

Dolor abdominal agudo

Fecha de la última revisión: 08/04/2013

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son sus causas?](#)
3. [¿Cómo debe hacerse el diagnóstico de un paciente con DAA?](#)
4. [Algoritmo de manejo del DAA](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico de multitud de procesos que si bien suele ser originado por causas intraabdominales, también puede ser provocado por procesos extraabdominales o por enfermedades sistémicas (Díaz M, 2007).

El término dolor abdominal agudo (DAA) se aplica a aquellos pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación (Díaz M, 2007). Arbitariamente, puede definirse como aquel que tiene una evolución inferior a 7 días (Montoro MA, 2006).

Debemos diferenciar el concepto de abdomen agudo de un cuadro de dolor abdominal. El abdomen agudo puede definirse como un cuadro clínico caracterizado por la presencia de dolor abdominal de inicio brusco con importante repercusión del estado general. Exige un enfoque sistemático y ordenado para establecer un diagnóstico precoz, ya que con frecuencia implica la consideración de una intervención quirúrgica y porque la vía final común es la peritonitis, que suele seguirse de shock, insuficiencia renal aguda, acidosis, insuficiencia respiratoria, sepsis y cifras elevadas de mortalidad (Hutsey F, 2005).

La mayoría de los clínicos resaltan las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto ante un DAA. Sólo el 60% de los casos subsidiarios de ingreso son diagnosticados correctamente. Por todo ello, debemos considerar el DAA como un auténtico desafío clínico (Díaz M, 2007).

Para una correcta evaluación, se requiere un conocimiento básico de los siguientes aspectos (Díaz M, 2007):

- Mecanismos responsables del dolor.
- Entidades clínicas implicadas en su etiopatogenia.
- Los patrones típicos de presentación.
- Causas inusuales y/o factores que con frecuencia conducen a error.

¿Cuáles son sus causas?

Para realizar una correcta orientación etiológica, nos será de gran ayuda conocer las bases fisiopatológicas del DAA.

El dolor abdominal puede tener diferentes desencadenantes y vías de propagación, así, podemos distinguir tres tipos: dolor visceral, dolor referido y dolor parietal (tabla 1).

Tabla 1. Tipos de dolor abdominal (Montoro MA, 2010; Patiño JF, 2012).		
Dolor visceral	Dolor referido	Dolor parietal
• Transmitido principalmente por fibras ubicadas en las paredes de los órganos huecos y en la cápsula de los órganos sólidos. • Se produce por distensión, inflamación, isquemia o por afección directa. • Mal delimitado, puede percibirse en la línea media por la inervación bilateral. • Comienzo gradual, sordo, urente o cólico. • Se asocia frecuentemente a síntomas vegetativos: inquietud, sudoración, palidez, náuseas y vómitos. • No existen áreas de hiperalgesia ni de contractura muscular.	• Se percibe en una localización distante al estímulo máximo. • Aparece cuando el estímulo visceral es más intenso o el umbral del dolor está disminuido. • El patrón de irradiación ayuda al diagnóstico.	• Localizado exactamente en la zona estimulada, debido a la distribución unilateral de la inervación somática. • Es el dolor somático o secundario que se origina en estímulos de la musculatura, ligamentos, huesos, nervios y vasos sanguíneos por el proceso patológico. • Se agrava con la tos, la deambulación y a la palpación de la zona afectada. • Se acompaña de hiperalgesia y defensa muscular.

Un ejemplo clásico es la apendicitis aguda. La obstrucción de la luz apendicular, produce distensión de sus paredes y se desencadena un proceso inflamatorio, que se traduce en el comienzo de la sintomatología como dolor abdominal difuso y mal localizado con componente vegetativo (dolor visceral), conforme progresa la afectación de la pared, se irrita el peritoneo parietal por vecindad y aparece un dolor localizado en fosa ilíaca derecha con contractura muscular (dolor parietal) (Hutsey F, 2005; Montoro MA, 2010).

Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal se pueden agrupar en tres grandes grupos: de tipo mecánico, de tipo inflamatorio y de tipo isquémico:

- Mecánicos: son la tracción, la distensión y estiramiento sobre las capas musculares de las vísceras huecas, el peritoneo y la cápsula de las vísceras macizas. Es importante que se produzca de modo brusco pues una instauración progresiva puede no ocasionar dolor.
- Inflamatorias e isquémicos: la liberación de sustancias implicadas en el proceso inflamatorio tanto físico (cese del riego sanguíneo) como infeccioso, es un poderoso estímulo doloroso, así como los cambios en la temperatura y PH (asociados al metabolismo anaerobio en el caso de la isquemia) (Hutsey F, 2005; Díaz M, 2007).

Teniendo en cuenta las bases fisiopatológicas del DAA, debemos esforzarnos en clasificar el caso de un paciente con DAA en uno de estos cinco grandes síndromes:

1. Inflamación visceral.
2. Oclusión intestinal.
3. Isquemia intestinal.
4. Perforación visceral.
5. Hemorragia intraabdominal.

Este esquema nos ayuda a ser sistemáticos en la evaluación, antes de plantear el diagnóstico etiológico (Montoro MA, 2010).

Debemos tener en cuenta que existen causas intra y extraabdominales y que el listado de las mismas es amplio (tabla 2).

Tabla 2. Causas intra y extraabdominales del dolor abdominal agudo (Montoro MA, 2006; Montoro MA, 2010).	
Causas intraabdominales	Causas extraabdominales
• Estómago y duodeno: úlcera péptica con penetración o perforación, vólvulo gástrico. • Intestino delgado: GEA, apendicitis, EII, obstrucción, pseudooclusión, perforación, isquemia intestinal, isquemia mesentérica aguda, angina intestinal, diverticulitis de Meckel. • Intestino grueso: colitis infecciosa, EII, megacolon, diverticulitis, perforación, oclusión, colitis isquémica. • Hígado: hepatitis aguda, síndrome de Budd-Chiari, trombosis portal, infarto hepático, absceso hepático, rotura o necrosis de tumor hepático. • Vías biliares y páncreas: colangitis, colecistitis, pancreatitis. • Bazo: rotura de bazo, infarto esplénico. • Aparato genital femenino: rotura o torsión de quiste ovárico, salpingitis aguda, embarazo ectópico, rotura uterina, endometritis, piosalpinx, amenaza de aborto, dismenorrea, ovulación. • Urológicas: cólico nefrítico, ITU, pielonefritis, perinefritis, absceso perirrenal, torsión de testículo, retención urinaria, prostatitis. • Retroperitoneo: rotura o disección de aneurisma abdominal, hemorragia peritoneal. • Pared abdominal: hematomas de los músculos rectos. • Peritoneo: peritonitis bacteriana primaria o espontánea. • Mesenterio: linfadenitis mesentérica.	• Torácicas: IAM, pericarditis, miocarditis, endocarditis, neumonía basal, neumotórax, infarto pulmonar, rotura de esófago. • Metabólicas: enfermedad de Addison, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, tirotoxicosis, hipercalcemia, uremia, cetoacidosis diabética, hiperlipoproteinemia, angioedema hereditario. • Hematológicas: drepanocitosis, porfiria aguda intermitente. • Tóxicas: intoxicación por plomo, picaduras, privación de opiáceos, caústicos, anticolinérgicos, bezoares, cocaína, anfetaminas, paracetamol, alcohol. • Conectivopatías: AR, LES, púrpura de Schönlein-Henoch, panarteritis nudosa. • Síndromes autoinflamatorios: fiebre mediterránea familiar, fiebre periódica familiar (síndrome TRAPS), hiperinmunoglobulinemia IgD (HIDS), síndrome PFAPA (estomatitis aftosa, faringitis y adenitis). • Neurológicas: herpes zóster, tabes dorsal, causalgia, epilepsia abdominal. • Vertebrales: dolor radicular, íleo secundario a fractura vertebral.

¿Cómo debe hacerse el diagnóstico de un paciente con DAA?

La aproximación diagnóstica al paciente con dolor abdominal agudo se apoya en una anamnesis detallada, una exploración física meticulosa y un uso racional y eficaz de pruebas complementarias de las que disponemos (González F, 2012).

Anamnesis

La historia clínica debería interrogar tres puntos esenciales: antecedentes clínicos del paciente, semiología del dolor y síntomas asociados.

A. Antecedentes personales:

La correcta realización de la historia clínica y la exploración física, son el primer paso para el diagnóstico diferencial y para que el médico de atención primaria sea preciso en el enfoque y la derivación del paciente a los servicios de urgencias (González F, 2012; Díaz M, 2007).

- Edad y sexo.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes médicos:
 - Enfermedades metabólicas: el hiperparatiroidismo o la hiperlipoproteinemia se encuentran implicadas en la etiopatogenia de algunas pancreatitis. Otras como el hipotiroidismo, la Diabetes Mellitus o la enfermedad de Parkinson, pueden provocar episodios de pseudo-obstrucción intestinal.
 - Factores de riesgo cardiovascular (FRCV), arritmias y estados de hipercoagulabilidad: nos deben poner en alerta para sospechar un cuadro de isquemia intestinal.
- Antecedentes quirúrgicos: el antecedente de una laparatomía previa tiene especial relevancia, puesto que la presencia de bridas es una de las causas más frecuentes de oclusión del intestino delgado.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Abuso de alcohol: frecuentemente se relaciona con episodios de pancreatitis.

- Consumo de drogas u otras sustancias tóxicas: drogas vasoconstrictoras como la cocaína pueden desencadenar un cuadro de isquemia intestinal.
- Tratamiento actual: especial atención a analgésicos e inmunosupresores.
- Última ingesta oral.
- Hábito intestinal.
- Episodios similares previos.
- Datos psicosociales: la práctica de ejercicio físico o algún deporte (por ejemplo, los corredores de grandes distancias), pueden incrementar la probabilidad de desarrollar episodios de isquemia cólica.

B. Semiología del dolor:

Muchas veces nos da la clave del diagnóstico y es uno de los pilares para orientar el diagnóstico diferencial (Díaz M, 2007; Prieto JM, 2005).

1. Tiempo de inicio y duración (“Guía de abordaje”, 2010)

- Súbito:
 - Perforación de víscera hueca (úlcera péptica perforada, rotura de aneurisma aórtico, disección aorta, embarazo ectópico roto).
 - Isquemia cardíaca (IAM) o mesentérica.
 - Torsión de quiste ovárico o torsión testicular.
 - Litiasis ureteral.
- Rápido/progresivo (minutos/horas):
 - El cólico nefrítico o la pancreatitis aguda pueden ocasionar un cuadro de comienzo brusco o que progresa en pocos minutos, pero también pueden tener un inicio más insidioso.
 - Hernia estrangulada.
 - Vólvulos.
- Gradual (horas):
 - Síndrome de inflamación visceral (apendicitis, colecistitis, diverticulitis, pancreatitis, cólico biliar).
 - Úlcera péptica.
 - Infección urinaria, retención urinaria.
 - Obstrucción intestino delgado.

2. Localización

Podemos orientar mejor el cuadro si clasificamos las posibilidades diagnósticas en torno a tres localizaciones genéricas (tabla 3).

Tabla 3. Localizaciones genéricas del dolor abdominal (Montoro MA, 2006).		
Superior	Inferior	Difuso
• Procesos hepatobiliares y pancreáticos. • Enfermedad relacionadas con el ácido: esofagitis y úlcera péptica. • Ingesta de AINES. • Infarto y absceso esplénico. • Neumonía. • Infarto agudo de miocardio. • Herpes zóster. • TEP.	• Apendicitis aguda. • Enfermedad diverticular de colon. • Cálculos reno-ureterales. • Enfermedad pélvica inflamatoria. • Causas gineco-obstétricas.	• Casi siempre es expresión de un síndrome de inflamación visceral grave: isquemia mesentérica, oclusión intestinal y peritonitis. • Otras: gastroenteritis aguda, migraña abdominal, enfermedades sistémicas y metabólicas.

3. Irradiación y migración

El cambio en la localización del dolor tiene importancia diagnóstica. Debemos distinguir la ubicación del dolor en el momento de la exploración del paciente, de la ubicación cuando se inició el dolor (Patiño JF, 2012).

- Irradiación a hipocondrio derecho y zona subescapular: cólico biliar y colecistitis.
- “Dolor en cinturón”: típico en pancreatitis, aunque también puede aparecer cuando hay una marcada distensión gástrica o intestinal, o en personas con bajo umbral del dolor.
- Irradiación a espalda: procesos bilio-pancreáticos, úlcera péptica con signos de perforación, patología reno-ureteral o vertebral, procesos ginecológicos. No debemos olvidarnos nunca del aneurisma de aorta abdominal.
- Irradiado a ingle: propio del cólico nefrítico y del aneurisma disecante de aorta.

4. Intensidad

Suele relacionarse con la gravedad (en escala de 1-10).

5. Tipo de dolor (Patiño JF, 2012)

- Muy agudo: no se alivia con analgésicos, suele indicar trastornos vasculares.
- Intenso: se controla rápidamente con analgésicos endovenosos. Característico de pancreatitis aguda, peritonitis, isquemias intestinales por estrangulamiento o por accidente vascular.
- Sordo, vago y mal localizado: no requiere analgesia para su control y generalmente es de inicio gradual. Típico de la apendicitis aguda y de la diverticulitis.
- Intermitente o de tipo cólico: suele acompañarse de ruidos peristálticos marcados. Característico de GEA y de la obstrucción intestinal.

6. Factores modificadores (Díaz M, 2007; “Guía de abordaje”, 2010; Hutsey F, 2005; García A, 2011)

Circunstancias que agravan o alivian el dolor. Cambios posturales, ingesta de alimentos, vómitos, defecación, palpación, ejercicio físico, etc. Ejemplos:

- Colitis: mejora tras las deposiciones.
- Pancreatitis: mejora al inclinarse hacia delante.
- Ulceroso: aumenta tras la ingesta.
- Irritación peritoneal: aumenta con el movimiento.

C. Síntomas asociados:

El dolor abdominal no suele presentarse como único síntoma en un paciente, sino acompañado por otra sintomatología que nos ayuda a disminuir su carácter inespecífico (tabla 4).

Tabla 4. Síntomas asociados (Montoro MA, 2006; González F, 2012).	
Fiebre	Temprana: proceso neumónico, infección renal, biliar o enterocolitis.
	Tardía: apendicitis, diverticulitis o colecistitis.
Escalofrío	Característico de las infecciones urinarias y del sistema biliar.
Síntomas gastrointestinales	Anorexia: su ausencia es prácticamente incompatible con el diagnóstico de apendicitis.
	Náuseas.
	Vómitos: • Materias vomitadas (vómito alimenticio, bilioso, fecaloideo, etc.). El vómito fecaloideo sugiere un cuadro de oclusión, aunque puede aparecer también en el íleo secundario a peritonitis. • Relación del vómito con el dolor, que suele aliviar el disconfort en la oclusión mecánica.
	Estreñimiento: acompaña frecuentemente a los cuadros de dolor abdominal agudo como la oclusión intestinal, la isquemia mesentérica o la inflamación visceral (excepto gastroenteritis infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal y colitis isquémica).
	Diarrea: si es acuosa asociada a dolor sugiere gastroenteritis por mecanismo enterotóxico.
	Productos patológicos en heces: • Sangre y pus: colitis infecciosa, EII, colitis isquémica. • Sangrado de mayor cuantía, sospechar: enfermedad diverticular, angiodisplasia, fístula aorto-entérica.
	Ictericia: problema en la encrucijada hepato-biliopancreática, hígado de sepsis o crisis hemolíticas.
Síntomas cardiovasculares	Síncope: IAM, aneurisma de aorta abdominal, embarazo ectópico, hemorragia intestinal, rotura de bazo.
Síntomas respiratorios	Disnea, tos.
Síntomas urológicos	Disuria, polaquiuria, tenesmo.
Síntomas ginecológicos	Atención a los antecedentes gineco-obstétricos especialmente en mujeres en edad fértil. Interrogar historia menstrual y posibilidad de embarazo.
Otros	Síndrome constitucional.

Exploración física

Debemos comenzar siempre con una evaluación del estado general. Para verificar la inspección y los demás procedimientos exploratorios, el paciente debe estar en decúbito supino y con el abdomen completamente descubierto. La bipedestación se utiliza para el estudio de la estática abdominal y para poner de manifiesto posibles hernias (tabla 5).

Tabla 5. Exploración física general (Montoro MA, 2006; Montoro MA, 2010).	
Estado general	• Constantes: FC, FR, Tª, PA, cambios ortostáticos de la PA, pulsos. • Descartar signos de mal pronóstico: alteración hemodinámica, alteración del nivel de conciencia, cambios coloración piel y mucosas, ausencia de pulsos distales, dificultad respiratoria, crepitantes, etc.
Inspección	• Movilidad espontánea de la pared abdominal y con los movimientos respiratorios (en los procesos que cursan con irritación peritoneal se produce inmovilidad durante la respiración, existiendo una respiración superficial). • Cicatrices de intervenciones anteriores. • Simetría abdominal.

	• Masas protuberantes o distensión abdominal. • Circulación colateral, vesículas (herpes zoster) u otros signos cutáneos como la equimosis periumbilical (signo de Cullen) y en flancos (signo de Grey-Turner) que son característicos de las pancreatitis necrohemorrágicas graves. • Otros signos clásicos como el "nódulo de la hermana María José" (masa en región umbilical y representa una metástasis cutánea de un adenocarcinoma intraabdominal), etc.
Auscultación	• Valora la intensidad y características de los ruidos abdominales. • Debe realizarse durante unos 2 minutos. • En un peristaltismo normal se escucha ruido intestinal cada 1 a 3 minutos, pudiendo encontrar ausencia de ruidos (ileo paralítico o reflejo por peritonitis), ruidos metálicos (característicos de la obstrucción intestinal), etc. • Valorar la existencia de soplos intraabdominales (característicos de aneurismas aórticos).
Palpación	• Es aconsejable empezar por el punto más alejado de la zona problema para evitar provocar una contractura (defensa abdominal) que dificulte la palpación de otras áreas. Son signos de irritación peritoneal: ◦ Dolor intenso tras la descompresión brusca del abdomen. ◦ Hipersensibilidad desencadenada por la tos o por movimientos bruscos. ◦ Contractura abdominal. • Dolor significativo a la palpación en el área afecta. • Signo de Murphy: valora la existencia de una colecistitis aguda. Se colocan las puntas de los dedos en el hipocondrio derecho y se manda al paciente que realice una inspiración profunda, produciéndose un dolor agudo a ese nivel debido al descenso del diafragma que desplaza al hígado y a la vesícula inflamada. • Signo de Blumberg: dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa. En la fosa ilíaca derecha es muy indicativo de apendicitis aguda. • Signo de Rovsing: dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda. También es indicativo de apendicitis aguda. • Signo de Cope o del dolor contralateral: consiste en presionar sobre la zona contralateral a la zona dolorosa y descomprimir bruscamente. Si la lesión es intraabdominal, se exagera el dolor en la zona afecta; en cambio si es un dolor referido (por ejemplo torácico), no se modificará. • Signo del Psoas: se coloca la mano del explorador en la fosa ilíaca y se ordena al paciente que flexione el muslo oponiéndose a dicha flexión con la otra mano. Se considera positivo si se produce dolor intenso en dicha zona. Es positivo en la apendicitis retrocecal, abscesos del psoas, algunas pancreatitis, etc. Se produce por irritación del músculo psoas en procesos retroperitoneales. • Signo del obturador: se flexiona el muslo del enfermo y se realiza rotación interna y externa, produciéndose dolor intenso. Es positivo en la apendicitis pélvica, abscesos intrapélvicos, etc. • Tacto rectal: se explora la próstata y vesículas seminales, útero; se buscarán masas rectales, ocupación del fondo de saco de Douglas y exacerbación del dolor a la presión. Es importante observar al retirar el guante las características de las heces y si existe sangre, moco o pus en las mismas. • Tacto vaginal: exploramos el útero y anejos, masas, desencadenamiento del dolor a la palpación del cuello, etc. Es importante realizar una exploración bimanual: tacto vaginal-abdomen.
Percusión	Valoramos la existencia de matideces o timpanismos abdominales. • Una matidez fisiológica es el reborde hepático, si esta matidez se extiende más de 2 traveses de dedo por debajo del reborde costal se considerará la existencia de hepatomegalia. • Una distensión abdominal con timpanismo generalizado es signo de distensión abdominal, sin embargo una distensión abdominal con matidez generalizada es sugerente de ascitis, que podemos corroborar con cambios de timpanismo y matidez según los diferentes decúbito. • Matideces en localizaciones anómalas son indicativas de organomegalias (esplenomegalia) y masas intraabdominales.

Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias han de ser solicitadas con un diagnóstico de sospecha ya que pueden aparecer hallazgos que provoquen confusión (falsos positivos y falsos negativos).

El número de pruebas diagnósticas a realizar, se incrementa proporcionalmente a la edad de los pacientes, ya que la hipoacusia, el deterioro cognitivo y el tener una menor sensibilidad visceral, contribuyen a enmascarar síntomas y signos en el paciente anciano (Díaz M, 2007; De Dombal FT, 1994).

Hemos de tener en cuenta también los riesgos que implican, como la exposición a radiación ionizante o los efectos adversos del contraste iodado.

En un paciente con DAA las pruebas iniciales son:

A. Pruebas de laboratorio:

- **Hemograma:** si observamos hematocrito bajo y no hay signos de sangrado consideráramos pancreatitis necrótico-hemorrágica o hemoperitoneo. Una leucocitosis con desviación izquierda suele deberse a proceso séptico (Jiménez L, 2010).
- **Coagulación:** debemos solicitarla en enfermos anticoagulados, sospecha de sepsis o coagulación intravascular diseminada y en los preoperatorios.
- **Bioquímica:** glucosa, urea, creatinina, iones, amilasa, lipasa, AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, PCR y equilibrio ácido base resultan de utilidad para discernir la etiología y gravedad de un proceso biliopancreático (Díaz M, 2007). Lactato en caso de sospecha de sepsis.
- **Gasometría:** en caso de sospecha sepsis, shock, ingestión de tóxicos, cetoacidosis, insuficiencia renal o isquemia mesentérica.

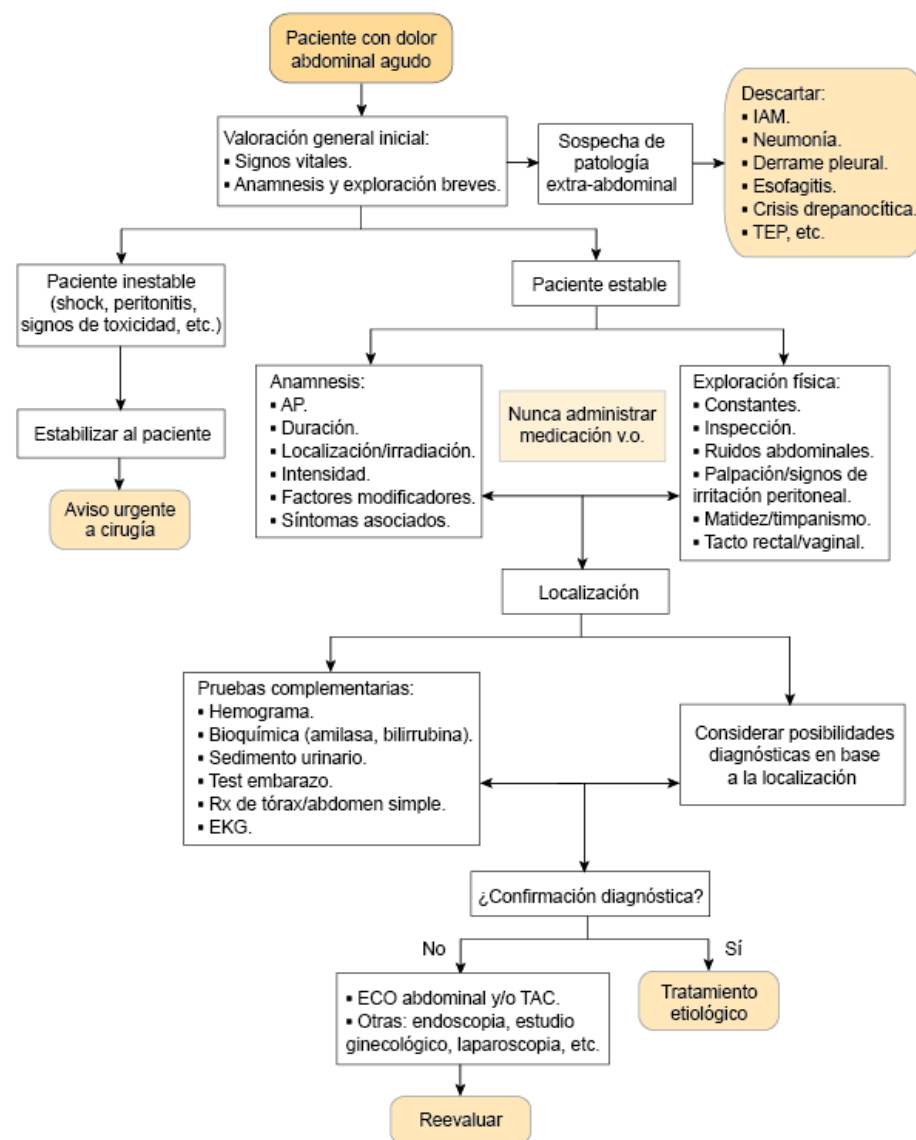
- **Básico de orina:** fundamentalmente en sospechas de infección urinaria, cólico nefrítico y cetoacidosis. Un examen de orina sin hematuria microscópica no descarta un cólico nefrítico.
- **Test de embarazo:** en mujeres en edad fértil.

B. ECG: se debe solicitar en pacientes con dolor en piso abdominal superior para descartar patología coronaria.

C. Pruebas de imagen:

- **Radiografía tórax ántero-posterior:** para descartar procesos torácicos que provoquen dolor abdominal (neumonía, infarto de miocardio, derrame pleural, etc.).
- **Radiografía simple de abdomen:** es la primera prueba de imagen por simplicidad y coste. Su utilidad en el paciente no traumático es controvertida (Van Randen A, 2011; Del Arco C, 2008). Sus principales indicaciones son la obstrucción intestinal, perforación, ingesta de cuerpo extraño y localización de catéteres. En la obstrucción intestinal no nos aporta la localización exacta de la misma por lo que se prefiere el TAC. En caso de neumoperitoneo la visualización es mejor en una radiografía de tórax en bipedestación y tiene menos radiación(Panebianco NL, 2011).
- **Ecografía abdominal:** posibilita una evaluación rápida en el paciente inestable. Permite ver líquido libre, aneurisma abdominal, ruptura de embarazo ectópico, entre otras. Es la prueba de imagen de primera elección para la evaluación de vesícula y vía biliar (Panebianco NL, 2011). No tiene radiación ionizante, por lo cual se utiliza en sospecha de apendicitis en niños y embarazadas.
- **Ecografía transvaginal:** es más específica que la abdominal en caso de sospecha de patología ginecológica.
- **Tac abdominal:** es la prueba más sensible y específica (Del Arco C, 2008). Supone un importante aumento de radiación ionizante para el paciente 15-31 mS (una radiografía de tórax tiene 0,1 mS); la mortalidad atribuible en un año es de 0,14%. Ofrece imágenes de alta resolución y cuando se barajan varias hipótesis diagnósticas es de gran rendimiento. Nos permite localizar con exactitud la causa de la oclusión intestinal, es de primera elección en sospecha de apendicitis en población no susceptible a radiación y se utiliza en caso de sospecha de pancreatitis complicada. Tiene el inconveniente de su alto coste y de alejar al paciente del área de urgencias. El TAC con contraste no aporta información adicional (Panebianco NL, 2011).
- **Resonancia magnética nuclear (RMN):** es de escaso uso en dolor abdominal quedando reservada para patología hepática o biliar en la que la ecografía y el TAC no son concluyentes como pueden ser la coledocolitiasis, colangitis recurrentes o lesiones ocupantes de espacio hepático (Del Arco C, 2008).
- **Estudios con contraste** (enema opaco, eco-doppler contraste, gammagrafía, urografía): son pruebas que se suelen utilizar de forma diferida para confirmación diagnóstica.
- **Laparoscopia:** es un elemento usado en el diagnóstico y tratamiento del DAA, aunque su eficiencia diagnóstica es baja (Navarro JA, 2009).
- **Angiografía abdominal:** se trataba de la prueba de elección ante la sospecha de isquemia mesentérica pero con las nuevas técnicas de TAC ha sido desbancada.
- **Endoscopia digestiva:** la colonoscopia se solicitará ante una hemorragia digestiva baja con repercusión hemodinámica; no está indicada en el caso de diverticulitis aguda. La gastroscopia sería de utilidad ante un episodio de hemorragia digestiva alta.

Algoritmo de manejo del DAA



Algoritmo de manejo

Bibliografía

- de Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. J Clin Gastroenterol. 1994;19(4):331-5. PubMed [PMID: 7876517](#)
- del Arco Galán C, Parra Gordo ML, García-Casasola Sánchez G. Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo. Rev Clin Esp. 2008;208(10):520-4. PubMed [PMID: 19100135](#)
- Díaz Tie M. Dolor abdominal agudo [Internet]. Arch Cir Gen Dig. [Online]. 2007 [acceso 5/11/2012]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir12-07/12-07-01.htm>
- EPSY MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. Guía de abordaje del paciente con dolor abdominal [Internet]. En: Guías de atención integral en salud [acceso 5/11/2012]. Disponible en: http://www.epssura.com/guias/04guia_dabdom.pdf
- García Marín A, Sánchez Rodríguez T, Camarero Mulas C, Turégano Fuentes F. Dolor abdominal. Abdomen agudo. Medicine. 2011;10(90):6069-77.
- González San Martín F, Martín Arribas MI, Perianes Díaz E, Rodríguez Pérez A. Dolor abdominal agudo en el adulto. Medicine. 2012;11(6):355-64.
- Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, Gerson LW, Blanda M, Lewis LM. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. Am J Emerg Med. 2005;23(3):259-65. PubMed [PMID: 15915395](#)
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2010. ISBN 13: 978-84-8086-469-5.
- Montoro MA. Dolor abdominal agudo. En Montoro MA. Manual de emergencias en gastroenterología y hepatología. Madrid: Jarpyo Editores S.A.; 2010. p. 77-199. ISBN 13: 978-84-96549-74-6.
- Montoro MA. Dolor abdominal agudo. En: Montoro MA. Problemas comunes en la práctica clínica: gastroenterología y hepatología. Tomo I. Madrid: Jarpyo Editores S.A.; 2006. p. 85-100. ISBN 13: 978-84-96549-26-5.
- Navarro Fernández JA, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, López Cara MA. Validity of tests performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted at an emergency department. Rev Esp Enferm Dig. 2009;101(9):610-8. PubMed [PMID: 19803663](#). [Texto completo](#)
- Panebianco NL, Jahnes K, Mills AM. Imaging and laboratory testing in acute abdominal pain. Emerg Med Clin North Am. 2011;29(2):175-93, vii. PubMed [PMID: 21515175](#)
- Patiño JF. Dolor abdominal agudo [Internet] [acceso 5/11/2012]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/5-2.htm>
- Prieto Valtueña JM. Exploración clínica práctica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005. ISBN 13: 978-84-458-1423-9
- van Randen A, Laméris W, Luitse JS, Gorzeman M, Hesselink EJ, Dolmans DE, et al.; OPTIMA study group. The role of plain radiographs in patients with acute abdominal pain at the ED. Am J Emerg Med. 2011;29(6):582-589.e2. PubMed [PMID: 20825832](#)

Más en la red

- Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008 Apr 1;77(7):971-8. PubMed [PMID: 18441863](#)

- Howell JM, Eddy OL, Lukens TW, Thiessen ME, Weingart SD, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis. Ann Emerg Med. 2010 Jan;55(1):71-116. PubMed [PMID: 20116016](#)
- Kilpatrick CC, Orejuela FJ. Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008 Dec;20(6):534-9. PubMed [PMID: 18989127](#)
- Navarro Fernández JA, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, López Cara MA. Validez de las pruebas diagnósticas realizadas a pacientes con dolor abdominal agudo en un servicio de urgencias hospitalario. Rev Esp Enferm Dig. 2009 Sep;101(9):610-8. PubMed [PMID: 19803663](#)

Autoras

■ Sandra de la Fuente Sánchez	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
■ Soraya M. Souto Pedrouzo	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
■ Josefina M. Cabanela López	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
■ Arantxa Díaz Otero	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)

(1) Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Lucus Augusti. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.
(2) Equipo médico del 061 con base en Foz. Servicio Galego de Saúde. Foz (Lugo). España.
(3) Xerencia de atención primaria de Lugo. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

