

ABDOMEN AGUDO

Definición

Síntomas y signos que presenta un paciente de forma súbita, con etiología diferente y fisiopatología común, con daño de un órgano intrabdominal que requiere diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad. (1)

Fundamentos Anatómicos Del Dolor

Existen neurorreceptores sensitivos en órganos abdominales localizados en el espesor de la mucosa y de la muscular de las vísceras huecas, en las estructuras serosas como el peritoneo y en el espesor del mesenterio

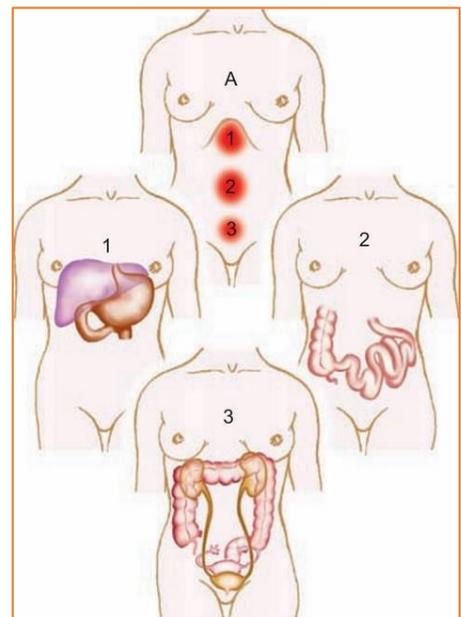
Tipos De Dolor

El dolor abdominal puede clasificarse en tres categorías; dolor visceral, dolor somatoparietal y dolor referido.

El dolor visceral: Aparece cuando un estímulo nocivo activa los receptores viscerales. El dolor suele ser sordo y mal localizado en la línea media (epigastrio, región periumbilical o hipogastrio) porque los órganos abdominales transmiten aferentes sensitivas a ambos lados de la médula espinal (fig. 1).

El dolor no está bien localizado porque la inervación de la mayoría de las vísceras es multisegmentaria y el número de terminaciones nerviosas en las vísceras es menor que en órganos con alta sensibilidad, como la piel. El dolor se describe por lo general como calambre, quemazón o retortijón. Es frecuente que el dolor visceral vaya acompañado de síntomas vegetativos secundarios como sudoración, inquietud, náuseas, vómitos, transpiración y palidez. El paciente puede moverse con la intención de aliviar el malestar.

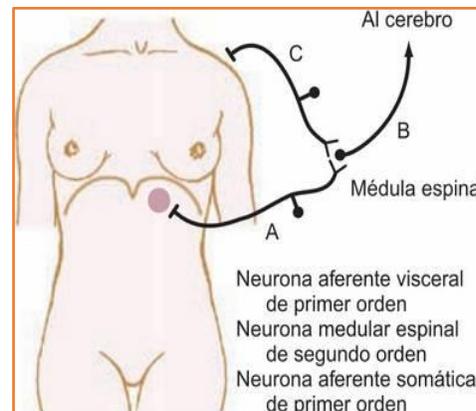
Figura 1. Localización del dolor visceral. El dolor originado en los órganos de las regiones representadas en 1, 2 y 3 se percibe en el epigastrio, la región periumbilical y el hipogastrio, respectivamente, como se muestra en A.



El dolor somatoparietal aparece por estimulación nociva del peritoneo parietal y por lo general es más intenso y con una localización más precisa que el dolor visceral. Un ejemplo de esta diferencia se aprecia en la apendicitis aguda, en la que el dolor visceral periumbilical vago inicial va seguido de un dolor somatoparietal localizado en el punto de McBurney producido por la inflamación del peritoneo parietal. El dolor parietal suele empeorar con el movimiento o la tos. Los impulsos nerviosos del dolor parietal discurren por nervios raquídeos sensitivos somáticos. Las fibras alcanzan la médula espinal con los nervios raquídeos que corresponden a los dermatomas cutáneos de la piel: torácica (T6) a la primera vértebra lumbar (L1). La lateralización del dolor parietal es posible porque sólo un lado del sistema nervioso inerva una parte determinada del peritoneo parietal.

El dolor referido se localiza en zonas a distancia del órgano lesionado y aparece cuando las neuronas aferentes viscerales y las neuronas aferentes somáticas de una región anatómica diferente convergen en las neuronas de segundo orden en la médula espinal en el mismo segmento medular. El dolor referido puede localizarse en la piel o en tejidos más profundos, pero suele estar bien localizado. Por lo general, el dolor referido aparece con forme el estímulo nocivo visceral es más intenso. En la figura 4-3 se expone un ejemplo que muestra cómo la irritación diafragmática por un hematoma o absceso subfrénico produce dolor en el hombro". (2)

Figura 1. Demostración del fundamento neuroanatómico del dolor referido. Las fibras aferentes viscerales que inervan el diafragma son estimuladas por irritación local (p. ej., absceso subdiafragmático). Estas fibras aferentes viscerales (A) establecen sinapsis con neuronas de segundo orden en la médula espinal (B) al mismo nivel que las fibras aferentes somáticas (C) procedentes de la región del hombro (raíces cervicales 3 a 5). El cerebro interpreta el dolor como de origen somático y lo localiza en el hombro.



Etiología

La etiología es múltiple y se ha agrupado en cuatro grandes grupos:

- Causas inflamatorias
- Causas vasculares
- Causas hemorrágicas
- Causas obstructivas

Causas inflamatorias

La etiología principal está dada por los procesos inflamatorios del apéndice. La apendicitis aguda con sus diferentes fases (edematosa, necrosis, perforación apendicular, formación de absceso) representa la causa número uno en la población como etiología de este síndrome. La intervención quirúrgica que se realiza con frecuencia elevada se encuentra relacionada con problemas inflamatorios de la vesícula biliar, secundaria a una causa mecánica (litos) o a problema alitiásico (infecciones, disquinesia). La colecistitis aguda (con su evolución natural a hidrocolecisto, piocolecisto, colecistitis enfisematosa, necrosis y perforación [o colasco]) es una causa inflamatoria relacionada con abdomen agudo.

La enfermedad ulcerosa péptica complicada se encuentra incluida en este grupo. Las complicaciones de la misma (en este caso, la perforación libre y la penetración hacia la glándula pancreática) mostrarán sintomatología relacionada con datos de irritación peritoneal.

La pancreatitis es otra causa de inflamación. De ésta existen dos variantes: aguda y crónica. Al evolucionar la pancreatitis aguda a alguna complicación como necrosis, hemorragia e infección, por lo general requerirá de un tratamiento efectivo para evitar complicaciones.

El abdomen agudo está relacionado con problemas infecciosos y destaca la evolución no adecuada del absceso hepático amibiano, con posibilidad de rotura a cavidad abdominal o datos clínicos previos a estos eventos catalogados como evidencia de rotura del absceso. En este rubro figura la evolución natural de la fiebre tifoidea y sus complicaciones al final de la segunda semana, como sangrado de tubo digestivo bajo o perforación intestinal o del íleon terminal. La neumatosis intestinal es una de las patologías que reportan mayor frecuencia en la población pediátrica, por lo que se le debe tomar en consideración en razón a su alta morbimortalidad.

En la enfermedad diverticular del intestino, relacionada con el divertículo de Meckel en población pediátrica, la mucosa ectópica (productora por lo general de ácido clorhídrico y otras enzimas digestivas) puede ocasionar complicaciones como ulceraciones, cicatrización con estenosis, perforación o hemorragia de tubo digestivo bajo. En población adulta, las complicaciones de la enfermedad diverticular del colon pueden dar origen a este síndrome cuando se presentan perforación, trayectos fistulosos o sangrado.

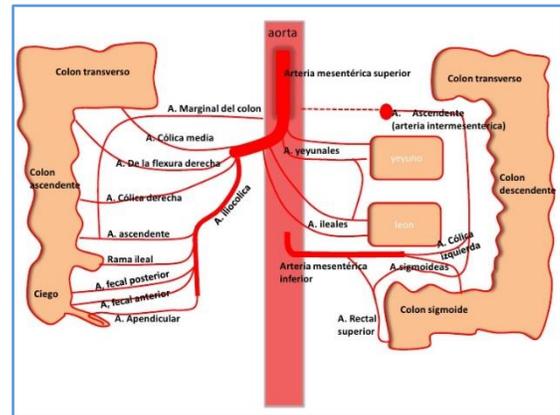
Los problemas relacionados con la enfermedad pélvica inflamatoria, como endometritis, salpingitis y piosálpinx, ocasionan irritación peritoneal.

Pacientes intervenidos quirúrgicamente en quienes se realizó anastomosis pueden tener dehiscencia, lo que provoca peritonitis y sepsis abdominal.

Causas vasculares

La enfermedad vascular que afecta la circulación de la arteria o la vena mesentérica superior es un ejemplo de este padecimiento. La lesión arterial con antecedentes de fibrilación auricular, arterioesclerosis y aterosclerosis representa una morbimortalidad importante, ya que puede presentarse hasta en 50% de los pacientes.

La lesión se encuentra por lo regular en la raíz de la arteria mesentérica superior, aunque también puede presentarse en ramas terminales, ocasionando necrosis del segmento afectado, con la perforación y sepsis subsecuentes. Puede presentarse lesión vascular venosa, aunque con menor frecuencia.



Otra etiología es la torsión de pedículo vascular. En pacientes con presencia de vólvulos de intestino (como en la localización en colon), el mesenterio rota en sentido contrario al de las manecillas del reloj, ocasionando alteración de la circulación del segmento rotado, lo que provoca necrosis con perforación intestinal, daño peritoneal y sepsis abdominal.

La presencia de defectos de la pared abdominal, como hernias o hernias posincisionales (donde el meso correspondiente queda atrapado), puede ocasionar cambios en la circulación intestinal, con el daño consecuente. En el retroperitoneo, la lesión de la aorta (como el aneurisma disecante y su ruptura) es otra causa que debe considerarse.

Causas hemorrágicas

El ejemplo clásico es el embarazo ectópico roto a cavidad abdominal, con presencia de hemoperitoneo, el cual requiere diagnóstico oportuno y tratamiento temprano.

Pacientes intervenidos quirúrgicamente y en quienes el deterioro de constantes vitales se manifiesta como hipotensión y datos clínicos de síndrome anémico agudo hacen sospechar en la posibilidad de hemoperitoneo, por lo que la reintervención es necesaria.

Pacientes con quiste de ovario roto o folículos rotos con hemoperitoneo se presentan con datos de abdomen agudo, por lo que es una causa etiológica hemorrágica.

Causas obstructivas

La obstrucción intestinal es otro síndrome importante, definido como el impedimento de que el contenido intestinal avance hasta la porción final del tubo digestivo, imposibilitando la canalización de gases y la evacuación. Las tres principales causas en población general están dadas por la presencia de bridas o adherencias, hernias estranguladas y neoplasias (adenocarcinoma de colon).

La etiología puede ser dividida en tres grupos:

- En la luz del intestino, como en el caso de cuerpos extraños o parásitos (*Ascaris lumbricoides*) o por la presencia de íleo biliar (figura 68-3).
- En la pared del intestino (neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal).
- Fuera del intestino, como en el caso de hernias estranguladas, bridas o adherencias y lesiones neoplásicas de otros órganos que invadan el intestino, como en el caso de cáncer cérvico-uterino, neoplasias de páncreas y cáncer de vejiga, entre otras.

Las principales causas de obstrucción intestinal también pueden conocerse por grupo de edad. En la población pediátrica (recién nacidos) la etiología puede ser consecuencia de íleo meconial, ano imperforado, alteración en la rotación intestinal y atresia intestinal. En pacientes pediátricos la hernia inguinal estrangulada es causa de obstrucción intestinal, y por tanto de abdomen agudo, otra enfermedad es la de Hirschprung y la intususcepción.

Las causas varían en pacientes de edad adulta, siendo las más importantes las que se encuentran fuera de la luz del intestino, como la hernia inguinal estrangulada, la hernia crural y, en algunos casos, ya intervenidos quirúrgicamente, la presencia de bridas o adherencias. En pacientes adultos las causas más frecuentes son las hernias estranguladas (inguinal, crural o posincisional), las bridas o adherencias y las neoplasias, siendo la más recurrente la relacionada con el cáncer de colon. (1)

Etiología

La etiología del dolor abdominal es ampliamente variada, pudiendo relacionarse con causas digestivas y extradigestivas.

	Causas digestivas	Causas extradigestivas.
Inflamación de órganos	Apendicitis. Gastroenteritis. Pancreatitis. Diverticulitis Colecistitis.	Colangitis. Pielonefritis. Hepatitis. Ileítis EII. Adenitis mesentérica.
Causas ginecológicas	Enfermedad inflamatoria pélvica. Rotura de embarazo ectópico.	Torsión ovárica. Aborto séptico.
Perforación	Perforación de víscera hueca.	
Alteraciones vasculares	Isquemia mesentérica. Infarto esplénico. Disección aórtica.	Rotura aneurisma de aorta. Colitis isquémica. Síndrome de Budd-Chiari.
Alteraciones Cardíacas	IAM. Miocarditis.	Endocarditis. ICC.
Causas Torácicas	Neumonitis. Embolia. Infarto pulmonar.	Neumotórax. Empiema.
Traumatismos	Cerrado.	Abierto.
Causas obstructivas	Cólico nefrítico. Retención aguda de orina. Hernia incarcerada. Cólico biliar.	Coledocolitiasis. Obstrucción intestinal. Íleo paralítico. Bridas
Causas sistémicas	Hematológicas (leucemia aguda, púrpura de Schlein- Henoch, anemia hemolítica).	Metabólicas (uremia, porfiria, cetoacidosis...) Infecciones (herpes zóster, osteomielitis...).
Tóxicas	Reacciones de hipersensibilidad. Síndrome de abstinencia de narcóticos.	

Cuadro clínico y diagnóstico

Lo primero es valorar la gravedad del paciente (estado general, respiración, pulso, presión arterial y estado de conciencia) por si necesita alguna medida de reanimación urgente. Una vez estabilizado el enfermo se inicia el proceso diagnóstico, durante el cual es aconsejable no administrar analgésicos ni sedantes, para no enmascarar el cuadro. El primer paso, y el más importante, es realizar una anamnesis y una exploración física meticolosas.

H. Clínica

- Edad: sospechar en niños y adolescentes R apendicitis y adenitis mesentérica. En ancianos, sospechar cáncer de colon, diverticulitis y alteraciones vasculares.
- Sexo: en mujeres, considerar causas ginecológicas (fecha de última regla y posibilidad de embarazo). En varones con dolor en hemiabomen inferior y/o región inguinal, valorar causas urológicas.
- Antecedentes personales:
 - ✓ Alergias a medicamentos (reacciones de hipersensibilidad).
 - ✓ Hábitos tóxicos: alcoholismo (pancreatitis aguda o crónica, gastritis, úlceras pépticas).
 - ✓ Factores de riesgo cardiovascular (IAM, isquemia mesentérica).
 - ✓ Arritmias (sospechar isquemia mesentérica o colitis isquémica).
 - ✓ Diabetes mellitus (sospechar cetoacidosis, gastroparesia).
 - ✓ Patología ginecológica/urológica (sospechar cólico nefrítico).
 - ✓ Antecedentes quirúrgicos (sospechar bridas y tener en cuenta la recurrencia de algunos cuadros: diverticulitis, colitis isquémica...).
- Historia Del Dolor Abdominal: Es importante descartar cuanto antes los procesos que supongan un riesgo vital. (4)

Anamnesis Exploratoria

- **Dolor abdominal**: Es importante valorar la forma de comienzo del dolor, brusca o gradual, su localización e irradiaciones, su carácter somático o visceral, etc.
 - ⊖ Evolución temporal:
 - ✓ Instauración súbita: perforación de víscera hueca, rotura de absceso o hematoma, rotura de embarazo ectópico. Infarto de órgano abdominal, neumotórax espontáneo. Rotura o

disección aórtica, obstrucción intestinal alta, pancreatitis, isquemia intestinal, crisis renoureteral...

- ✓ Comienzo gradual (en horas): apendicitis, hernia estrangulada, obstrucción intestinal, pancreatitis, colecistitis, diverticulitis, salpingitis, retención urinaria, isquemia intestinal.
- ✓ Dolor crónico o recurrente: importante conocer el número de episodios, la duración, las circunstancias en las que empeora y en las que mejora.

⊗ Irradiación:

- ✓ En cinturón a ambos hipocondrios: pancreatitis.
- ✓ De fosa renal a región inguinal: nefrolitiasis.
- ✓ A hombro derecho: colecistitis, hepatitis.
- ✓ A hombro izquierdo: rotura esplénica.
- ✓ A tórax y región mentoniana: IAM.

⊗ Características:

- ✓ Cólico: fluctuante con exacerbaciones y remisiones (colecistitis, colitis, SII).
- ✓ Inflamatorio: continuo con aumento gradual de la intensidad (pancreatitis, apendicitis, diverticulitis).
- ✓ Quemante o urente: sensación de ardor o quemor (Enfermedad péptica).
- ✓ Terebrante: muy intenso, desgarrante (rotura de aneurisma de aorta).

⊗ Circunstancias que modifican el dolor:

- ✓ Mejora con la comida: ulcus péptico.
 - ✓ Empeora con la comida: pancreatitis, isquemia mesentérica, cólico biliar.
 - ✓ Mejora con la defecación: patología colónica.
 - ✓ Empeora con los movimientos y la tos: irritación peritoneal. (4)
- Náuseas y vómitos. Unas veces, como ocurre en la apendicitis aguda, el cólico biliar o el cólico ureteral, los síntomas y signos acompañantes son de carácter reflejo y se presentan al poco tiempo de comenzar el dolor, aunque siempre después de este. Son de contenido alimenticio, gástrico o biliar y suelen cesar en cuanto se vacía el estómago.
 - Alteraciones del hábito intestinal. El abdomen agudo inflamatorio suele cursar con estreñimiento por íleo paralítico, aunque en algunos casos de apendicitis aguda puede haber diarrea.
 - Fiebre. La fiebre alta desde el inicio del cuadro, que precede incluso al dolor, debe hacer pensar en gastroenteritis aguda, linfadenitis mesentérica o procesos extraabdominales (neumonía). Aunque posterior al dolor, es un dato clínico precoz en el abdomen agudo infeccioso (apendicitis,

diverticulitis, colecistitis, etc.), donde su intensidad se relaciona con el estadio evolutivo del proceso.

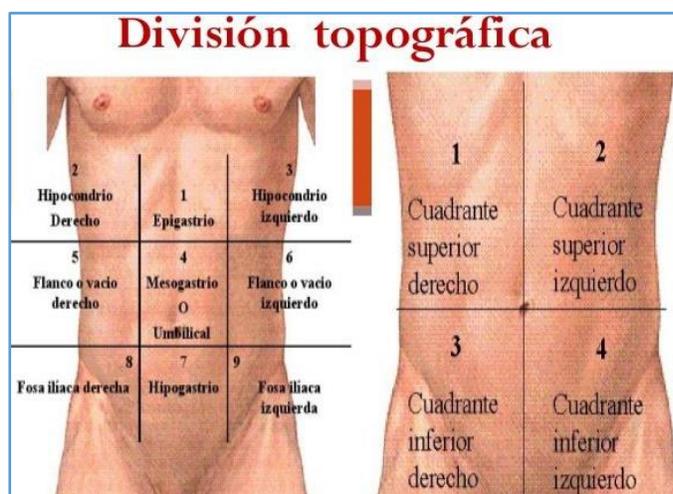
- Shock. Si se presenta precozmente, tiene gran interés diagnóstico, ya que anuncia un cuadro grave (hemoperitoneo importante, rotura de aneurisma de aorta abdominal, pancreatitis necrohemorrágica grave o infarto mesentérico masivo, además del infarto de miocardio). En cambio, si aparece tardíamente su utilidad diagnóstica es escasa.
- Síntomas ginecológicos. La amenorrea con o sin metrorragia debe hacer pensar en la rotura de un embarazo extrauterino. La leucorrea debe orientar hacia la enfermedad inflamatoria pélvica. Si el dolor ocurre en la mitad del ciclo menstrual hay que descartar una ovulación dolorosa que puede producir un pequeño hemoperitoneo.
- Síntomas urológicos. El síndrome miccional es muy frecuente en el cólico ureteral, aunque también se presenta en algunas apendicitis agudas. (3)

Exploración física

- ✓ **Inspección:** Un paciente inmóvil sugiere dolor somático por irritación peritoneal; en cambio, un paciente agitado que no deja de moverse sugiere dolor visceral por obstrucción de víscera hueca. La palidez intensa debe hacer pensar en hemoperitoneo. La ictericia orienta hacia la patología hepatobiliar, aunque puede haber subictericia por colestasis intrahepática en sepsis de otro origen.

En las peritonitis se puede apreciar la escasa movilidad de la pared abdominal durante la respiración, que será fundamentalmente torácica. La distensión abdominal sugiere obstrucción intestinal y la equimosis periumbilical (signo de Cullen) y en los flancos (signo de Gray-Turner) se puede ver en los cuadros de pancreatitis necrohemorrágica y hemoperitoneo.

- ✓ **Palpación:** Es fundamental aquilatar si existe defensa muscular voluntaria o una verdadera contractura de la pared abdominal. En ocasiones, la irritación peritoneal, aunque existe, no es suficiente para provocar defensa muscular. Para ponerla de manifiesto es muy útil la maniobra de descompresión o signo de



Blumberg. Cuando se presume positiva, para evitar un dolor innecesario puede sustituirse por pequeñas percusiones en la pared abdominal. En los casos sin irritación peritoneal debe explorarse la existencia de dolor a la palpación profunda en determinados puntos: punto de McBurney en la apendicitis aguda, puntos ováricos, etc.

La palpación de una masa abdominal tiene gran valor diagnóstico: absceso-plastrón apendicular (fosa ilíaca derecha), colecistitis aguda (hipocondrio derecho), colección pancreática (epimesogastrio), globo vesical (hipogastrio), invaginación intestinal (variable, generalmente centroabdominal), rotura de aneurisma de aorta abdominal (hipomesogastrio y una o ambas fosas ilíacas), hematoma de la vaina de los rectos, etc. La palpación abdominal debe incluir necesariamente la exploración de los orificios herniarios para descartar hernias complicadas.

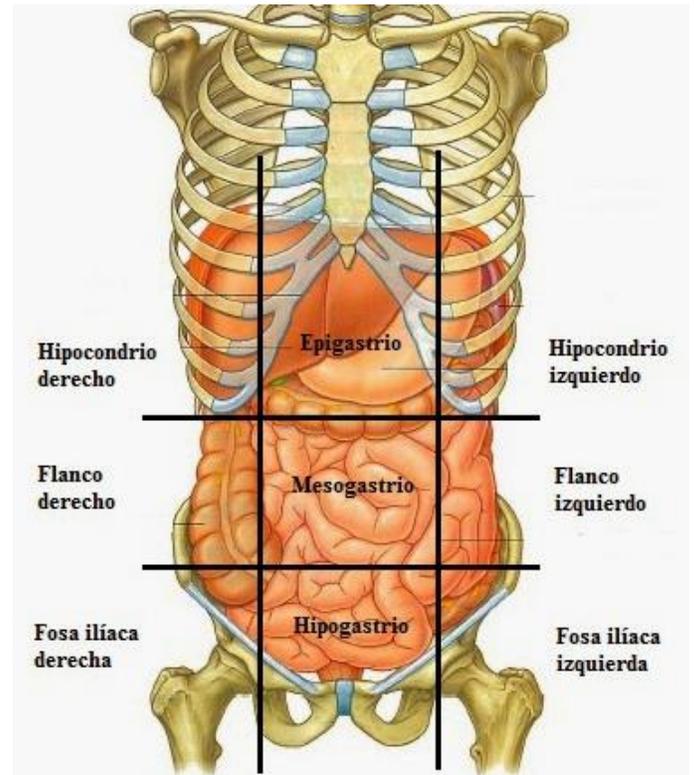
- ✓ **Percusión:** Con el paciente en decúbito supino, permite detectar la presencia de neumoperitoneo por la desaparición de la matidez hepática. En los casos de distensión abdominal, permite distinguir si la distensión es por gas o líquido. La matidez cambiante en flancos sugiere líquido libre intraperitoneal.

- ✓ **Auscultación:** En la obstrucción intestinal se aprecia aumento del peristaltismo con ruidos metálicos y chapoteo abdominal. El aumento del peristaltismo también se presenta en la gastroenteritis, cuando existe sangre en la luz intestinal, en la porfiria y en el saturnismo. Con estas excepciones, en la mayoría de los casos de abdomen agudo existe hipoperistaltismo como consecuencia de la irritación peritoneal.

Es importante auscultar el tórax para descartar patología cardiopulmonar (neumonías, pericarditis, neumotórax, etc.), así como investigar la existencia de soplos vasculares abdominales.

- ✓ **Tacto rectal y vaginal:** Dada la posibilidad de que las peritonitis pélvicas cursen sin defensa abdominal evidente, estas exploraciones son indispensables en la valoración de un paciente con abdomen agudo. El tacto rectal permite apreciar dolor o abombamiento del fondo de saco de Douglas (apendicitis o abscesos pélvicos). En las mujeres, el tacto vaginal con o sin palpación bimanual es de gran utilidad para el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria pélvica y masas pélvicas. (3)

Clasificación topográfica del abdomen agudo de origen abdominal		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colecistitis ✓ Pancreatitis ✓ Pulmonar ✓ Colónica ✓ Renal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ IAM ✓ Pancreatitis ✓ Biliar ✓ Disección aórtica ✓ Isquemia mesentérica ✓ Gástrico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ IAM ✓ Gástrica ✓ Pancreatitis ✓ Vascular ✓ Esplénico
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apendicitis ✓ Colitis ✓ Ell ✓ Perforación ✓ Pielonefritis ✓ Cólico renal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apendicitis ✓ Úlcera péptica ✓ Obstrucción infestinal ✓ Disección aórtica ✓ Isquemia mesentérica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diverticulitis ✓ Colitis ✓ Pielonefritis ✓ Cólico renal
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ginecológica ✓ Urológica ✓ Urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Colitis (isquémica, infecciosa...) ✓ Cistitis ✓ Globo vesical 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ginecológica ✓ Urológica ✓ Urinaria



Pruebas Complementarias

Estas exploraciones están indicadas cuando con la historia clínica no se ha llegado al diagnóstico, o para valorar el grado de repercusión clínica.

- ☺ **Hemograma:** La disminución del hematocrito sin signos de sangrado externo debe hacernos pensar en hemorragia intraperitoneal (puede ser retroperitoneal, hemoperitoneo, intramural del intestino...). Una leucocitosis con desviación hacia la izquierda suele deberse a un proceso infeccioso/séptico o a necrosis hística. Hay que tener en cuenta que un hemograma normal no descarta, por sí sólo, el origen quirúrgico de un dolor abdominal agudo.
- ☺ **Coagulación:** Como estudio preoperatorio y en antecedentes de hepatopatía.
- ☺ **Bioquímica:** Deben solicitarse glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, AST y ALT. Si se sospecha pancreatitis, solicitaremos la amilasa (aunque también puede elevarse en la isquemia intestinal o torsión de quiste ovárico). Si el dolor abdominal se localiza en el hemiabdomen

superior y hay alteraciones electrocardiográficas, hay que determinar CK y troponina; si se sospecha patología hepatobiliar, bilirrubina total y directa.

- ☺ **Orina:** La microhematuria sugiere el diagnóstico de cólico nefrítico, pero también puede ser síntoma de una apendicitis o diverticulitis próxima al uréter. Una piuria indica infección de vías urinarias mientras que la amilaturia es indicativa de pancreatitis. Ante la sospecha de embarazo ectópico debe realizarse un test de embarazo.
- ☺ **Gasometría:** La detección de acidosis metabólica láctica orienta a sepsis, shock, ingesta de tóxicos, cetoacidosis, insuficiencia renal o isquemia mesentérica.
- ☺ **ECG:** Para descartar cardiopatía isquémica en dolores epigástricos, sobre todo en ancianos y diabéticos, así como en pacientes con importantes factores de riesgo cardiovascular.
- ☺ **Rx Tórax PA Y Lateral:** Sirve para descartar procesos pleuropulmonares (neumonía, derrame pleural); neumoperitoneo (perforación de una víscera hueca); deformidad diafragmática (traumatismo abdominal) o la existencia de elevación diafragmática con derrame pleural (absceso subfrénico, colecistitis, pancreatitis aguda).
- ☺ **Rx-Abdomen Simple:** Ausencia de la línea del psoas derecha (apendicitis aguda), imagen en “grano de café” (vólvulo), ausencia de aire en determinados tramos intestinales (obstrucción intestinal), dilatación de asas (obstrucción intestinal), visualización de cuerpos extraños, calcificaciones o cálculos biliares o renales.
- ☺ **Rx-Abdomen Simple En Bipedestación:** Se realiza si se sospecha perforación (aire libre intraperitoneal) o para confirmar una obstrucción intestinal (niveles hidroaéreos).
- ☺ **Ecografía Abdominal:** Debe realizarse en caso de sospecha de colecistitis aguda, diverticulitis aguda, casos dudosos de apendicitis aguda (sexo femenino, pacientes con alto riesgo quirúrgico), dolor abdominal e hipovolemia sin exteriorizaciones hemorrágicas, sospecha de rotura visceral (hepática, esplénica) o embarazo ectópico.
- ☺ **TAC Abdomen:** Constituye la técnica de elección en la patología vascular (hemorragia retroperitoneal, rotura de aneurisma aórtico o isquemia mesentérica), en la pancreatitis aguda grave (pasadas 24-48 horas) y en el Abdomen Agudo probablemente quirúrgico (isquemia, obstrucción o perforación intestinal).
- ☺ **Paracentesis:** Indicada en todo paciente con ascitis que presente dolor abdominal.
- ☺ **Punción-Lavado Peritoneal:** se realizará ante la sospecha de sangrado intraperitoneal en pacientes con traumatismo abdominal que se encuentren inestables y que no se les pueda realizar un Eco-FAST. (4)

Tratamiento

El internamiento del paciente es importante para corroborar el diagnóstico clínico; asimismo, el ayuno es básico. La determinación de las soluciones parenterales que se utilizarán deberá basarse en la patología de base, con la sustitución de los electrolitos correspondientes. (1)

- ✓ Fluidoterapia Si la PAS es inferior a 100 mmHg, se deben perfundir 1.000 cc de S.F, en 30 min. En el resto de los pacientes, S. Glucosalino a razón de 150 ml/h (entre 1.500-3.000 cc en 24 h), con suplementos de K (10-20 mEq en cada 500 cc) según las características del paciente (Insuficiencia renal o cardíaca, HTA) y de la repercusión hidroelectrolítica. (4)

El uso de una sonda de Levin, o de sondas largas como la de Cantor y la Miller-Abbott, es adecuado en pacientes con vómito y datos de obstrucción intestinal. La colocación de sonda de Foley, e incluso de catéter central, según el caso, permitirá realizar un mejor monitoreo en la administración de líquidos parenterales. (1)

Analgesia Metamizol 2 g/iv/6-8 h, Ketorolaco 10-30 mg/4-6 h, Meperidina 1-1,5 mg/kg/iv/4 h. Antiémético Metoclopramida 10 mg/8 h; evitar si se sospecha obstrucción intestinal; en este caso estaría indicado Ondasentron 4-8 mg/iv/8 h. (4)

El uso de antibiótico en forma profiláctica tiene aplicación de acuerdo con la evolución del paciente, utilizando para grampositivo en tubo digestivo alto, o gramnegativo para tubo digestivo bajo. La intervención quirúrgica se llevará a cabo para una solución temprana y adecuada. (1)

- Peritonitis sin criterios de sepsis grave, en paciente inmunocompetente que no ha recibido tratamiento antibiótico en días previos:
 - ✓ Amoxicilina-Clavulánico 1-2 g/8 h/iv.
 - ✓ Ertapenem 1 g/24 h/iv.
 - ✓ Cefotaxima 1-2 g/iv/8 h o Ceftriaxona 1-2 g/24 h/iv + Metronidazol 500 mg/8-12 h/iv.
- Peritonitis con criterios de sepsis grave, en paciente inmunodeprimido que ha recibido tratamiento antibiótico en días previos:
 - ✓ Peracilina-Tazobactam 4 g/500 mg/8 h/iv.
 - ✓ Imipenem 0,5-1 g/6 h/iv, Meropenem 1 g/8 h.
 - ✓ Tigeciclina 100 mg/iv seguido de 50 mg/12 h iv + Amikacina 15 mg/kg/24 h/iv. (4)

En pacientes con datos como abdomen en madera, peristalsis ausente y datos de toxiinfección, se presenta complicación de la peritonitis y se sospechará sepsis abdominal con respuesta de la cascada inflamatoria (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), haciendo necesaria la exploración abdominal. Los lineamientos serán:

- ✓ Intubación para anestesia general
- ✓ Incisión en la línea media
- ✓ Determinación de la etiología y tratamiento de la urgencia
- ✓ Lavado de cavidad abdominal
- ✓ Uso de canalizaciones en sitios subfrénicos, subhepático, correderas parietocólicas y en fondo de saco de Douglas.

La posibilidad de un síndrome de compartimento abdominal se hace presente, por lo que el uso de una bolsa de Bogotá, o en su caso el de mallas, es importante. La evolución posoperatoria del paciente estará a cargo de una unidad de cuidados intensivos para tener apoyo ventilatorio, de nutrición, así como del funcionamiento cardíaco y renal, para evitar falla orgánica múltiple. (1)

BIBLIOGRAFIA

1. Eduardo Pérez Torres, Juan Miguel Abdo Francis, Fernando Bernal Sahagún y David Ker shenobich Stalnikowitz “Gastroenterología” (2012) Hospital General de México, Editado por McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V. Pag-569
2. Marvin H. Sleisenger, Mark Feldman, Lawrence S. Friedman y Lawrence J. Brandt, “Enfermedades Digestivas y Hepáticas Fisiopatología/Diagnóstico/Tratamiento de Sleisenger y Fordtran” 8.Edición, 2008 Elsevier España, S.A. Pag-87
3. P. Farreras Valentí y C. Rozman “Medicina Interna, Enfermedades Del Aparato Digestivo Gastroenterología y hepatología” 2014 Elsevier España, S.L.
4. Ignacio Ayala Barroso, Antonio F. Martín Martín “Urgencias HUNSC Manual de Actuación” (2012) Servicio de Urgencias Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria pág. 123