

## Abdomen agudo

S. Foullerat Cañada<sup>1</sup>, M. L. Padilla Esteban<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MIR-Pediatría. Hospital Doce de Octubre. Madrid. España.

<sup>2</sup>Pediatra. CS Orcasur. Madrid. España.

### PUNTOS CLAVE

- El abdomen agudo es una situación clínica potencialmente grave.
- Es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento precoces.
- La edad del paciente y el cuadro sindrómico que presenta nos puede orientar hacia su etiología.
- Lo más importante para llevar a cabo un diagnóstico certero es realizar de manera adecuada una anamnesis y exploración física completa, tanto abdominal como extraabdominal.

### IMPORTANCIA DEL TEMA

El dolor abdominal es un cuadro clínico muy frecuente en el niño y supone una de las consultas más habituales en Pediatría. Suele ser secundario a causas no quirúrgicas y autolimitadas (estreñimiento, gastroenteritis, viriasis...).

El abdomen agudo se puede definir como la situación clínica con síntomas abdominales agudos, fundamentalmente dolor, que sugieren enfermedad que puede poner en peligro la vida del paciente.

Dada su potencial gravedad, es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial para llegar a un tratamiento lo más precoz posible<sup>1</sup>.

### CASO CLÍNICO

Niño de 8 años, con antecedentes de megauréter bilateral no obstructivo y no refluyente e ictus isquémico en la arteria cerebral posterior derecha, sin etiología confirmada, en tratamiento antiagregante, traído a consulta por dolor abdominal continuo

moderado-grave en flanco y fosa iliaca izquierdos no irradiado, que no se alivia con analgesia, de tres días de evolución y con empeoramiento progresivo del estado general acompañado de vómitos. No refiere fiebre ni diarrea. A la exploración presenta regular estado general, abdomen duro, doloroso a la palpación superficial en flanco y fosa iliaca izquierdas, con signos claros de irritación peritoneal, siendo el resto normal. Dada la importante afectación del niño y la clínica franca de peritonismo, se deriva al hospital ante la sospecha de posible causa quirúrgica.

### ORIENTACIÓN CLÍNICA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lo más importante en el diagnóstico de abdomen agudo es identificar las situaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente y requieren una actuación urgente. Existen signos y síntomas que nos pueden ayudar en el diagnóstico<sup>2</sup>.

#### Características del dolor abdominal

Los lactantes no pueden localizar el dolor, pero sus padres pueden sospechar dolor abdominal porque el niño encoge las piernas o está más irritable. Los preescolares son capaces de describir el dolor y otros síntomas, aunque no son del todo fiables. Los mayores de 5 años pueden describir inicio, frecuencia, duración y localización de los síntomas. Hay patologías que se presentan con un patrón de dolor característico (Tabla 1). En la irritación peritoneal, el dolor puede agravarse con movimientos que cambien la tensión en la pared de abdominal (viajar en coche o caminar). Por el contrario, los pacientes con dolor visceral suelen presentar un dolor intenso que no se alivia con ninguna posición. La mejoría del dolor tras el vómito sugiere patología localizada en el intestino delgado. Si se alivia tras un retortijón, sugiere un origen colónico.

**Cómo citar este artículo:** Foullerat Cañada S, Padilla Esteban ML. Abdomen agudo. FAPap Monogr. 2018;4:31-6.

Tabla 1. **Patologías y patrón de dolor característico**<sup>2</sup>

Patología	Dolor característico
Apendicitis	Dolor periumbilical, que migra a fosa iliaca derecha
Torsión ovárica, rotura apendicular	Dolor agudo, grave, focal, en cuadrante inferior abdomen
Urolitiasis	Dolor cólico en flanco que se irradia a parte inferior abdomen
Invaginación	Dolor intermitente, cólico
Gastroenteritis	Dolor difuso, vago
Hepatitis y colecistitis	Dolor en cuadrante abdominal superior
Gastritis, úlcera gástrica	Epigastralgia
Pancreatitis	Dolor a nivel epigastrio y periumbilical, a menudo irradiado a la espalda

### Signos vitales

La fiebre sugiere infección (gastroenteritis, infección urinaria...). En la apendicitis puede haber fiebre, pero no es específica. La taquipnea puede ser consecuencia de acidosis metabólica (peritonitis, obstrucción intestinal, deshidratación secundaria a gastroenteritis...). Si hay hipotensión, puede ser secundaria a pérdida de volumen (hemorragia tras lesión abdominal, extravasación capilar en la invaginación o vólculo...) o a peritonitis.

### Vómitos

Los niños con vómitos y dolor abdominal, especialmente en ausencia de diarrea, deben evaluarse cuidadosamente, descartando patologías graves como obstrucción intestinal o apendicitis. Si aparecen vómitos biliosos y dolor abdominal en un neonato se debe excluir la presencia de vólculo. En la invaginación, los vómitos (al inicio no biliosos, y después biliosos e incluso fecaloideos según progresa la obstrucción) pueden ocurrir tras los episodios de dolor. Cuanto más proximal sea la obstrucción antes aparecerán los vómitos.

### Diarrea

La diarrea y los vómitos son síntomas de gastroenteritis, no obstante, la diarrea puede asociarse a otras entidades. Así, puede aparecer en infección urinaria, apendicitis, invaginación intestinal (deposiciones con sangre, a veces mezcladas con moco), enteritis infecciosa (diarrea sanguinolenta)...

### Otros síntomas

Existen otros síntomas que orientan sobre la posible etiología: disuria (infección urinaria), hematuria (púrpura Shönleich-Henoch, infección urinaria), estreñimiento (ileo paralítico, obstrucción de causa mecánica)...

## ANAMNESIS

Debe ir orientada a identificar causas específicas de dolor abdominal. Hay que preguntar por antecedentes de traumatismo, cirugía abdominal previa, episodios similares, fiebre, ingesta de alimentos, medicamentos, localización del dolor abdominal, síntomas asociados (vómitos, diarrea...) y patrón de los síntomas. En adolescentes postmenárquicas se debería realizar una adecuada historia ginecológica, que incluya fecha de la última regla y actividad sexual. Conviene preguntar también por antecedentes familiares de enfermedades que pudieran estar relacionadas (anemia falciforme, fibrosis quística...)².

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Una exploración física adecuada es esencial para llegar al diagnóstico².

**Inspección:** hay que valorar la **apariencia y el estado de hidratación** del niño. Los pacientes con hipovolemia o peritonitis pueden tener la perfusión periférica disminuida. Los niños con peritonitis prefieren estar tumbados, mientras que en el cólico biliar o renal están inquietos, sin mejoría del dolor con ninguna posición. La ictericia es un signo de hepatitis o hemólisis.

**Exploración abdominal:** conviene examinar el abdomen cuando el niño esté tranquilo y colabore, en una posición cómoda y antes de explorar otras zonas que le generen más ansiedad (garganta, oídos). La **distensión** abdominal puede ser secundaria a la presencia de obstrucción o masa. Los **ruidos** intestinales pueden estar disminuidos (ileo secundario a peritonitis) o aumentados (gastroenteritis, inicio de obstrucción intestinal). En la palpación es importante localizar las zonas más sensibles de dolor, además de buscar otros hallazgos, como masas y megalias. Hay que explorar también los orificios herniarios. Habitualmente el dolor puede localizarse con una palpación superficial. Antes de explorar el origen del dolor, conviene preguntar al niño si puede señalar con un dedo dónde le duele más. El dolor localizado sugiere un proceso inflamatorio intraabdominal. La presencia de una masa en el lado derecho del abdomen sugiere invaginación. También podemos palpar heces, que simulen una masa, en el estreñimiento. Ante la presencia de una masa hay que descartar que sea secundaria a un proceso maligno.

Los signos de peritonitis más frecuentes son: dolor a la percusión o palpación, con rebote, defensa involuntaria y aumento del dolor con la tos y/o la inspiración profunda. En la percusión abdominal, también podemos detectar timpanismo (distensión intestinal), matidez (masa abdominal) o matidez cambiante

(ascitis). En el tacto rectal, la presencia de heces duras en la ampolla rectal sugiere estreñimiento, pero no significa que este sea la causa del dolor. Si existen heces con sangre, puede ser secundario a invaginación, enteritis infecciosa, estreñimiento con fisura anal...<sup>1,2</sup>

Existen una serie de maniobras específicas que nos pueden orientar acerca del origen del dolor abdominal:

- **Signo de Blumberg:** indica irritación peritoneal. Es positivo cuando al soltar rápidamente los dedos de la zona que estamos comprimiendo, durante la palpación, el rebote es doloroso. Su positividad en fosa iliaca derecha (punto de McBurney) es sugestiva de apendicitis aguda.
- **Signo de Murphy:** se explora presionando con los dedos en el hipocondrio derecho, durante la inspiración del niño. Si aparece dolor, sugiere colecistitis aguda.
- **Signo de Rovsing:** al presionar en el punto simétrico al de McBurney en el lado izquierdo, se provoca dolor en el derecho. Este signo es sugestivo de apendicitis aguda.
- **Signo del psoas:** dolor en fosa iliaca derecha al levantar (flexionar) y/o extender la pierna homolateral. Su positividad indica proceso inflamatorio en contacto con el psoas, lo que sugiere, también, apendicitis aguda.

En los niños con dolor abdominal, conviene realizar un examen genitourinario, ya que la torsión testicular no siempre asocia dolor genital.

- **Exploración extraabdominal:** es aconsejable realizar una exploración física completa, en busca de hallazgos que apoyen el diagnóstico (Tabla 2). En mujeres sexualmente activas con dolor abdominal bajo es conveniente realizar una exploración pélvica bimanual.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicita en función de la sospecha diagnóstica<sup>2</sup>.

- **Analítica sanguínea:** la leucocitosis sugiere infección o inflamación, aunque un recuento normal no las descarta. Leucocitosis > 20 000 sugiere apendicitis, absceso apendicular o neumonía lobar. La alteración en las enzimas

hepáticas y/o en la amilasa son signos de hepatitis, colecistitis o pancreatitis. Puede producirse acidosis metabólica secundaria a deshidratación, obstrucción intestinal y/o peritonitis.

- **Analítica de orina:** habría que valorar realizar una tira de orina en la mayoría de niños con dolor abdominal y, si fuera anormal, realizar urocultivo. La hematuria puede aparecer en urolitiasis, púrpura de Schönlein-Henoch e infección urinaria. La piuria indicaría infección urinaria, pero una pequeña cantidad (10-20/campo) puede aparecer en la apendicitis.
- **Test de embarazo:** se debería realizar en mujeres posmenstruales con dolor abdominal.
- **Radiografía de abdomen:** tiene las siguientes indicaciones: sospecha de obstrucción intestinal, Hirschprung, enterocolitis necrotizante, perforación intestinal y/o cuerpo extraño.
- **Ecografía abdominal:** es la prueba de elección para el diagnóstico de patología abdominal, por su sensibilidad, su inocuidad y su fácil accesibilidad.
- **Tomografía computarizada (TC) abdominal:** en casos seleccionados (apendicitis, abscesos abdominales, perforaciones intestinales...) si la ecografía no es concluyente.
- **Resonancia magnética (RM) abdominal:** Hay estudios que sugieren que tiene la misma sensibilidad que la TAC para el diagnóstico de apendicitis aguda, con la ventaja de que no radia al niño.
- **Laparoscopia/laparotomía exploradora:** se reservan para casos de extrema urgencia o cuando con las pruebas anteriores no se llegue a un diagnóstico y persista la sintomatología<sup>1,2</sup>.

## CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO

De manera práctica, las causas de abdomen agudo pueden clasificarse según la edad del paciente o en función del cuadro sindrómico al que dan lugar<sup>1</sup>.

- **Síndrome obstructivo:** cuando no es posible el tránsito por el tubo digestivo, pudiendo desencadenar, en su evolución, un cuadro irritativo por perforación o necrosis intestinal. El síndrome obstructivo puede ser de origen mecánico (compresión extrínseca o intrínseca) o paralítico.
- **Síndrome irritativo-infeccioso:** por inflamación peritoneal secundaria a cuadro infeccioso o a perforación de víscera hueca, que en su evolución pueden provocar cuadros obstructivos.

Tabla 2. Hallazgos extraabdominales sugestivos de patología<sup>2</sup>

Hallazgo extraabdominal	Patología
Dolor en flanco	Pielonefritis o urolitiasis
Dolor escrotal	Torsión testicular o hernia incarcerada
Petequias y/o púrpura	Púrpura de Schönlein-Henoch
Ictericia	Hepatitis, obstrucción biliar o hemólisis
Hematomas	Traumatismo

- **Síndrome traumático:** secundario a traumatismos abdominales, que causan que la sangre esté libre en dicha cavidad por rotura de víscera maciza (hígado, bazo).
- **Síndrome ginecológico agudo:** generalmente secundario a enfermedad ovárica (quistes foliculares simples, hemorrágicos...).

## CAUSAS MÁS FRECUENTES SEGÚN CUADRO SINDRÓMICO Y EDAD

Según la edad y el cuadro sindrómico (Tabla 3), la causa más frecuente de abdomen agudo en el recién nacido son las atresias intestinales, que cursan como síndrome obstructivo. En esta edad, la causa más frecuente de síndrome irritativo-infeccioso son las perforaciones intestinales secundarias o no a enterocolitis necrotizante. En el lactante, por su parte, la causa más frecuente es la invaginación intestinal (síndrome obstructivo). A partir de la edad preescolar la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis<sup>1,3</sup>.

### Causas neonatales más frecuentes

- **Atresias intestinales:** pueden ser secundarias a lesión por proceso isquémico local. Se caracterizan, clínicamente,

por distensión abdominal con meteorismo y vómitos biliosos.

- **Perforación intestinal neonatal:** secundaria a obstrucción intestinal o enterocolitis necrotizante.

### Causas de interés en el lactante

- **Invaginación intestinal:** dolor súbito, intermitente, grave, acompañado de llanto inconsolable con encogimiento de piernas hacia el abdomen. Según progresa la obstrucción pueden aparecer vómitos biliosos. Entre los episodios de dolor, el niño puede estar asintomático. La letargia puede ser el primer síntoma de la invaginación. Aunque pocos niños presentan heces en “mermelada de grosella”, la mayoría tendrán sangre oculta en las heces.
- **Hernia inguinal incarcerada:** los lactantes con hernia inguinal incarcerada están irritables y llorando. Pueden asociar vómitos y distensión abdominal, si existe obstrucción intestinal. Podemos palpar una masa inguinal firme, que puede extenderse a escroto o labio mayor.

### Causas a tener en cuenta a partir de la edad preescolar

- **Apendicitis aguda:** se caracteriza por dolor en la fosa ilíaca derecha (FID), defensa, y migración del dolor periumbilical a FID. También se debería sospechar en niños con historia de dolor abdominal y vómitos, con o sin fiebre y/o dolor en FID.
- **Estreñimiento:** los niños con estreñimiento pueden debutar con dolor abdominal cólico, que en ocasiones puede ser muy importante.
- **Linfadenitis mesentérica:** inflamación de nódulos linfáticos mesentéricos, por infección viral o bacteriana, que puede debutar como dolor abdominal agudo o crónico. Puede simular una apendicitis aguda. Su diagnóstico es ecográfico (nódulos > 10 mm con apéndice normal).
- **Torsión testicular:** dolor escrotal que puede irradiarse a abdomen, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre. El testículo suele ser doloroso, está horizontalizado y ligeramente elevado.

### Causa menos común

**Infección del tracto urinario (ITU):** dolor abdominal y fiebre son los síntomas más comunes de ITU en niños de 2 a 5 años. Los lactantes pueden presentar vómitos o anorexia, mientras que en > 5 años aparecen síntomas clásicos (disuria, polaquiuria, y/o dolor en flanco)<sup>3</sup>. Existen pocos casos de ITU que debutan con clínica clara de peritonismo y, cuando esto sucede,

Tabla 3. Causas más frecuentes según cuadro sindrómico y edad<sup>1</sup>

Edad	Causa	Cuadro sindrómico
Neonatos	Atresias intestinales Malformación anorrectal Perforación intestinal Enterocolitis necrotizante Enfermedad de Hirschsprung Íleo meconial Malrotación intestinal con vólvulo	Obstructivo Obstructivo Irritativo Irritativo/obstructivo Obstructivo Obstructivo Obstructivo
Lactantes	Invaginación intestinal Divertículo Meckel Hernia inguinal incarcerada Adherencias intestinales	Obstructivo Obstructivo/irritativo Obstructivo Obstructivo
Preescolares	Apendicitis aguda Linfadenitis mesentérica Estreñimiento Adherencias intestinales Traumatismos abdominales	Irritativo Irritativo Obstructivo Obstructivo Traumático
Escolares-adolescentes	Apendicitis aguda Linfadenitis mesentérica Embarazo ectópico Rotura de quiste ovárico Torsión ovárica Adherencias intestinales Traumatismo abdominal	Irritativo Irritativo Ginecológico agudo Ginecológico agudo Ginecológico agudo Obstructivo Traumático

suelen existir antecedentes de alteraciones en el sistema de excreción renal<sup>4,5</sup>.

## MOTIVOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA DEL DOLOR ABDOMINAL

En el dolor abdominal conviene tener en cuenta una serie de **signos de alarma**, sugestivos de gravedad, que en caso de producirse hacen necesaria la derivación hospitalaria para su valoración<sup>3,6</sup>:

- Dolor abdominal intenso, continuo, progresivo y/o con focalidad en la fosa iliaca derecha.
- Afectación franca del estado general.
- Vómitos biliosos y/o fecaloideos.
- Signos de peritonismo (contractura abdominal involuntaria y/o de rebote...).
- Distensión abdominal con timpanismo difuso.
- Signos de aumento de líquido o sangre en la cavidad abdominal.
- Hernia no reductible.
- Sospecha de origen quirúrgico.
- Rectorragia.
- Inmunodepresión o tratamiento con corticoides y/u opioides.
- Traumatismo abdominal importante.
- Dolor abdominal sin causa, etiología o diagnóstico evidente.

## RESOLUCIÓN CASO CLÍNICO

La clínica que presentaba nuestro niño es definitoria de abdomen agudo (situación clínica con síntomas abdominales agudos, fundamentalmente dolor, que sugiere enfermedad que puede poner en peligro la vida del paciente).

Los signos de alarma que nos hicieron tomar la decisión de derivarle al hospital para su valoración fueron:

- Dolor abdominal intenso, continuo y progresivo.
- Afectación del estado general.
- Signos de peritonismo (contractura abdominal, contractura de rebote...)

Al rehistoriarle en el hospital, el niño refiere, además, ligera disuria. Se inicia tratamiento analgésico y sueroterapia intravenosa. Se realizan radiografías de tórax y abdomen, que no muestran alteraciones, y analítica de sangre y orina. La analítica sanguínea muestra una proteína C reactiva (PCR) de 1,01 mg/dl, siendo el resto normal. En el sedimento urinario se observan datos sugestivos de infección urinaria (ITU): proteínas: 205 mg/dl; leucocitos: 150/campo; hemátíes: 150/campo; nitritos positivos. Con la sospecha de infección urinaria, se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico intravenosos e ingresa a cargo de Nefrología. Durante su ingreso, permanece afebril y sin dolor en todo momento. En el urocultivo se aísla *Pseudomonas aeruginosa*, confirmando el diagnóstico de ITU por *P. aeruginosa* en paciente con megauréter bilateral. Tras el tratamiento antibiótico intravenoso, dada la buena evolución, se decide alta con tratamiento antibiótico oral, y seguimiento en consultas de Nefrología.

Como hemos visto previamente, la infección del tracto urinario no es una causa muy habitual de abdomen agudo. Los casos descritos que debutan con clínica clara de peritonismo suelen producirse en pacientes con antecedentes de alteraciones en el sistema de excreción renal, como en el caso de nuestro paciente (antecedentes de megauréter bilateral no obstructivo y no refluente). Existen varias teorías para explicar esta presentación clínica en estos pacientes:

- Los niños con megauréter pueden debutar con dolor en flanco, náuseas y vómitos (tríada conocida como crisis de Dietl). Esta presentación clínica sería consecuencia de una obstrucción mecánica y/o dinámica del uréter, que provocaría acúmulo de orina, causando distensión progresiva de la pelvis renal y sistema colector, pudiendo originar una pielonefritis obstructiva<sup>4,5</sup>.
- En nuestro caso, la clínica de abdomen agudo pudo originarse por la obstrucción transitoria del megauréter izquierdo, que provocó acúmulo de orina y sobreinfección secundaria. No obstante, al no realizarse durante la fase aguda del dolor ni ecografía ni renograma, no podemos afirmar con rotundidad que sufriera una obstrucción transitoria de su megauréter izquierdo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Sala G, Lluna J. Abdomen agudo en la edad pediátrica. *An Pediatr Contin*. 2004;2:265-70.
2. Neuman MI, Ruddy RM. Emergent evaluation of the child with acute abdominal pain. En: UpToDate [en línea] [consultado el 08/03/2017]. Disponible en: [www.uptodate.com/contents/emergent-evaluation-of-the-child-with-acute-abdominal-pain](http://www.uptodate.com/contents/emergent-evaluation-of-the-child-with-acute-abdominal-pain)
3. Neuman MI. Causes of acute abdominal pain in children and adolescents. En: UpToDate [en línea] [consultado el 08/03/2017]. Disponible en: [www.uptodate.com/contents/causes-of-acute-abdominal-pain-in-children-and-adolescents](http://www.uptodate.com/contents/causes-of-acute-abdominal-pain-in-children-and-adolescents)
4. Derevianko IM, Derevianko TI. Anomalies of ureteral orifices simulating diseases of the abdominal organs. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1987;138:107-10.
5. Delakas D, Daskalopoulos G, Karvotis I, Metaxari M, Cranidis A. Giant ureteral stone in association with primary megaureter presenting as an acute abdomen. *Euro J Radiol*. 2002;41:170-2.
6. García C, Padilla M, de la Fuente A. Dolor abdominal agudo en la infancia: ¿será apendicitis? *AMF*. 2013;9:278-81.