

Actualización Diagnóstico del Dolor Abdominal Agudo

Sir Zachary Cope (1881-1974) escribió en 1921 un libro dedicado enteramente al diagnóstico del dolor abdominal agudo (DAA), considerando que en aquel entonces eran inadmisibles los retardos diagnósticos en esta entidad, y sus consecuencias. Fue así que aquella edición del libro de Cope paso a la historia de la medicina, reflejando la propia experiencia del autor, sin referencias bibliográficas, pocas citas de otros autores, y un espíritu más bien anecdótico ¹.

Aquel libro de Cope basaba sus dogmas en la vasta experiencia del propio autor. En la actualidad sabemos que el cúmulo de experiencias de varias personas (la nuestra incluida) junto con la evidencia que nos presenta a diario la bibliografía médica nos da la información más útil para el manejo de nuestros pacientes.

¿Qué cambió en estos 79 años?

Si bien la mortalidad de pacientes con DAA disminuyó a lo largo de estos años no fue precisamente por un gran adelanto tecnológico en cuanto a métodos complementarios de diagnóstico sino a través de una mejor comprensión y aprovechamiento de la semiología en estos pacientes, así como del refinamiento de las técnicas quirúrgicas.

En principio la entidad DAA fue resorte de los cirujanos y de hecho en nuestro país es raro que un paciente que consulta por DAA deje una guardia hospitalaria sin una valoración por un especialista en el arte de operar. Pero no es menos cierto que la gran mayoría de los pacientes con DAA nunca llegarán a un departamento de urgencias. Algunos nunca consultarán al médico y gran parte de ellos (90%) consultarán inicialmente a su médico de cabecera.

Cambió el enfoque del médico de atención primaria

En este contexto es bueno recordar que la prevalencia de las distintas entidades capaces de provocar DAA varía enormemente según nos estemos refiriendo a un consultorio de atención primaria o a un servicio de urgencias ². Cuando se evalúa la prevalencia de patologías quirúrgicas (que se presentan como DAA) en un departamento de emergencias esta puede alcanzar hasta un 40%; mientras que la prevalencia de las mismas en un consultorio de atención primaria no alcanza al 10%. Este primer enfoque es esencial para posicionarnos frente a nuestros pacientes: la enorme mayoría de ellos no tendrán entidades que requieran de una operación para ser subsanadas. Este concepto no es argumento para menoscabar el dolor que el paciente tiene sino para tranquilizarnos en cuanto a los tiempos que podemos manejar para tratar a nuestros pacientes. Nueve de cada 10 pacientes que nos consulten con DAA no requerirán ni cirugía ni internación.

Cambió el conocimiento de la fisiopatología de esta entidad

Hoy se comprende mejor los mecanismos por los que las distintas entidades provocan el dolor: las fibras C aferentes autonómicas que traducen un dolor sordo y mal localizado que en general es la primera manifestación de cualquier inflamación intra-abdominal. Y las fibras D, somáticas y mielinizadas que reflejan un dolor más localizado y bien definido. (usando como ejemplo la apendicitis es específica la secuencia de fenómenos que se refleja en una historia de dolor de comienzo epigástrico acompañado de síntomas autonómicos, que luego se hace intenso y localizado en la fosa ilíaca derecha).

Anatómicamente las estructuras que pueden doler en el abdomen corresponden a algunos de estos grupos: la pared; las vísceras (por distensión o daño de sus mucosas); las cápsulas (por distensión de los órganos contenidos en ellas); las estructuras vasculares (por ruptura u obstrucción); la serosa (por irritación física o química); y las estructuras extra-abdominales vecinas.

Cambiaron algunos concepto clasificatorios

Una clasificación útil, más allá de la anatómica que antes referimos, es aquella que nos permite definir una conducta terapéutica y nos da una información pronóstica. Las clasificaciones fisiopatológicas son importantes pero carecen de practicidad para el uso cotidiano. En es-

te sentido es bueno considerar a los pacientes con DAA en alguno de los siguientes grupos:

- * aquellos que requieran una valoración quirúrgica (sospecha de apendicitis, de colecistitis, de úlcera perforada)
- * aquellos que requieren internación urgente (pacientes con intolerancia por boca, con vómitos, con pancreatitis aguda)
- * aquellos que requieren un tratamiento ambulatorio específico no quirúrgico (pacientes con dispepsia que requieren antiácidos o proquinéticos, pacientes con cólicos intestinales que requieren antiespasmódicos)
- * los restantes (que requieren reaseguramiento y fundamentalmente requieren instrucciones precisas sobre posibles cambios de sus síntomas que obligan a volver a la consulta: los frecuentemente invocados "signos de alarma")

A este grupo de los restantes pertenece el llamado Dolor Abdominal Inespecífico (DAIE) que agrupa a todas la entidades mal definidas (cólicos intestinales, "hinchazón", adenitis mesentérica) que no sólo no requieren cirugía sino que tampoco requieren un tratamiento específico. Es un paciente que mejorará con medidas inespecíficas y cuyo pronóstico no se ve alterado por la presencia de DAA. El diagnóstico es de exclusión de otras entidades y representa una actitud honesta frente al paciente: "no sé la causa exacta de su mal pero sé que no tiene otras cosas graves, y sé que su pronóstico es muy bueno"

Cambió el conocimiento de los datos semiológicos y de los estudios complementarios

Si bien hoy en día conocemos en detalle la sensibilidad y la especificidad de varios signos semiológicos su aplicación no es tan universal como debería y se sigue considerando a la opinión de expertos cirujanos más que a los datos de un interrogatorio detallado. Por suerte la mayoría de los expertos han aprendido, con su experiencia y en forma conciente o inconciente, el valor predictivo de estos signos clínicos.

El paradigma de la apendicitis

Pareciera que frente a un paciente que se presenta con DAA quedan sólo dos alternativas: que tenga o que no tenga apendicitis. En realidad cuando hablamos de DAA estamos hablando de un síndrome que involucra a una extensa lista de diagnósticos diferenciales. No es nuestro objetivo enumerarlas en esta actualización pero a modo de generalización es bueno recordar que las entidades capaces de producir DAA pertenecen a alguno de los siguientes grupos:

- * Enfermedades de órganos incluidos en el abdomen (hernia de hiato, úlcera péptica, pancreatitis, colangitis, colitis isquémica)
- * Enfermedades de órganos vecinos al abdomen (torax: neumonía; retroperitoneo: cólico renal, rotura de aneurisma de aorta; pelvis: globo vesical, enfermedad inflamatoria pélvica)
- * Enfermedades sistémicas con afección primaria del abdomen (uremia, diabetes, porfiria)
- * Enfermedades sistémicas con ocasional compromiso abdominal (abra su libro de medicina favorito donde quiera y encontrará alguna causa de DAA)
- * Drogas (el vademécum de punta a punta)

Este océano de posibilidades que se nos abre frente al paciente con DAA no nos permite hacer una generalización válida del rol que cumplen cada uno de los determinados signos y síntomas sino, que tenemos que confrontarlos a una determinada entidad (por ejemplo: valor del signo de Murphy en la colecistitis aguda, aire bajo el diafragma en la radiografía en la rotura de víscera hueca).

Interrogatorio

El interrogatorio es un arma precisa para diferenciar las distintas causas de DAA. Las descripciones de las formas de presentación de dolor en cuanto a características generales, distribución, irradiación y secuencia temporal pueden encontrarse en casi todos los libros que tratan el tema.

Hay varios estudios que han precisado el valor del interrogatorio en el diagnóstico correcto de las causas de DAA y este supera el 90%. Más aún, la primera impresión de un médico de atención primaria suele ser correcta (79% de las veces) para diagnosticar una causa orgánica vs. no orgánica de dolor. El reinterrogatorio de pacientes en que no se encontró la causa en la primera valoración clínica tiene más rendimiento que la mayoría de los estudios complementarios. La recolección de datos del interrogatorio es a veces muy buena, pero la interpretación de los mismos es errónea, conllevando a fallas diagnósticas. Es por eso que en algunos estudios, los programas de computación han sido más exactos en diagnosticar determinadas entidades que los médicos.

Examen físico

Se describen características operativas para cada uno de los signos físicos en relación con una determinada entidad diagnóstica. No son universales para cualquier enfermedad abdominal. Por ejemplo podemos encontrar signos de peritonismo (tabla1), signos de apendicitis aguda (tabla2), de colecistitis aguda, de perforación de vísceras huecas, de obstrucción arterial aguda. Cuando se toma en conjunto todos los elementos del examen físico para el diagnóstico de apendicitis aguda, aquel alcanza un valor predictivo positivo* superior al 95%. Más allá de estos signos el examen permite afianzar la relación del paciente con el médico tratante, en tanto que éste haga lo posible por no empeorar la condición del dolor.

Tabla 1: Valor de algunos datos semiológicos en el diagnóstico de inflamación peritoneal.

Dato semiológico	Sens. #	Esp. #	Definición
Síntoma de los ojos de gato	80	52	Dolor al movimiento del vehículo que trae al hospital
Signo de la percusión	57	86	Dolor al percudir suavemente
Signos de la tos	78 - 82	50 - 79	Dolor al toser
Dolor de rebote	86	89	Dolor a la descompresión

Sensibilidad #Especificidad

Tabla 2: Valor de la anamnesis y examen físico en el diagnóstico de apendicitis.

Síntoma o signo	Sens. #(%)	Esp. #(%)	Coefficiente de probabilidad +*	Coefficiente de probabilidad -*
Dolor en cuadrante inferior derecho	81	53	7.31-8.46	0-0.28
Rigidez	27	83	3.76	0.82
Migración del dolor	64	82	3.18	0.5
Dolor previo al vómito	100	64	7.76	-
Signo del psoas	16	95	2.38	0.90
Fiebre	67	79	1.94	0.58
Dolor de rebote	63	68	1.10-6.30	0-0.86
Guarding	74	57	1.65-1.78	0-0.54
Dolor nunca experimentado antes	81	41	1.50	0.32
Dolor rectal	41	77	0.83-5.34	0.36-1.15
Anorexia	68	36	1.27	0.64
Nauseas	58	37	0.69-1.20	0.70-0.84
Vómitos	51	45	0.92	1.12

Laboratorio

El valor de los datos de laboratorio en el diagnóstico del DAA no se ha modificado radicalmente. Si se conocen con mejor precisión ciertos

puntos de corte que tienen valor. Una amilasa mayor de 200 es sensible para el diagnóstico de pancreatitis, pero si esta es mayor de 2000 es altamente específica (aunque infrecuente). Algo similar ocurre con el recuento de glóbulos blancos: cifras por encima de 15000 son más específicas de enfermedades infecciosas o inflamatorias. Actualmente también se usa la proteína C reactiva o el dosaje de lactato plasmático como indicador de inflamación, pero las salvedades son similares a las del recuento de blancos.

Estudios radiográficos

Más allá de la radiografía simple de abdomen en pacientes con sospecha de perforación intestinal y en busca de aire libre en cavidad (100% sensible cuando es técnicamente adecuada), pocos aportes han dado la tomografía computada y la resonancia magnética. Son importantes para entidades específicas pero rara vez en la valoración inicial de un paciente ambulatorio con DAA (una excepción a esto es la potencial utilidad de la tomografía en el diagnóstico de apendicitis comentado en el número anterior de Evidencia).

Ecografía completa de abdomen

Es quizás uno de los adelantos que más ha influenciado en la práctica diaria el manejo de pacientes con quejas abdominales. Es no invasiva, relativamente económica y ampliamente disponible, permite visualizar la anatomía de los órganos intra-abdominales así como definir características particulares de distintas enfermedades como la colecistitis aguda⁴ (Tabla 3). En otras entidades es menos claro su valor, pero se utiliza en más de la mitad de los pacientes que se presentan en departamentos de emergencia con DAA⁵.

Tabla 3: Valor de la ecografía en el diagnóstico de algunas entidades causantes de DAA

Entidad	Sens.# (%)	Esp.# (%)	Signos ecográficos
Colecistitis aguda	42-97	80-90	Piedras, murphy y engrosamiento de pared
Aneurisma de aorta abdominal	91	100	
Apendicitis aguda	80-96	94-97	

Cambiaron algunas pautas de tratamiento

Siempre hubo debate acerca de la contraindicación de paliar el dolor en el paciente que se presenta con DAA y aun no se certificó una causa del mismo. Se sabe a partir de estudios pronósticos⁶, que el mismo no cambia si los pacientes son tratados o no con opiáceos, de manera que es aconsejable calmar el dolor sin temor a "enmascarar el cuadro".

En atención primaria, dada la alta prevalencia de DAA inespecífico y cuadros no quirúrgicos como dispepsia, los tratamientos estarán orientados sintomáticamente: antiespasmódicos para dolores cólicos, antiácidos para dispepsia ulcerosa, metoclopramida para los vómitos.

Como corolario, es menester reconocer que la mayoría de nuestros pacientes tendrán DAIE, este requiere tratamiento inespecífico pero no por eso menos importante para el paciente. El interrogatorio y el examen son la clave de un buen diagnóstico etiológico, pero si no se alcanza con este debe reiniciarse la valoración semiológica. El médico de atención primaria se enfrentará muchas veces al DAIE, pero debe saber reconocer con precisión cuando un paciente requiere internación o evaluación quirúrgica.

*Ver Glosario

Dr. Juan Pablo Roubicek

Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Bibliografía

1. Slien M. Cope. Abdomen agudo: diagnóstico temprano. Editorial El Manual Moderno SA, 1990.
2. Jambal FT. Diagnóstico del dolor abdominal. Salvat Editores SA, 1984
3. Bahner H, Yang Q, Franke K, Ohmann C. Significance of anamnesis and clinical findings for diagnosis of acute appendicitis. Acute abdominal pain study group. Z Gastroenterol 1994; 32: 579-583
4. Ballo PW, Colletti PM, Lapin SA et al. Rel time sonography in suspected acute cholecystitis. Radiology 1985 155: 767-771
5. Davies AH, Mastorakou I, Cobb R. et al. Ultrasonography in the acute abdomen. Br J Surg 1991; 78:1178-80
6. Ward AR, Corlett MJ, Kidner NJ et al. Safety of early relief for acute abdominal pain BMJ 1992; 305: 554-556