

**DR. CARLOS DEFILIPPI CAFFRI**

El dolor abdominal es un síntoma frecuente y su análisis adecuado permite plantear una hipótesis diagnóstica, la cual en caso necesario, puede ser confirmada con exámenes complementarios, permitiendo una adecuada y oportuna acción terapéutica.

La anamnesis debe ser realizada en forma sistemática y exhaustiva, teniendo siempre en consideración que frente a una patología similar, un paciente puede experimentar dolor de gran intensidad, mientras que otro puede permanecer asintomático.

Si bien es importante establecer las características del dolor (urente, constrictivo, cólico, etc), es necesario atender a la descripción del paciente, más que a ciertas denominaciones, como ejemplo el significado de dolor cólico suele ser variable de un paciente a otro.

En el manejo del enfermo con dolor abdominal suele ser útil analizar por separado el dolor agudo del dolor crónico.

## **Dolor abdominal agudo**

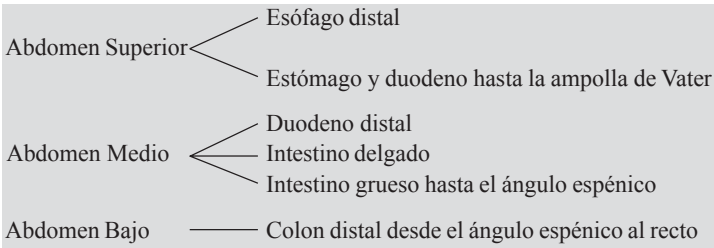
El dolor agudo suele manifestarse en general, por una mayor intensidad y una buena estimación de ésta lo constituye la visita a un servicio de urgencia.

Las características del dolor suelen ser más precisas y con frecuencia su causa es una patología orgánica, constituyendo a veces, una emergencia médica o quirúrgica.

La forma de inicio es también importante: si ésta es brusca deben sospecharse algunos diagnósticos como la perforación o ruptura de una víscera (hueca), un cólico biliar o renal, un aneurisma disecante de la aorta, rotura de un embarazo tubario. En otras condiciones como una pancreatitis aguda, el tiempo de inicio hasta alcanzar la máxima intensidad es más lento. Este lapso es aún mayor en otros cuadros como una diverticulitis o una obstrucción intestinal.

## **Localización**

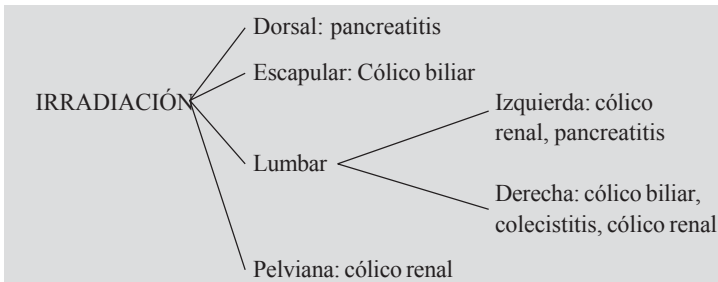
La localización del dolor es un elemento importante para el diagnóstico. De acuerdo a su origen embriológico, el dolor puede originarse en los diferentes segmentos del tubo digestivo, de acuerdo al esquema siguiente:



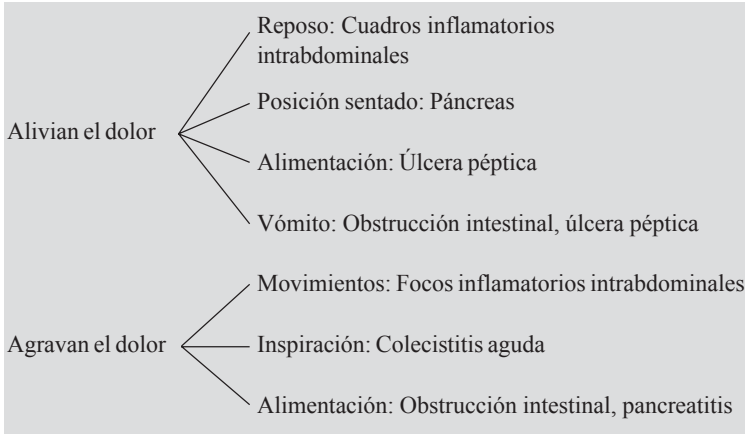
En el siguiente esquema se consigna la localización preferencial de las patologías más frecuentes causantes de dolor abdominal agudo:

HIPOCONDRIO DERECHO	EPIGASTRIO	HIPOCONDRIO IZQUIERDO
Patología biliar, Pancreática, Cólico renal	Úlcera péptica Pancreatitis	Pancreatitis Cólico renal
FLANCO DERECHO	REGIÓN PERIUMBILICAL	FLANCO IZQUIERDO
Cólico renal	Obstrucción intestinal	Cólico renal
FOSA ILIACA DERECHA	HIPOGASTRIO	FOSA ILIACA IZQUIERDA
Apendicitis Pat. anexial	Pat. anexial	Diverticulitis Pat. anexial

A continuación se observan las distintas irradiaciones del dolor, lo que puede ser un elemento útil para orientarse en el diagnóstico:



Es importante analizar bajo que circunstancias se alivia o se intensifica el dolor, así expuesto en forma simplificada en el diagrama:



### Examen físico

Es importante efectuar un examen físico completo y en especial un cuidadoso examen del abdomen, mediante la palpación, determinando localización de la sensibilidad y presencia de signos de irritación peritoneal, resistencia muscular y búsqueda de masas sensibles. La auscultación abdominal es un elemento importante para el diagnóstico. Debe completarse este examen con tacto rectal o vaginal, de acuerdo a las características de cuadro clínico.

Con una hipótesis diagnóstica basada en los antecedentes aportados por la anamnesis y el examen físico, con frecuencia suele ser necesario recurrir al estudio de imágenes. El examen de elección según la patología que se sospecha se esquematiza en el siguiente cuadro:

Rx. simple de abdomen	: Perforación víscera hueca, obstrucción intestinal.
Ecotomografía abdominal	: Patología vesicular, renal y pelviana.
Tomografía axial computada	: Diverticulitis, pancreatitis, isquemia mesentérica.
Ecotomografía - Doppler	: Isquemia mesentérica.

El manejo terapéutico es dependiente de la patología.

## **Dolor abdominal crónico**

Es un problema médico frecuente y difícil de abordar. En general, desde el punto de vista etiológico, se reconocen dos categorías de dolor: el de origen orgánico y el dolor funcional, sin embargo, a veces no es posible establecer netas diferencias entre ambos.

En ocasiones, el dolor abdominal se acompaña de elementos que claramente sugieren organicidad: baja de peso, ictericia, fiebre, hepatomegalia, masas palpables; en estos casos la causa del dolor es más fácil de determinar.

En otros pacientes, no están presentes manifestaciones clínicas definidas de organicidad, el dolor puede tener carácter continuo o intermitente. Un dolor continuo de carácter orgánico es posible que tenga su origen en un cáncer de páncreas o de otros órganos, o una pancreatitis crónica.

En el dolor abdominal crónico intermitente, el diagnóstico suele ser más complejo. Es de utilidad cuando es posible, establecer una relación entre la aparición de la crisis dolorosa y alguna causa desencadenante. El dolor asociado en los períodos menstruales sugiere una endometriosis, la asociación con algunos fármacos (barbitúricos) debe hacer pensar en porfiria.

El dolor desencadenado por la comida debe hacer sospechar una isquemia mesentérica o una pancreatitis crónica, y la presencia de diabetes nos orienta hacia una radiculitis.

Las principales causas se resumen de acuerdo a su origen en el siguiente cuadro:

DIGESTIVO	NEUROLÓGICO
Colelitiasis	Radiculopatías (Diabetes)
Pancreatitis crónica	Compresión nerviosa o radicular
Obstrucción – Pseudo	
Obstrucción intestinal	
Invaginación intestinal	
METABÓLICO/GENÉTICO	OTRAS
Porfiria aguda intermitente	Enf. de Crohn
Pancreatitis crónica familiar	Endometriosis
Anemia de cel. falciformes	Isquemia mesentérica
Cetoacidosis diabética	Intoxicación plúmbica
Enf. de Addison	Ovulación

### **Dolor crónico funcional**

Puede asimilarse básicamente a tres condiciones:

1. Dolor de tipo ulceroso (dispepsia de tipo ulceroso): con características propias del síndrome ulceroso, en ausencia de úlcera u otra patología gastroduodenal. La asociación con la presencia de *H. pylori* es dudosa y los resultados de su erradicación son muy variables.
2. Dolor abdominal asociado a síntomas de tipo funcional, ya sea de tipo gastroduodenal (dispepsia tipo motor) o síntomas funcionales intestinales (Síndrome de intestino irritable u otros).
3. Dolor abdominal funcional, definido por criterio de Roma II como dolor funcional de 6 o más meses de duración, escasamente relacionado con la función digestiva.

En general, se ha asociado a un fenómeno denominado hiperalgesia visceral o por un anormal procesamiento y percepción del dolor a niveles centrales. Se ha observado en estos pacientes alteraciones de la esfera psiquiátrica como depresión, ansiedad o trastornos de la personalidad.

El manejo de estos pacientes está detallado en el capítulo Trastorno digestivo funcional.

### **Referencias**

1. Glasgown R, Mulvihill S. Abdominal pain, including the acute abdomen. En Sleisenger-Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia, Saunders WB. 7ª ed 2002, Cap. 4.
2. Klein K, Mellinkoff S. Approach to the patient with abdominal pain. En Yamada T. ed. Textbook of Gastroenterology. Philadelphia, Lippincott JB. 2ª ed 1995, 600-78.
3. Flamant Y. Sémiologie, étiologie et pièges des douleurs abdominales aiguës. Rev Pract. 2001; 51: 1642-7.
4. Al-Musawi D, Thompson J. The important signs in acute abdominal pain. Practitioner 2000; 244: 312-4.
5. Thompson W et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. En: The functional gastrointestinal disorders. Durham, NC: Allen Press 2000; 351-432.