

# Abdomen agudo



MÉXICO

Autor: Dr. Eduardo Bracho Blanchet, presidente del Colegio y Sociedad Mexicanos de Cirugía Pediátrica y jefe del Departamento de Cirugía General del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

**E**l abdomen agudo es la condición clínica abdominal que para su resolución requiere de cirugía. No es un diagnóstico propiamente dicho, es un síndrome caracterizado por signos y síntomas que dependen de la edad del paciente; así, en neonatos o lactantes el dolor es referido por los familiares del paciente de diversas maneras: como irritabilidad, llanto, facies dolorosa. En preescolares y escolares el paciente puede empezar a tener conciencia del dolor y referirlo de esa manera. Además del dolor, puede haber distensión abdominal, vómito y fiebre, sobre todo en casos de sufrimiento intestinal.

Mediante la exploración física y dependiendo de la gravedad del cuadro y de la presencia de isquemia intestinal, se puede encontrar deshidratación, taquicardia, hipotensión, mal llenado capilar, respiración acidótica, palidez de tegumentos. Además, se deben corroborar los signos abdominales de distensión, dolor, resistencia muscular, signo de descompresión positivo, disminución de peristalsis. Es muy importante recalcar la necesidad de practicar tacto rectal en todo paciente con dolor abdominal aunque no sea una condición urgente. A través del tacto rectal se pueden detectar alteraciones anatómicas relacionadas con el abdomen agudo, entre ellas, malformaciones anorrectales, estenosis anales o rectales e impactación fecal. También se deben buscar intencionadamente plastrones, abombamientos, dolor, presencia de sangre y materia fecal.

## Etiología

La causa de abdomen agudo en niños puede variar dependiendo del grupo etéreo al que pertenezca el paciente, pero en general podemos decir que existen causas mecánicas, inflamatorias, traumáticas y oncológicas. Las causas mecánicas son aquellas en las que existe obstrucción de la luz intestinal o de las vías biliares, que ocasionan distensión proximal a la obstrucción, con el sufrimiento de dicho segmento; la consecuencia ➔

## Lecturas sugeridas

1. Hammond P, Curry J. Paediatric acute abdomen. *Hospital Medicine* (London). Nov 2004;65 (11):686-689.
2. Moir CR. Abdominal pain in infants and children. *Mayo Clinic Proceedings*. Oct 1996;71(10):984-9, quiz 989.
3. John SD. Imaging of acute abdominal emergencies in infants and children. *Current Problems in Pediatric & Adolescent Health Care*. Nov-dec 2001;31(10):319-353.
4. Hayes R. Abdominal pain: general imaging strategies. *European Radiology*. Mar 2004 14 Suppl 4:L123-37.
5. Vasavada P. Ultrasound evaluation of acute abdominal emergencies in infants and children. *Radiologic Clinics of North America*. Mar 2004 42(2):445-456.
6. Babcock DS. Sonography of the acute abdomen in the pediatric patient. *Journal of Ultrasound in Medicine*. Aug 2002;21(8):887-899; quiz 900-1.

inmediata es la ruptura con peritonitis subsiguiente. Los padecimientos que cursan con este tipo de etiología del abdomen agudo son: atresia intestinal, enfermedad de Hirschsprüng, invaginación intestinal, oclusión posoperatoria por adherencias y malrotación intestinal, entre otras.

En cuanto a las causas inflamatorias, éstas se refieren predominantemente a infecciones intestinales que ocasionan perforación intestinal, peritonitis y septicemia. Existen infecciones de otros órganos que pueden ocasionar dolor abdominal agudo; los ejemplos más conocidos son la infección de vías urinarias, hepatitis, colecistitis, neumonía y enfermedad pélvica inflamatoria; aunque no son de resolución quirúrgica, deben estar dentro del diagnóstico diferencial de abdomen agudo. Algunas enfermedades inflamatorias que cursan con abdomen agudo son apendicitis, pancreatitis, diverticulitis de Meckel y absceso hepático. Sin embargo, es importante recalcar que la gastroenteritis infecciosa puede necesitar de cirugía cuando produce isquemia, infarto o perforación intestinal.

Por otro lado, las causas traumáticas se dividen dependiendo de si existe lesión de víscera hueca o sólida, lo que puede ocasionar en el abdomen desde hematomas y contusiones hasta ruptura franca de cualquier órgano intraabdominal. Los ejemplos más frecuentes en niños son el trauma cerrado con lesión de hígado o bazo. Cuando existe una herida por arma blanca o proyectil de arma de fuego se puede lesionar cualquier órgano.

Las causas oncológicas se refieren a cualquier tumor intraabdominal que puede ocasionar abdomen agudo además de compresión y oclusión intestinal, por invasión del intestino –como en el caso de linfomas–, por necrosis o sangrado de la masa, que originan ya sea crecimiento agudo del tumor con dolor intenso o hemoperitoneo cuando la ruptura es hacia dicha cavidad. Existe la posibilidad de torsión del tumor; el ejemplo clásico es la torsión de un quiste de ovario que puede producir abdomen agudo.

### **Causas más frecuentes por edad**

El abdomen agudo tiene una relación clara en cuanto a su origen con la edad del paciente. En

un recién nacido las causas predominantes son congénitas, como atresias intestinales, malformación anorrectal y enfermedad de Hirschsprüng, aunque también es frecuente la enterocolitis necrosante como factor inflamatorio. En los lactantes predominan las causas inflamatorias, entre ellas la invaginación intestinal, divertículo de Meckel, complicaciones quirúrgicas de gastroenteritis. En niños mayores como preescolares, escolares y adolescentes la causa más común es la apendicitis aguda, pero también se encuentran los tumores y el trauma como causas de abdomen agudo.

### **Orientación en cuanto a la localización**

Si el paciente nos permite ubicar en el interrogatorio y la exploración física el sitio preciso del dolor abdominal, es posible establecer una probable etiología, sin que ello quiera decir que una causa no puede producir dolor en otro sitio. Así, a manera únicamente de orientación, podemos mencionar que el dolor en hipocondrio derecho puede originarse en la vesícula biliar, hígado o duodeno; en epigastrio puede ser de estómago, en hipocondrio o flanco izquierdos puede ser ocasionado por alteraciones en el bazo, colon o riñón, en mesogastrio por intestino delgado, páncreas. En ambas fosas ilíacas puede estar dado por vías urinarias, y si es del lado derecho, el apéndice es el sitio más común. Hacia el abdomen inferior puede estar ocasionado por anexos en el caso de las niñas y vejiga o sigmoides en ambos sexos.

### **Diagnóstico**

En general, el diagnóstico de abdomen agudo es clínico después de un adecuado interrogatorio y exploración física (EF), incluido tacto rectal. Si encontramos alguno de los siguientes signos: resistencia involuntaria, plastrón, rebote positivo, cambios de color en la pared abdominal además de dolor intenso, habitualmente la sospecha de abdomen quirúrgico es muy

alta. En casos de duda pueden requerirse algunos estudios auxiliares del diagnóstico.

### Estudios auxiliares de diagnóstico

**Laboratorio.** Siempre es conveniente tomar una biometría hemática (BH) y tiempos de coagulación, además de examen general de orina (EGO). En casos de deshidratación o desequilibrio electrolítico se deberán tomar también electrolitos séricos (ES) y gasometría. Si se sospecha disfunción hepatobiliar se tomarán pruebas de función hepática y si se sospecha disfunción renal, química sanguínea completa. Los datos que orientan desde el punto de vista de laboratorio hacia sufrimiento intestinal y/o peritonitis son: leucocitosis –sobre todo con neutrofilia o bandemia–, acidosis metabólica con adecuado estado de hidratación e hiperlactatemia.

**Imagen.** La radiografía de abdomen de pie es muy importante, ya que proporciona los siguientes datos: distribución del aire intestinal y en casos de oclusión intestinal presencia de asas de intestino dilatadas con niveles hidroaéreos y ausencia de aire en hueco pélvico. Siempre se deben buscar crecimientos de víscera sólida, calcificaciones o fecalito, que es muy sugestivo de apendicitis. También es posible obtener datos inespecíficos compatibles con peritonitis, como líquido libre intraabdominal y borramiento de las líneas de grasa preperitoneal; ante la presencia de aire libre subdiafragmático, el pensamiento lógico es que existe una perforación del tracto gastrointestinal. En neonatos la presencia de neumatosis intestinal o portal ayudan a establecer el diagnóstico de enterocolitis necrosante avanzada.

En casos de duda de aire libre puede ser útil una radiografía abdominal en decúbito lateral con rayo tangencial para ver si hay aire libre en contraste con la sombra hepática.

### Estudios especiales

**Ultrasonido.** Es muy útil para confirmar la presencia de líquido libre; además, puede



Dr. Eduardo Bracho Blanchet, presidente del Colegio y Sociedad Mexicanos de Cirugía Pediátrica

visualizar la inflamación del apéndice o de la vesícula biliar y puede orientar mucho sobre patología de anexos en las mujeres. La utilización de doppler en el ultrasonido permite ver con gran certeza la vascularidad de diversos órganos intraabdominales.

**Colon por enema.** Prácticamente la única indicación en niños con dolor abdominal es ante el diagnóstico de invaginación intestinal no complicada, en el que el estudio, además de confirmar el diagnóstico, puede servir de tratamiento al desinvaginar el segmento invaginado.

**Tomografía de abdomen.** Se utiliza en casos de pancreatitis aguda y ante la sospecha de tumor abdominal. También es sumamente útil en la evaluación de trauma de víscera sólida. Obviamente si no se cuenta con estudios especiales de forma rápida y la clínica es de abdomen agudo, la opción deberá ser la intervención quirúrgica a la brevedad aun sin tener dichos estudios. **DOLOR**