



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal

Approach to the patient with abdominal pain

María Josefina Ugarte^a✉

^a Departamento Medicina Interna, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 12 04 2021.

Aceptado: 15 06 2021.

Palabras clave:

Dolor Abdominal;
Historia Clínica;
Evaluación Clínica;
Dolor Abdominal Funcional; Examen Físico.

Key words:

Abdominal Pain;
Clinical History; Physical Evaluation; Functional Abdominal Pain; Clinical Evaluation.

RESUMEN

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta ambulatoria, sus causas son múltiples e incluyen patologías de riesgo vital u otras de bajo riesgo que requieren principalmente tratamiento y no requieren mayores estudios.

La historia clínica y el examen físico son las herramientas principales para poder sospechar la etiología de la enfermedad que está causando el dolor abdominal. Es por esto que realizar una historia completa, haciendo preguntas dirigidas a confirmar o descartar sospechas diagnósticas, asociado a un examen físico completo y sistemático, es la principal forma de orientar el diagnóstico y estudio posterior del paciente.

Conocer el cuadro clínico de las enfermedades que dentro de sus síntomas pueden presentar dolor abdominal, especialmente aquellas que son de riesgo vital permite poder diagnosticarlas con la rapidez que se requiere. Así mismo, es necesario reconocer aquellas enfermedades que son más frecuentes y que no requieren mayores estudios sino tratamiento básico, habitualmente ambulatorio.

Existen personas que, por sus condiciones de salud o edad, pueden tener presentaciones atípicas de cuadros habituales o mayores riesgos de tener enfermedades infrecuentes o de mayor riesgo vital, que es importante reconocer al momento de la evaluación.

SUMMARY

Abdominal pain is a common complaint in ambulatory medicine. It has multiples causes, including life-threatening pathologies and other benign in which the need in treatment and no other tests.

The clinical history and physical examination are the key to suspect the etiology of the underlying disease. A complete history includes make direct questions to confirm or discard the diagnostic suspects and with a complete and systematic physical examination are the main way to get the diagnosis and treatment of the patient.

The clinician must know the syndromes which includes abdominal pain, especially those life-threatening which requires urgent treatment or surgery. Also needs to know the frequent benign syndromes that can be safely treated symptomatically with no further investigation.

Older adults or patients with comorbidities may present with unusual causes of abdominal pain or may have an atypical presentation of common disorders. Also, may present more frequent serious etiologies that may require urgent interventions.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: mugarte@clinicalascondes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.005>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en la atención de pacientes que buscan atención ambulatoria tanto en policlínico o de urgencia. La cantidad de enfermedades que pueden generar como síntoma dolor abdominal es amplísima y existen múltiples herramientas de apoyo diagnóstico, dependiendo de la sospecha clínica. Incluye desde patologías de riesgo vital, algunas con indicación quirúrgica inmediata y otras de manejo médico, así como cuadros agudos autolimitados benignos o crónicos de reciente inicio o agudización que requieren tratamiento médico. Es importante considerar que el dolor puede darse no sólo por enfermedades de localización intraabdominal, sino también de origen extra-abdominal.

Una historia clínica y examen físico completo son las principales herramientas con las que cuenta el médico para orientarse frente a las diferentes alternativas diagnósticas. El poder conocer las características de la mayoría de las enfermedades que pueden presentar como síntoma dolor abdominal, permitirá al médico que se encuentra evaluando al paciente, tener una orientación diagnóstica certera con los elementos que le entrega el paciente y seleccionar en forma adecuada los exámenes de laboratorio e imágenes complementarias necesarios para diagnosticar las distintas enfermedades.

A veces, es difícil para los pacientes explicar en forma clara su dolor, por lo cual, la interrogación dirigida puede ayudar a la caracterización adecuada de los síntomas.

La evaluación de pacientes adultos mayores e inmunosuprimidos debe ser especialmente cuidadosa, ya que las presentaciones de enfermedades habituales pueden ser atípicas y tienen mayor riesgo de presentar patologías de riesgo vital. En mujeres, no olvidar la patología ginecológica como causa de dolor abdominal, especialmente en edad fértil^{1,2}.

TIPOS DE DOLOR ABDOMINAL

Desde el punto de vista fisiopatológico, existen múltiples tipos de dolor de localización abdominal, siendo los más frecuentes el visceral, parietal, referido o neurogénico.

Dolor visceral: Corresponde a la estimulación de nervios autonómicos localizados en el peritoneo visceral que recubre a las vísceras abdominales. Dado que las vísceras reciben fibras sensitivas aferentes de ambos lados de la médula espinal, normalmente el dolor afecta a ambos lados del abdomen. Los estímulos pueden ser por distensión de una víscera hueca por gases o fluidos, o bien, por compromiso capsular en los órganos sólidos producido por edema, abscesos, sangre o lesiones ocupantes de espacio.

En general, este tipo de dolor es mal localizado, porque la inervación de las vísceras está dada por múltiples segmentos

de la médula espinal. Se localiza habitualmente en epigastrio, periumbilical o hipogastrio y las características son mal definidas. Si la afección corresponde a vísceras que tiene movimientos peristálticos, el dolor es referido como cólico o intermitente.

Dolor parietal: Corresponde a una noxa que afecta el peritoneo parietal. Puede ser causada por una infección, irritación química u otro proceso inflamatorio. Su localización es más precisa y de mayor intensidad que en el caso del dolor visceral, siendo frecuentemente más constante y de mayor intensidad.

Dolor referido: El dolor es percibido por el paciente en un área alejada del sitio donde se genera el estímulo. Esto está dado porque los estímulos aferentes de múltiples vísceras intraabdominales comparten segmentos medulares con estímulos provenientes de otras áreas. Tanto el dolor visceral como el parietal pueden presentarse como dolor referido y puede estar dado también por vísceras que se encuentran fuera de la cavidad abdominal. Son ejemplos de dolor referido la presencia de dolor abdominal epigástrico en los estadios iniciales de la apendicitis aguda, que luego al producirse la inflamación del peritoneo parietal, se localiza en la fosa ilíaca derecha, o bien, el dolor epigástrico dado por un infarto al miocardio que compromete la pared inferior del corazón.

Dolor neurogénico: Se presenta a lo largo del recorrido de un nervio y generalmente es descrito como quemante o eléctrico. Una de las causas más comunes es el herpes zoster o neuropatías periféricas.

UBICACIÓN DEL DOLOR

La ubicación del dolor en asociación con los conocimientos sobre la localización de los órganos, su inervación y la posible irradiación, permite un enfrentamiento más orientado, sobre la posible etiología del cuadro clínico. Es bastante habitual que los pacientes puedan reconocer en qué sitio del abdomen perciben con mayor intensidad el dolor, si esta fue su primera localización o ha migrado durante el tiempo de evolución. En el caso de pacientes con dolor recurrente es necesario conocer si las características del dolor se han modificado entre los diferentes episodios. Por ejemplo; característicamente la patología biliar presenta dolor en el hipocondrio derecho, así como cualquier noxa que comprometa la cápsula hepática. La irradiación del dolor de origen pancreático, clásicamente se describe en faja hacia el dorso^{1,2} (Tabla 1 y figura 1).

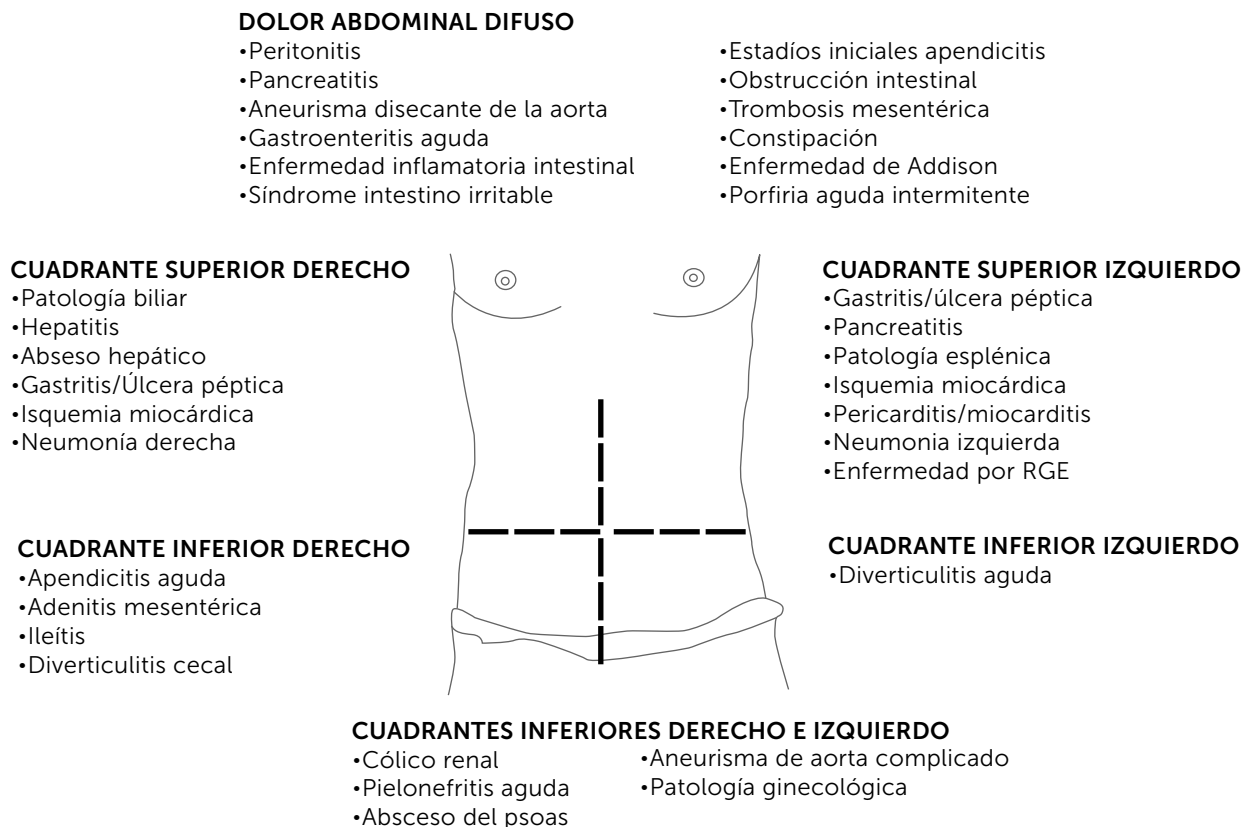
HISTORIA CLÍNICA

La obtención de una historia clínica completa es fundamental para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial de la

Tabla 1. Causas de dolor abdominal según su ubicación por cuadrante

Localización	Patologías
Cuadrante superior derecho	Patología biliar: <ul style="list-style-type: none"> •Cólico biliar •Colecistitis aguda •Coledocolitiasis •Colangitis •Pancreatitis Gastritis/Ulcera péptica Hepatitis Absceso hepático Isquemia miocárdica Neumonía derecha Hepatomegalia (Insuficiencia cardíaca congestiva)
Cuadrante inferior derecho	Apendicitis aguda Adenitis mesentérica Ileítis Cólico renal Pielonefritis aguda Absceso del psoas Diverticulitis cecal Aneurisma aórtico complicado Patología ginecológica: <ul style="list-style-type: none"> •Embarazo ectópico •Torción ovárica •Absceso tubo ovárico •Quiste ovárico complicado •Proceso inflamatorio pelviano (PIP) •Endometriosis
Cuadrante superior izquierdo	Gastritis/patología ulcerosa Pancreatitis Patología esplénica (ruptura/infarto) Isquemia miocárdica Pericarditis/miocarditis Neumonía izquierda Enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE)
Cuadrante inferior izquierdo	Diverticulitis aguda Cólico renal Pielonefritis aguda Aneurisma aórtico complicado Absceso del psoas Adenitis mesentérica Patología ginecológica: <ul style="list-style-type: none"> •Embarazo ectópico •Torción ovárica •Absceso tubo ovárico •Quiste ovárico complicado •Proceso inflamatorio pelviano (PIP) •Endometriosis
Dolor abdominal difuso	Peritonitis Pancreatitis Aneurisma disecante de aorta. Estadios iniciales de apendicitis Trombosis mesentérica Gastroenteritis aguda Obstrucción intestinal Enfermedad inflamatoria intestinal Síndrome de intestino irritable Constipación Enfermedad de Addison Porfiria aguda intermitente Cetoacidosis diabética

Figura 1. Localización del dolor y posibles causas



etiología del dolor. El poder determinar si el dolor es agudo o crónico, así como la presencia y características de los síntomas acompañantes permite acotar las alternativas diagnósticas.

No existe un tiempo determinado para definir si un dolor es agudo o crónico. Es la experiencia clínica la que permite definir esta situación. Un dolor progresivo de días de evolución que ha empeorado en su intensidad es agudo, así como el de reciente comienzo y alta intensidad. Un dolor que se ha presentado con similares características por meses o años se considera crónico. Si el dolor no presenta características de ninguno de los dos anteriores, puede considerarse subagudo y en su diagnóstico diferencial considerar etiologías agudas y crónicas.

En la evaluación de un paciente con dolor agudo, es importante reconocer rápidamente condiciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente de otras cuyo estudio puede ser investigado con menos celeridad.

Los signos que habitualmente sugieren mayor riesgo son el aumento de la intensidad del dolor, inicio abrupto, signos de irritación peritoneal u otros signos de alarma como evidencias de sangrado digestivo, inestabilidad hemodinámica o signos de sepsis o *shock* asociado.

Al evaluar el inicio del dolor, es importante reconocer si fue súbito y de alta intensidad, como puede darse en el caso de una ruptura de víscera hueca o progresivo hasta llegar a una alta intensidad. Así mismo, debe indagarse si el dolor se relaciona con la alimentación o aumenta en períodos de ayuno. El en el caso de la patología ulcerosa el dolor tiende a aumentar en ayuno y cede con la alimentación y en los pacientes con isquemia mesentérica, el dolor aumenta postprandial.

En la anamnesis deben consignarse también los factores agravantes del dolor o aquellos que producen alivio. Si existe relación con la alimentación, es importante consignar qué alimentos consumió el paciente, si esto ha ocurrido previamente con estos alimentos y preguntar sobre otras personas cercanas con síntomas similares post ingesta. Los pacientes con cólicos abdominales tienden a sentir alivio al colocarse en posición fetal, mientras que los pacientes con cólicos renales se mueven en forma continua sin lograr una posición que les alivie el dolor.

Síntomas asociados

Corresponden a síntomas que ocurren en concordancia con el dolor abdominal y son de gran relevancia en la evaluación de la posible etiología.

Síntomas generales: La presencia de fiebre o calofríos es altamente sugerente de un origen inflamatorio o infeccioso. En la historia debe consignarse los hábitos alimentarios del paciente, alteraciones del apetito y presencia de baja de peso y fatigabilidad. El presentar esta sintomatología debe hacer sospechar una neoplasia, infección o enfermedad sistémica como etiología. La presencia de dolor abdominal acompañado de poliuria y sed, debe hacer sospechar la cetoacidosis diabética como etiología.

Síntomas gastrointestinales: En la anamnesis se debe buscar la presencia de náuseas, vómitos, diarrea y constipación. Se debe preguntar siempre por la presencia de sangrado de origen gastrointestinal. La rectorragia y hematemesis son fácilmente reconocibles por los pacientes, pero en ocasiones no se reconoce la melena. Se debe buscar en la historia del paciente la presencia de pirosis, distensión abdominal, dispepsia, cambios en los hábitos intestinales o en las características de las deposiciones, como por ejemplo cambios en el calibre. En pacientes con dolor de localización en cuadrante superior derecho, se debe preguntar por ictericia o cambios en el color de las deposiciones (acolia) o la orina (coluria).

Síntomas genitourinarios: Se debe consultar por la presencia de disuria y poliaquiuria. En el caso de pacientes con intenso dolor y síntomas urinarios, asociados a hematuria, siempre considerar la posibilidad de un cólico ureteral secundario a una litiasis.

Síntomas cardiopulmonares: La presencia de tos, disnea, ortopnea debe orientar hacia un origen cardíaco o pulmonar del dolor abdominal. Es importante consignar siempre los antecedentes cardiovasculares y pulmonares previos, especialmente en estos pacientes.

En mujeres es necesario consignar la historia ginecológica y obstétrica incluyendo antecedentes de embarazo ectópico, momento del ciclo menstrual en que se encuentra y uso de métodos anticonceptivos ya que, por ejemplo, el uso de dispositivos intrauterinos puede aumentar el riesgo de procesos inflamatorios pelvianos y embarazos ectópicos. La presencia de genitorragia o flujo vaginal, además de una etiología infecciosa, puede ser un signo de neoplasia de origen ginecológico. Siempre considerar hacer test de embarazo en mujeres en edad fértil si el dolor no es explicado por otras causas, independiente del uso de métodos anticonceptivos¹⁻³.

Historia médica previa

En el paciente que consulta por dolor abdominal, debe realizarse una anamnesis remota completa consignando los siguientes elementos.

Historia de enfermedades previas y antecedentes quirúrgicos: Un paciente con antecedentes cardiovasculares, tiene más posibilidades que su dolor sea por isquemia miocárdica

o mesentérica según las características que tenga. El antecedente de cirugía abdominal previa hace más posible tener una obstrucción intestinal.

Medicamentos: Es obligación consignar todos aquellos medicamentos que el paciente consume indicados por médicos como también aquellos que usa en forma ocasional. El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) aumenta el riesgo de patología péptica. El uso de antibióticos recientes aumenta el riesgo de infección por *Clostridium difficile*. El uso crónico de corticoides puede producir inmunosupresión y en caso de suspensión brusca una crisis de insuficiencia suprarrenal.

Consumo de alcohol: Se debe averiguar especialmente frente a la sospecha de pancreatitis o enfermedad hepática.

Antecedentes familiares: Frente a la sospecha de enfermedades que puedan tener un componente hereditario, es relevante obtener los antecedentes de la existencia en familiares, como por ejemplo presencia de diabetes, antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal neoplasias o historia de patología cardiovascular¹⁻³ (Tabla 2).

Tabla 2. Preguntas relevantes que se deben realizar

- Edad del paciente (a mayor edad, mayor riesgo de patologías complejas)
- Inicio del dolor (súbito, agudo o progresivo)
- Ubicación del dolor y sitio de irradiación
- Severidad del dolor (considerar siempre la progresión del dolor)
- Duración del dolor y sus características (constante, intermitente y tiempo de evolución)
- Factores agravantes o atenuantes (posición, relación con los movimientos, alimentación, defecación, diuresis)
- Síntomas asociados (náuseas, vómitos, diarrea, sangrado gastrointestinal, constipación, fiebre)
- Historia asociada (baja de peso, alteración del hábito intestinal, anorexia)
- En mujeres preguntar por embarazo, fecha de última regla y método anticonceptivo.
- Antecedentes médicos (obtener datos completos de patologías médicas y quirúrgicas previas)
- Antecedentes familiares (preguntar sobre patologías familiares, buscando enfermedades hereditarias)
- Hábitos (ingesta de alcohol (mayor riesgo de pancreatitis, hepatitis o cirrosis), tabaquismo, uso de drogas, ocupación)
- Patologías cardiovasculares (hipertensión, fibrilación auricular, enfermedad vascular. Mayor riesgo de isquemia mesentérica o aneurisma abdominal).

EXAMEN FÍSICO EN EL PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

El examen físico del paciente con dolor abdominal es de vital importancia para poder orientar el origen de la enfermedad. Este debe ser realizado en forma ordenada y completa y en forma cuidadosa para evitar que el dolor impida el completar la evaluación.

Inspección: La evaluación del paciente comienza con la inspección general, que nos permite reconocer si el paciente se encuentra tranquilo o es evidente su malestar por el dolor. La presencia de palidez o sudoración son sugerentes de intenso dolor. Se debe buscar ictericia, que orienta a patología biliar o hepática como causa del dolor. Hay que controlar los signos vitales, ya que esto permite reconocer la presencia de taquicardia o hipotensión que son signos de gravedad, asociados a sepsis, hipovolemia o inflamación. La presencia de fiebre también es propia de infecciones o cuadros inflamatorios. Es importante recordar que en los adultos mayores esto puede estar ausente sin que descarte la presencia de sepsis o infecciones; incluso pueden presentar hipotermia como signo de sepsis y ausencia de taquicardia.

Se debe buscar signos sugerentes de anemia como palidez de conjuntivas que pueden asociarse a sangrados agudos o crónicos de origen gastrointestinal.

Se debe revisar en el examen la presencia de signos sugerentes de daño hepático crónico como eritema palmar, telangetasias, nevis aracniformes o hipertrofia parotídea.

Se debe realizar un examen abdominal completo, con el paciente en decúbito supino y exponiendo el abdomen completo, recordando siempre la evaluación de la región inguinal, por la posibilidad que el dolor pueda ser secundario a una hernia.

La inspección del abdomen puede demostrar la presencia de lesiones cutáneas, por ejemplo, secundarias a herpes zoster o la presencia de masas visibles. Se debe buscar cicatrices sugerentes de cirugías previas.

Palpación: Antes de comenzar con la palpación se debe solicitar al paciente que muestre donde localiza el dolor con mayor intensidad y este debe ser el último sitio que se palpe. Se puede dividir el abdomen en cuatro cuadrantes, teniendo en consideración las vísceras que se encuentran en cada uno y comenzar la palpación en forma ordenada y sistemática. Se debe evaluar el tamaño del hígado buscando hepatomegalia.

Se debe revisar si el dolor aumenta con la palpación o es percibido por el paciente en otro lugar y buscar signos de irritación peritoneal mediante la compresión paulatina de la pared abdominal y la suspensión brusca de la compresión. Esto produce un dolor agudo en la región peritoneal irritada (sensibilidad de rebote), sugerente de peritonitis localizada o generalizada.

El examen rectal debe realizarse como complemento a la evaluación del abdomen cuando exista sospecha de hemorragia de origen intestinal o sospecha que el origen del dolor es por patología rectal buscando fisuras anales o presencia de fecalomas.

La realización de un examen ginecológico debe incorporarse en la evaluación de mujeres con dolor hipogástrico cuando se sospeche que este es su origen. En hombres y mujeres debe considerarse la evaluación de las regiones inguinales buscando la presencia de hernias. Hay que recordar que la patología genital masculina como prostatitis o epididimitis puede presentarse como dolor abdominal hipogástrico y complementar el examen con la evaluación genital si existe esta sospecha¹⁻⁵ (Tabla 3).

Percusión: Es muy concordante con la palpación, localizando sitios de alto dolor en una percusión suave. También permite estimar el tamaño de hígado o bazo.

Auscultación: Debe ser realizada antes de la palpación o percusión. Un abdomen silente es sugerente de peritonitis o íleo paralítico. El aumento de ruidos intestinales puede presentarse en obstrucción intestinal o en casos de gastroenteritis aguda. En el caso de la obstrucción intestinal, estos suelen ser de tonalidad alta y en la gastroenteritis aguda, usualmente acompañados de diarrea.

DOLOR ABDOMINAL EN ALGUNAS SITUACIONES ESPECIALES

Dolor abdominal en el adulto mayor

A medida que la población va envejeciendo, es más frecuente la consulta de adultos mayores con dolor abdominal quienes además tienen más riesgo que el resto de la población de presentar patologías de mayor riesgo vital como aneurisma de aorta, obstrucción intestinal, pancreatitis o diverticulitis aguda.

En este grupo etario es más compleja la evaluación por aspectos psicosociales, fisiológicos y farmacológicos. La obtención de información por parte del paciente puede ser dificultosa por la presencia de hipoacusia o alteraciones de visión y la presencia de alteraciones cognitivas dificultan el poder tener una secuencia adecuada y completa de los síntomas que ha presentado. Existe además la normalización de algunos síntomas como propios de la edad y no son identificados como anormales. El contar con la presencia de algún familiar o cuidador es de mucha utilidad en estos casos.

El envejecimiento genera múltiples cambios fisiológicos, que pueden incidir en presentaciones atípicas de las patologías. El uso de algunos medicamentos como betabloqueadores, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y opiáceos pueden modificar la presentación de síntomas y signos de las enfermedades, alterando la percepción del dolor y evitando la presencia de taquicardia o

Tabla 3. Signos físicos en el paciente con dolor abdominal agudo

Signo	Descripción	Diagnóstico
Signo de Murphy	Tope de la inspiración al palpar el cuadrante superior derecho	Colecistitis aguda
Signo de McBurney	Presencia de sensibilidad dolorosa entre la espina iliaca anterosuperior y el ombligo	Apendicitis aguda
Signo de Cullen	Coloración azulada periumbilical	Hemorragia retroperitoneal Hemorragia pancreática
Signo de Kehr	Dolor intenso localizado en hombro izquierdo	Rotura esplénica Rotura de embarazo ectópico
Signo del Psoas	Dolor con elevación de la pierna derecha recta contra resistencia	Apendicitis aguda retrocecal, con irritación del psoas

Adaptado de: Aproximación al paciente con enfermedad gastrointestinal. Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna⁵.

fiebre. El uso prolongado de AINES aumenta el riesgo de algunas enfermedades como patología ulcerosa péptica gastro-duodenal. La incidencia de enfermedades de mayor riesgo vital también se encuentra aumentada en pacientes ancianos⁶.

Inmunosupresión

Los pacientes inmunosuprimidos tienen más posibilidades de presentar infecciones oportunistas, que se pueden manifestar como dolor abdominal. También pueden tener presentaciones atípicas de enfermedades frecuentes y no presentar algunos síntomas de alerta como fiebre. En pacientes trasplantados, se debe considerar también posibles complicaciones post quirúrgicas⁷.

Infarto al miocardio

La presentación atípica del infarto, es más frecuente de ver en mujeres, diabéticos y mayores de 70 años. Pueden presentar exclusivamente dolor abdominal habitualmente epigástrico, náuseas y vómitos. Es perentorio descartar la presencia de patología cardiovascular especialmente en pacientes hipertensos, tabáquicos, dislipidémicos y/o portadores de antecedentes de patología coronaria previa⁷.

Angioedema hereditario

Los pacientes portadores de esta enfermedad tienen un defecto o deficiencia en el receptor C1, generando como consecuencia un exceso de producción de bradiquininas, que producen angioedema (hinchazón del tejido subcutáneo o mucoso). Como síntomas abdominales puede presentar dolor tipo cólico, distensión abdominal, vómitos. Es difícil diferenciar de otras causas de abdomen agudo en un primer episodio. Se debe considerar en pacientes con antecedentes clínicos y episodios previos de angioedema^{7,8}.

Insuficiencia suprarrenal aguda

La crisis de insuficiencia suprarrenal se produce por un déficit

en la producción de mineralocorticoides. El gatillante normalmente es estrés o infecciones y normalmente se ve en pacientes que desconocen su diagnóstico o que por vómitos no pueden tomar la dosis de corticoides extra frente a situaciones de estrés. La suspensión brusca de aporte externo de corticoides también puede comportarse como una insuficiencia suprarrenal aguda. En su presentación clínica es habitual encontrar dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos^{7,9}.

Porfiria aguda intermitente

Las porfirias son alteraciones metabólicas que comprometen la biosíntesis del grupo heme. Pueden afectar las vísceras, la piel y tener compromiso neurológico. Un grupo de ellas, las porfirias agudas intermitentes presentan episodios de intenso dolor abdominal, acompañado de náuseas, vómitos, orinas rojizas, taquicardia, sudoración e hipertensión^{7,8}.

Isquemia mesentérica

Más frecuente de encontrar en adultos mayores, con antecedentes de enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular, también en diabéticos y como complicación de sepsis y deshidratación. Su mortalidad puede llegar a 70%. La etiología es embólica en el 75% de los casos y secundaria a trombosis arterial aguda en el otro 25%. Se presenta como un dolor abdominal tipo cólico, generalmente periumbilical que luego se hace difuso. Puede acompañarse de vómitos y diarrea. Buscar dirigidamente historia de angina mesentérica que es la presencia de dolor tipo cólico postprandial. El examen físico inicial es inespecífico y en general existe una desproporción entre el dolor y los hallazgos abdominales^{1,8,10}.

Dolor abdominal de origen funcional

El síndrome de intestino irritable (SII) es la causa más frecuente de dolor abdominal de origen funcional. Puede afectar a cualquier individuo, pero se observa con más frecuencia en mujeres

y su diagnóstico es más frecuente en menores de 50 años. Se caracteriza por dolor abdominal recurrente y cambio en el hábito intestinal, muchas veces asociado a distensión del abdomen con alteraciones en la frecuencia y características de las deposiciones. Puede ser el debut de la patología o una exacerbación de un cuadro crónico no mayormente estudiado.

Alteraciones en la sensibilidad gastrointestinal, función autonómica, flora bacteriana, vías de la serotonina y sistema inmune de la mucosa se han descrito como mecanismos de la enfermedad^{2,11,13} (Tabla 4 y 5).

Tabla 4. Criterios diagnósticos SII

Dolor abdominal recurrente en promedio al menos 1 día a la semana, por los últimos 3 meses, asociado con 2 o más de los siguientes criterios:

1. Relacionado a la defecación
2. Asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
3. Asociado con un cambio en la forma (aparición) de las deposiciones.

Adaptación criterios Roma IV¹²

Tabla 5. Causas comunes de dolor abdominal y su presentación

Patologías	Epidemiología	Presentación	Examen físico
Inflamación gástrica, esofágica o duodenal	Cualquier grupo etario. Consultar por uso de AINES.	Dolor de predominio epigástrico, puede estar acompañado de pirosis. Se relaciona con la alimentación. Puede ser exacerbado por el ayuno en caso de úlcera.	Dolor a la palpación del epigastrio, sin rebote. La perforación o sangrado de úlcera produce intenso dolor y puede presentar signos de irritación peritoneal, hematemesis y/o melena.
Apendicitis aguda	Peak de presentación en adolescentes y adultos jóvenes. En adultos mayores mayor riesgo de perforación.	Dolor epigástrico o periumbilical que migra a fosa iliaca derecha en 8 a 12 horas. (50-60% casos) Puede presentar fiebre baja, anorexia y a veces vómitos.	Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha con signos de irritación peritoneal.
Patología biliar (colecistitis)	Presentación habitual entre 35 y 60 años. Mayor frecuencia en mujeres.	Dolor cólico a nivel hipocondrio derecho que se irradia a región subescapular derecha. Puede tener historia de dolor similar previo. Se puede acompañar de náuseas o dolor postprandial. Se puede complicar con colecistitis aguda, colangitis (dolor, fiebre e ictericia) y pancreatitis.	Fiebre en caso de colecistitis o colangitis. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Puede tener signo de rebote o ictericia acompañantes.
Cólico ureteral	Peak entre 30 y 40 años, más frecuente en hombre.	Dolor de inicio brusco en flanco con irradiación a región inguinal ipsilateral. Se acompaña de náuseas, vómitos, palidez y sudoración. Paciente se mueve constantemente.	Examen abdominal usualmente normal o puede haber dolor en puntos ureterales, no acorde con la intensidad del dolor.
Diverticulitis	Incidencia aumenta con la edad. Más frecuente en hombres. Recurrencias son frecuentes.	Dolor en fosa iliaca izquierda que puede acompañarse de fiebre, náuseas y vómitos. Frecuente descripción de cambio en las características de las deposiciones.	Puede presentar fiebre. Dolor en fosa iliaca izquierda, con o sin síntomas de irritación peritoneal.
Gastroenteritis aguda	Frecuentes a cualquier edad. Pueden presentarla varios miembros de una familia. Historia de viajes, contacto con niños, ingesta de alimentos sospechosos, uso de antibióticos últimos meses o inmunosupresión.	Dolor mal localizado, intermitente, cólico o difuso. Diarrea generalmente acuosa. Se acompaña de náuseas y vómitos, a veces fiebre.	Examen abdominal inespecífico con aumento de ruidos hidroaéreos. Puede tener fiebre.

Adaptado de: *Abdominal Pain. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.*¹

SÍNTESIS

El dolor abdominal es una patología de frecuente presentación en consulta ambulatoria y de urgencia, siendo siempre para el médico a cargo un desafío el poder orientar su estudio. Una historia clínica completa y detallada acompañada de un examen físico ordenado y acucioso, es la primera herramienta con la que cuenta, para poder decidir los estudios a los que someterá al paciente. Conocer las patologías de riesgo vital que pueden

presentarse como dolor abdominal permite buscar sus síntomas y signos y poder diagnosticarlas rápidamente, ofreciendo al paciente la terapéutica médica o quirúrgica que requiere. La existencia de grupos de pacientes que por sus condiciones clínicas suelen tener una presentación inusual de la enfermedad o mayor posibilidad de tener condiciones de alto riesgo vital, es otro elemento que debe ser buscado dirigidamente en la historia clínica.

Declaración de conflicto de interés

La autora declara que no tiene conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Budhram G, Bengiamin R. Abdominal Pain. En: *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. Elsevier Health Sciences. 8th ed. 2013;1:223-231.
2. Bates C, Plevris J. Clinical evaluation of abdominal pain in adults. *Medicine*. 2013;41(2):81-86. doi:10.1016/j.mpmed.2012.11.005
3. Penner R, Fischman M. Evaluation of the patient with abdominal pain. *Uptodate*. 2021. www.uptodate.com
4. Goic A. Abdomen agudo. En: *Semiología Médica*. Ed. Mediterráneo. 4ed, 2018: 234-237.
5. McQuiad K. Aproximación al paciente con enfermedad gastrointestinal. En: *Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna*. Elsevier 26ed. 2021: 816-31.
6. Leuthauser A, McVane B. Abdominal Pain in the Geriatric Patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2016 May;34(2):363-75. doi: 10.1016/j.emc.2015.12.009.
7. Palmer J, Pontius E. Abdominal Pain Mimics. *Emerg Med Clin North Am*. 2016 May;34(2):409-23. doi: 10.1016/j.emc.2015.12.007.
8. Armentia A, Martín S, Fernández S. Urticaria y angioedema. *Medicine*. 2021; 13:1555-63. doi: 10.1016/j.med.2021.03.010
9. Arteaga V, de la Plaza R, Ramia J. Dolor abdominal agudo. *Medicine*. 2019;12(87):5100-8. doi:10.1016/j.med.2019.10.002
10. O'Keefe K, Sanson T. Mesenteric Ischemia. En: *Emergency Medicine: Clinical Essentials*. WB Saunders Co. 2ed. Philadelphia; 2013:292-298.
11. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, Harris LA, Lacy BE, Saito YA, Quigley EMM; ACG Task Force on Management of Irritable Bowel Syndrome. American College of Gastroenterology Monograph on Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018 Jun;113(Suppl 2):1-18. doi: 10.1038/s41395-018-0084-x.
12. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med*. 2017 Oct 26;6(11):99. doi: 10.3390/jcm6110099.
13. Spiller R. Clinical update: irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2007 May 12;369(9573):1586-8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60726-0.