



Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



**Carrera: Medicina**

**Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación Área: Clínica Médica Unidad 4to año**

### **UNIDAD TEMÁTICA 25: MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES. QUINTO ESCENARIO: DOLOR ABDOMINAL**

**Autores:** Francisco Landoni, Julieta Leone, María del Pilar López, Tomás Montanari (Ayudantes de Clínica Médica UDA Hospital Centenario) - Roberto Parodi (Clínica Médica UDA Hospital Centenario)

#### **Objetivos:**

- Realizar una aproximación diagnóstica integral al síntoma dolor abdominal, considerando causas abdominales y extraabdominales.
- Identificar las principales causas de dolor abdominal agudo y crónico, tanto de origen visceral, parietal y referido, como de etiología extraabdominal.
- Comprender la utilidad y las limitaciones de los exámenes complementarios en la evaluación del dolor abdominal.
- Abordar contenidos teóricos sobre: apendicitis, colecistitis, pancreatitis aguda, perforación intestinal, obstrucción intestinal, peritonitis, dolor abdominal en el contexto de enfermedades sistémicas, causas ginecológicas.
- Pautas de alarma, criterios de internación, e interconsultas.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos.

### **ESCENARIO 1**

#### **Recordatorio:**

**Romina** (actualmente 37 años), es enfermera y trabaja en un hospital de tercer nivel de complejidad de la ciudad. Se separó de su anterior pareja hace 4 años y es madre de Jesús de 6 años, quien tiene problemas de salud (trastorno del espectro autista), y requiere cuidados especiales y acompañamiento que interviene toda la familia.

- Antecedentes alérgicos: niega
- Medicación habitual: ACO (Drospirenona 3.00 mg; Etinilestradiol 0.02 mg).

## CASO CLÍNICO:

### Motivo de consulta: “Dolor abdominal agudo”

Consulta en la guardia por dolor abdominal agudo de 12 horas de evolución. Refiere que el dolor comenzó de manera súbita, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, con irradiación en cinturón hacia el dorso. Lo describe como intenso y constante, que decrece con cambios de posición. Asocia náuseas y varios vómitos biliosos. Niega fiebre al inicio, aunque en la guardia se encuentra febrícula (37,8 °C). Comenta que en las últimas semanas había tenido episodios breves de dolor posprandial tipo cólico, autolimitados, tras ingestas copiosas.

Niega ictericia, coluria, hipocolia, acolia. No presenta síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, urgencia miccional), niega diarreas, última catarsis hace 24 hs aproximadamente. Niega síntomas respiratorios (tos, expectoración, disnea, dolor torácico). Niega síntomas ginecológicos (ginecorragia, dispaurenia, alteraciones en flujo vaginal).

Niega viajes recientes, ni antecedentes recientes en contactos o convivientes de cuadro clínica similares.

Al interrogatorio dirigido, refiere alimentación variada, muy desordenada en horarios. Además, consumo de alcohol y tabaco social. Consumo esporádico de marihuana. Niega otras sustancias.

### Al examen físico:

- Paciente que impresiona enferma, vigil, orientada en tiempo y espacio. Postura antálgica (inclinada hacia adelante).
- Signos vitales: PA: 95/60 mmHg, FC: 110x', FR: 22 rpm, T°: 37,8 °C, SatO<sub>2</sub>: 95%.
- Abdomen globuloso, blando, depresible, sin cicatrices, con dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, con defensa, sin descompresión. No se palpan masas ni visceromegalias. Signo de Murphy dudoso por la intensidad del dolor. Ruidos hidroaéreos disminuidos.

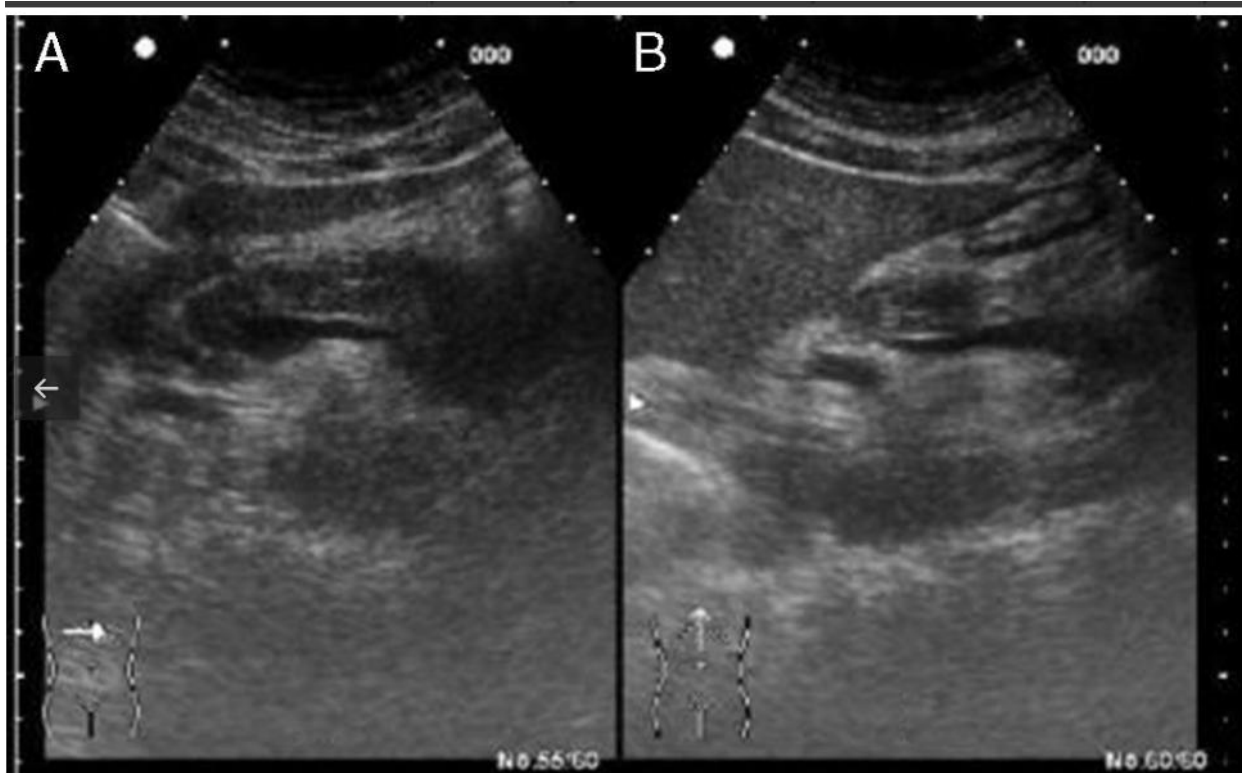
### Solicitud de estudios complementarios:

Laboratorio inicial:

|             |            |             |           |                  |           |
|-------------|------------|-------------|-----------|------------------|-----------|
| Hematocrito | 42%        | ASAT        | 120 U/l   | Colesterol total | 235 mg/dl |
| Hemoglobina | 13,6 g/dl  | ALAT        | 138 U/l   | Triglicéridos    | 150mg/dl  |
| Leucocitos  | 15.521 µ/l | FAL         | 103 UI/l  | Sodio            | 137 meq/l |
| VES         | 25 mm/h    | GGT         | 63 UI/l   | Potasio          | 4,4 meq/l |
| Glucemia    | 95 mg/dl   | Bilirrubina | 1,5 mg/dl | Cloro            | 102 meq/l |
| Urea        | 8 mg/dl    | Amilasa     | 350 U/l   | Calcio           | 8,9 mg/dl |
| Creatinina  | 1,7 mg/dl  | Lipasa      | 310 U/l   | LDH              | 150 U/l   |

Se solicita una radiografía de tórax y abdomen y ecografía abdominal.





\* Imágenes obtenidas de internet

Ecografía abdominal: hígado sin alteraciones, vesícula biliar de paredes delgadas, con sedimento ecogénico sugestivo de barro biliar y una imagen hiperecogénica redondeada de 2,5 cm de diámetro, móvil con los cambios de decúbito que genera sombra acústica posterior. Colédoco de 8 mm sin imágenes en su interior. Páncreas de tamaño aumentado de tamaño, hipoeoico, en forma uniforme sugestivo de edema de la glándula, con escaso líquido libre peripancreático.

#### PREGUNTAS GUÍAS:

- ¿Cómo se define “abdomen agudo”?
- ¿Cómo se clasifica según su fisiopatología? ¿Cuál crees que sea el mecanismo responsable en este escenario?
- Al tratarse de una mujer, ¿qué otras causas de abdomen agudo debemos considerar?
- ¿Cuáles son las causas más frecuentes de abdomen agudo? ¿Cómo se clasifican las mismas?
- Revisar los patrones de presentación clínica y semiológica de las principales causas de abdomen agudo
- ¿Cuáles son las causas extraabdominales más frecuentes de abdomen agudo?
- ¿Qué datos del examen físico pueden orientar el diagnóstico? ¿Cuál es el valor diagnóstico del signo de Murphy? ¿De qué nos habla la irradiación del dolor?
- ¿Cuál es la metodología diagnóstica inicial ante un abdomen agudo?
- ¿Qué determinaciones del laboratorio pueden ayudar al diagnóstico? ¿Cómo interpreta los hallazgos de laboratorio de este caso en particular?
- Significado de la hiperamilasemia. ¿Cuál es su sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de pancreatitis? ¿Qué información agrega el aumento de la lipasa? Interpretación
- ¿Qué información nos puede aportar la ecografía abdominal?

- ¿Qué otras causas pueden justificar este cuadro clínico? ¿Tiene Romina una colecistitis aguda y/o un síndrome coledociano?
- Revisar conducta ante un abdomen agudo, como se define la indicación quirúrgica de urgencia, cuando se indica observación o alta.
- Otros exámenes complementarios más allá de los iniciales, uso racional, que información pueden aportar

Anexos:

| Causas extraabdominales de abdomen agudo |                                                                                                     |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Procesos torácicos                       | Neumonía basal<br>Infarto pulmonar<br>Infarto de miocardio<br>Pericarditis<br>Perforación esofágica |
| Procesos neurológicos                    | Radiculares<br>Herpes zóster<br>Tabes dorsal                                                        |
| Procesos metabólicos                     | Cetoacidosis diabética<br>Uremia<br>Saturnismo<br>Porfiria aguda                                    |
| Procesos hematológicos                   | Drepanocitosis<br>Leucemia aguda<br>Púrpura de Schonlein-Henoch                                     |

| Causas de abdomen agudo de origen abdominal: clasificación topográfica |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apendicular                                                            | Apendicitis aguda                                                                                                                                          |
| Gastroduodenal                                                         | Gastritis aguda<br>Perforación gastroduodenal                                                                                                              |
| Intestinal                                                             | Enterocolitis<br>Obstrucción intestinal<br>Diverticulitis aguda<br>Isquemia mesentérica<br>Perforación intestinal<br>Enfermedad inflamatoria del intestino |
| Hepatobiliar                                                           | Cólico hepático<br>Colecistitis aguda<br>Colangitis aguda<br>Hepatitis aguda<br>Rotura hepática                                                            |

|                                         |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | Rotura de un tumor hepático                                                                                                         |
| Pancreatoesplénico                      | Pancreatitis aguda<br>Rotura esplénica                                                                                              |
| Ginecológico                            | Pelviperitonitis<br>Ovulación dolorosa<br>Rotura de un embarazo ectópico<br>Torsión anexial<br>Endometriosis<br>Perforación uterina |
| Urológico                               | Cólico nefrítico<br>Pielonefritis aguda<br>Retención aguda de orina                                                                 |
| Retroperitoneal                         | Rotura de un aneurisma aórtico                                                                                                      |
| De origen en el mesenterio y el epiplón | Linfadenitis mesentérica<br>Torsión del epiplón                                                                                     |
| De origen en la pared abdominal         | Hematoma de la vaina de los rectos<br>Mialgia traumática                                                                            |

### CONTINUACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se define el diagnóstico de este cuadro clínico como una pancreatitis aguda litiasica, que decide abordarse con tratamiento de sostén:

- Se decide internación en sala general con colocación de vía venosa periférica con el fin de instaurar analgesia e hidratación. Se efectúa alimentación parenteral.
- Se planifica la colecistectomía
- Se realiza monitoreo continuo de variables hemodinámicas con el fin de evaluar la evolución del paciente.

### PREGUNTAS GUÍA:

- Pancreatitis aguda: tipos, complicaciones, manejo. Score pronósticos de gravedad
- ¿Cuándo es necesario solicitar una tomografía en caso de pancreatitis aguda?
- ¿Indicarías antibioticoterapia?

### ESCENARIO 2

**Recordatorio: Pablo, 27 años.** Se encuentra desempleado y a diario cuida coches en la vía pública en las cercanías del hospital donde trabaja su hermana. Presenta **consumo problemático de alcohol y sustancias**. Ha estado privado de la libertad por dos años. Fue diagnosticado con **infección por VIH** hace 3 años. Posteriormente, estuvo internado hace un año por neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y criptococosis cerebral. Abandonó el tratamiento antirretroviral instaurado por el especialista, así como los controles médicos correspondientes.

Pablo acude al CDS de referencia ("Caritas Guadalupe") por recomendación e insistencia de su hermana Romina debido al empeoramiento de su estado general.

### **CASO CLÍNICO:**

#### **Motivo de consulta:** "Dolor abdominal y diarrea"

Pablo consulta por presentar desde hace varios meses episodios recurrentes de dolor abdominal tipo cólico, difuso, de predominio en fosa ilíaca izquierda y región hipogástrica. El dolor se acompaña de diarrea con moco, y ocasional proctorragia. Refiere urgencia evacuatoria y sensación de evacuación incompleta.

Los síntomas se han intensificado en las últimas semanas, con aumento en la frecuencia de las deposiciones (6–8 al día). Presenta además pérdida de peso no cuantificada, astenia y anorexia. Niega vómitos ni fiebre en esta consulta.

#### **Al examen físico:**

- Paciente **adelgazado**, impresiona moderadamente enfermo, con facies de dolor.
- Constantes vitales: PA 100/65 mmHg, FC 96 lpm, FR 20 rpm, T° 37 °C.
- Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, sin defensa ni descompresión.
- Ruidos hidroaéreos aumentados.
- No se palpan masas ni visceromegalias.
- **Región perianal con irritación y eritema.**
- Se constatan nódulos dolorosos en miembros inferiores a la altura de las pantorrillas.

### **PREGUNTAS GUÍAS:**

- ¿Cuáles son las principales causas de dolor abdominal crónico?
- ¿Qué patologías descartaría primero en este paciente? ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales?
- ¿Cómo se define y clasifica la diarrea crónica?
- ¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la diarrea?
- Revisar los principales síndromes malabsortivos. Metodología de estudio
- ¿Cómo se diferencia la diarrea de causa orgánica de la causa funcional?
- Principales características clínicas del síndrome de intestino irritable. Criterios diagnósticos, manejo terapéutico.
- ¿Cuáles son los signos de alarma a considerar en un paciente con diarrea crónica? ¿Cuáles podrías destacar en este paciente?
- ¿Qué datos agregarías a la anamnesis? ¿Y al examen físico?
- ¿Qué datos nos permiten inferir la localización del proceso en el tubo digestivo?
- La presencia de infección de VIH, qué diagnósticos diferenciales genera y su relación según nivel de linfocitos CD4+
- ¿Cómo iniciarías el estudio en este paciente? ¿Qué valor tiene la calprotectina en materia fecal?
- Revisar principales causas de enfermedad inflamatoria intestinal. Patologías más frecuentes, criterios diagnósticos y opciones terapéuticas.

**Anexos:**

| Pautas de alarma en pacientes con diarrea crónica                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| Fiebre                                                                          |  |
| Pérdida de peso (especialmente si pierde más del 10% del peso)                  |  |
| Sangre, moco o pus en las deposiciones                                          |  |
| Diarrea que impide el descanso nocturno                                         |  |
| Inicio del cuadro en mayores de 40 años                                         |  |
| Heces muy abundantes o esteatorreicas                                           |  |
| Diarrea que no cede con el ayuno                                                |  |
| Antecedentes familiares de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal |  |
| Alteraciones en el examen físico (hepatomegalia, masa palpable, adenopatías)    |  |
| Aumento de VES, PCR, fibrinógeno                                                |  |
| Anemia, hipoalbuminemia, hipoprotrombinemia                                     |  |

| Causas de diarrea crónica |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Colon                     | Neoplasias<br>Colitis ulcerosa/Enfermedad de Crohn<br>Colitis microscópica                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Intestino delgado         | Enfermedad celíaca<br>Enfermedad de Crohn<br>Otras enteropatías (enfermedad de Whipple, esprúe tropical, linfangiectasia intestinal, etc)<br>Malabsorción de ácidos biliares<br>Déficit de disacaridasas<br>Sobrecrecimiento bacteriano en intestino delgado<br>Isquemia mesentérica<br>Enteritis actínica<br>Linfoma<br>Infecciones (giardiasis, etc) |
| Páncreas                  | Pancreatitis crónica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|            |                                                                                                                                               |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | Carcinoma pancreático<br>Fibrosis quística                                                                                                    |
| Endocrinas | Hipertiroidismo<br>Diabetes<br>Hipoparatiroidismo<br>Enfermedad de Addison<br>Tumores secretores de hormonas (VIPoma, gastrinoma, carcinoide) |
| Otras      | Causas quirúrgicas<br>Drogas/alcohol<br>Neuropatía autonómica                                                                                 |

#### Continuación del caso clínico:

Se solicita un laboratorio

|             |                  |            |           |              |           |
|-------------|------------------|------------|-----------|--------------|-----------|
| Hematocrito | 28%              | Glucemia   | 78 mg/dl  | Ac. tTG-IgA  | Negativo  |
| Hemoglobina | 10,3 g/dl        | TP         | 12 seg    | Amilasa      | 60 U/l    |
| Leucocitos  | 12.460 $\mu$ /l  | Urea       | 14 mg/dl  | Calcio       | 9,3 mg/dl |
| Plaquetas   | 250.000 $\mu$ /l | Creatinina | 0,9 mg/dl | Sodio        | 141 mEq/L |
| VES         | 37 mm/h          | TSH        | 2,1 mUI/L | Potasio      | 3,7 mEq/L |
| PCR         | 15 mg/L          | IgA        | 380 mg/dl | Cloro        | 97 mEq/L  |
| TGO         | 18 UI/l          | FA         | 82 UI/l   | Billirrubina | 0.9 mg/dl |
| TGP         | 22 UI/l          | GGT        | 38 UI/l   | LDH          | 150 UI/l  |

\* Ac. tTG-IgA: anticuerpo anti transglutaminasa tisular Ig A

Se solicita examen de las heces:

- **Calprotectina fecal: >375  $\mu$ g/g**
- Coprocultivo: negativo.
- Estudio parasitológico: negativo.

Se solicita colonoscopia + TAC de abdomen y pelvis.