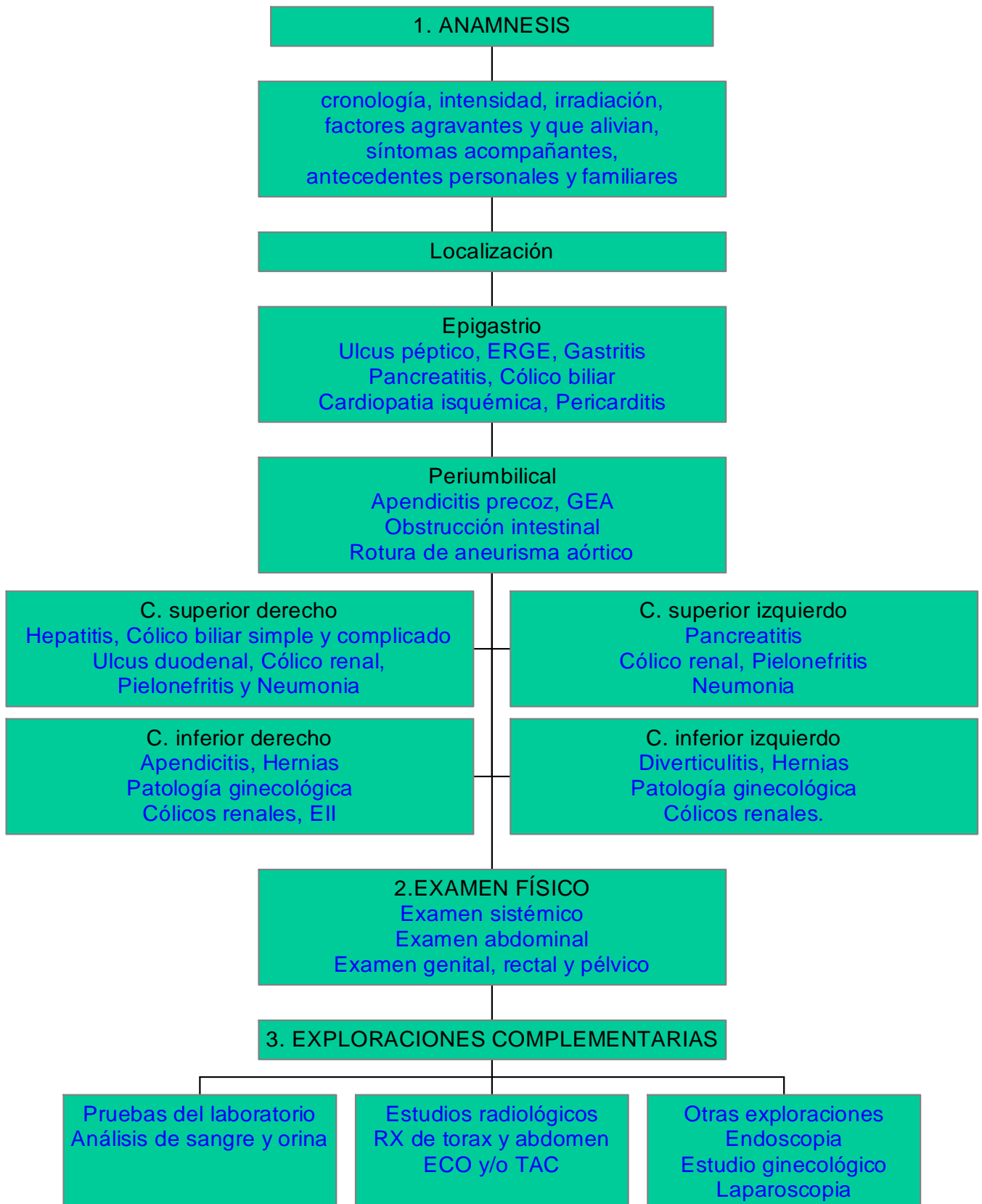
### **Causas genéticas o familiares**

- Fiebre mediterránea familiar, edema angioneurótico hereditario

### Comparación entre las causas más frecuentes de dolor abdominal

TRASTORNO	COMIENZO	LOCALIZACIÓN	CARÁCTER	DESCRIPCIÓN	IRRADIACIÓN	INTENSIDAD
Apendicitis	Gradual	Inicio periumbilical, posteriormente en FID	Al inicio difuso, posteriormente localizado	Continuo	FID	++
Cólico biliar	Rápido	HD	Localizado	Constrictivo	Escápula	++
Pancreatitis	Rápido	Epigastrio en cinturón hasta espalda	Localizado		Espalda	++ +++
Diverticulitis	Gradual	FII	Localizado	Continuo	Ninguna	+ ++
Úlcera péptica perforada	Brusco	Epigástrico	Al comienzo localizado, difuso en una fase tardía	Quemante	Ninguna	+++
Obstrucción del ID	Gradual	Periumbilical	Difuso	Cólico	Ninguna	++
Isquemia/infarto mesentérico	Brusco	Periumbilical	Difuso	Muy intenso	Ninguna	+++
Rotura de aneurisma de aorta abdominal	Brusco	Abdominal, flanco, lumbar	Difuso	Desgarrador	Espalda, flanco	+++
Gastroenteritis	Gradual	Periumbilical	Difuso	Espasmódico	Ninguna	
Enfermedad inflamatoria pelviana	Gradual	HI o FII, pelviano	Localizado	Continuo	Parte alta del muslo	++
Rotura Embarazo ectópico	Brusco	HI o FII, pelviano	Localizado	Intenso	Ninguna	++





**Algoritmo diagnóstico del dolor abdominal agudo**

## **Bibliografía:**

1. Moreno V.J, Marín L.M, Rabanaque I. Dolor abdominal agudo. En: Blanco-Echeverría A, Cea-calvo L, García-Gil ME, Menassa A, Moreno-Cuerda VJ, Muñoz-Delgado G, Olalla J, Varona JF eds. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 5ª ed. Madrid: MSD, 2003; 67-76.
2. Glasgow R.E, Mulvihill S.J. Dolor abdominal, incluido el abdominal agudo. En: Sleisenger MH, et al, editores. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2004; 75-84.
3. Parrilla Paricio P, García-Valdecasas Salgado J.C, Targarona Soler E.Mº. Abdomen agudo. En: Farreras P, Rozman C, et al, editores. Medicina interna. 15 ed. Madrid; Ed. Elsevier, Madrid: 2004; 168-171.