

Abdomen agudo en el niño

Dr. García Aparicio

Servicio de Urgencias Hospital Infantil Universitario La Paz.

Madrid

DEFINICIÓN

El abdomen agudo (AA) en la infancia es difícil de definir al ser un cuadro sindrómico de origen múltiple y de clínica muy variada.

Con carácter general podemos decir que el síntoma principal del AA es el dolor abdominal agudo (DAA), siendo además éste, uno de los motivos que con más frecuencia origina consultas en un Servicio de Urgencias Pediátricas.

El DAA precisa de un diagnóstico precoz para decidir el tratamiento más adecuado, sobre todo si éste debiera ser quirúrgico, en razón de los tres grupos etiopatogénicos de urgencias abdominales: obstructivas, inflamatorias o hemorrágicas.

GENERALIDADES

El **tipo** del DAA puede ser en función del origen y de las vías nerviosas de transmisión:

1. **Visceral.**- El origen de este dolor lo encontramos en los receptores situados en las vísceras huecas o sólidas abdominales o en el peritoneo visceral. Es un dolor de transmisión lenta, se percibe con poca precisión, está mal localizado y es difuso.

Los estímulos que lo provocan pueden ser: mecánicos (distensión, estiramiento, tracción o contracción), espasmos viscerales o isquemia.

La sensación que transmite este dolor es de quemazón o incomodidad, no se encuentra una postura antiálgica, la intensidad es variable y con frecuencia se asocia a manifestaciones vagas como: ansiedad, sudoración, náuseas, vómitos, taquicardia, hipotonía o palidez.

2. **Somático o peritoneal.**- Tiene su origen en los receptores del peritoneo parietal, piel y músculos. Es un dolor de transmisión rápida. Está provocado por la eliminación de los metabolitos tisulares que aparecen tras la inflamación o la isquemia.

Es un dolor que se percibe bien localizado, punzante, muy intenso y que provoca una quietud absoluta, originando una clara posición antiálgica, la cual se intenta mantener de una forma permanente evitando cualquier maniobra o movimiento que lo exacerbe.

3. **Referido.**- Es el que se origina en regiones alejadas de donde se manifiesta, siendo por lo tanto un dolor de proyección cerebral. Su origen puede ser tanto visceral como somático.

Cualquiera de los tipos de dolor descritos pueden modificarse según la capacidad del niño para tolerarlo, existiendo factores psicógenos y ambientales que lo incrementan o disminuyen.

La **localización** del DAA será:

En epigastrio: si el dolor se origina en el hígado, el páncreas, las vías biliares, el estómago o la porción alta del intestino.

En la región periumbilical: si el dolor se origina en la porción distal del intestino delgado, el ciego o el colon proximal.

En la región suprapúbica: si el dolor se origina en la parte distal del intestino grueso, las vías urinarias o los órganos pélvicos.

Generalizado: en los casos referidos desde otros órganos no abdominales.

En la región sacra: si se origina en el recto. Cuanto más asimétrica y más distal al ombligo sea la localización más riesgo hay de organicidad y de que se trate de un abdomen quirúrgico.

La **intensidad** del DAA podrá ser:

Intenso – Moderado: se da en los dolores abdominales de causa obstructiva.

Leve: se da en los dolores de causa inflamatoria o hemorrágica.

Si la intensidad interfiere el sueño será sugerente de causa orgánica.

El **carácter** del DAA podrá ser:

Continuo: en relación con procesos inflamatorios agudos.

Cólico punzante: este dolor se expresa en dos fases regulares de crecimiento y cese, sugiriendo obstrucción del tracto gastrointestinal o del genitourinario.

Difuso: suele presentarse en situaciones evolucionadas de las anteriores circunstancias.

ETIOLOGÍA

En el AA se pueden reconocer múltiples causas, cuya importancia, por frecuencia y severidad son muy desiguales. A lo anterior hay que añadir que la edad, va a ser además,

un factor determinante para diferenciar patologías.

1. Recién Nacidos.- A esta edad las causas más comunes van a estar en relación con malformaciones del aparato digestivo o con problemas extradigestivos. Más raramente la causa será de carácter médico.

1.1. Origen digestivo:

- Malrotación y vólvulo intestinal.
- Atresia o bandas duodenales.
- Atresia yeyuno – ileal.
- Íleo o tapón meconial.
- Enfermedad de Hirschprung. Colon izquierdo hipoplásico.
- Obstrucción funcional. Adinamia congénita.
- Ectopia-Atresia anal. Duplicaciones intestinales.

1.2. Origen extradigestivo:

- Onfalocele.
- Extrofia vesical.
- Hernia diafragmática.

En los siguientes grupos de edad las frecuencias de aparición las podemos dividir en: **comunes, poco frecuentes e infrecuentes.**

2. Lactantes menores de 2 años

2.1. Comunes:

- Cólicos del lactante (< 3 meses).
- Gastroenteritis aguda.
- Síndromes virales.

2.2. Poco frecuentes:

- Traumatismos (descartar siempre maltrato).

- Invaginación.
- Anomalías intestinales.
- Hernias inguinales.
- Anemia de células falciformes.

2.3. *Infrecuentes:*

- Apendicitis. Vólvulo.
- Alergia o intolerancia a la leche de vaca.
- Tumores.
- Intoxicaciones.
- Deficiencia de disacaridasas.

3. Edad preescolar (entre 2 y 5 años)

3.1. *Comunes:*

- Gastroenteritis aguda.
- Infección urinaria.
- Traumatismos.
- Apendicitis.
- Neumonía y asma.
- Anemia de células falciformes.
- Infecciones virales.
- Estreñimiento.

3.2. *Poco frecuentes:*

- Divertículo de Meckel.
- Púrpura de Schönlein-Henoch.
- Fibrosis quística.
- Invaginación.
- Síndrome nefrótico.

3.3. *Infrecuentes:*

- Hernia incarcerada.

- Neoplasias.
- Síndrome hemolítico-urémico.
- Fiebre reumática.
- Hepatitis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Quiste de colédoco.
- Anemia hemolítica.
- Diabetes mellitus.
- Porfirias.

4. Escolares mayores de 5 años y adolescentes

4.1. *Comunes:*

- Gastroenteritis aguda.
- Traumatismos.
- Apendicitis.
- Infección urinaria.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Anemia de células falciformes.
- Estreñimiento.
- Infecciones víricas.

4.2. *Poco frecuentes:*

- Neumonía. Asma. Fibrosis quística.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Úlcera péptica.
- Colecistitis. Pancreatitis.
- Diabetes mellitus.
- Embarazo. Quistes ováricos.
- Enfermedades del colágeno.
- Dolor intermenstrual.

4.3. *Infrecuentes:*

- Fiebre reumática.

- Cálculos renales.
- Tumores.
- Torsión testicular.
- Torsión ovárica.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica. - Debe ser lo más detallada posible siendo importante determinar factores que lo agravan o que lo alivian, episodios previos e historia familiar de DAA, sobre todo en los de origen quirúrgico:

Modo de presentación: agudo, gradual o intermitente.

Duración: el tiempo de evolución es importante teniendo en cuenta que un dolor abdominal severo de más de seis horas de evolución es sugerente de patología quirúrgica.

Tipo: cólico, opresivo, quemante, fijo o irradiado.

Localización: Epigastrio. Periumbilical. Pélvico. Generalizado.

Síntomas asociados:

Digestivos:

- Vómitos: orientan más hacia una patología quirúrgica, sobre todo si son persistentes, biliosos o si son posteriores al dolor.
- Diarrea o estreñimiento: preguntar siempre por la presencia de sangre o moco en las heces.
- Anorexia: su presencia sugiere más patología quirúrgica.

Extradigestivos:

- Fiebre y cefalea: más asociados a problemas infecciosos pero si se

unen a afectación del estado general pensar más en problemas quirúrgicos.

- Síntomas respiratorios: descartar neumonía de lóbulos inferiores.
- Síntomas urinarios: sugieren infección de orina, cólico renal o pielonefritis.
- Síntomas ginecológicos en adolescentes: enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, aborto o dismenorrea.

Finalmente, hay que valorar procesos intercurrentes, medicaciones, antecedentes traumáticos, alergias o enfermedades de base.

Exploración física general. - Es importante valorar el estado general y de hidratación, la tensión arterial, la fiebre, las frecuencias cardíaca y respiratoria y la perfusión periférica. Se descartarán focos infecciosos: ORL, meningitis, neumonía, infección urinaria.

Exploración abdominal

Inspección: cicatrices de cirugía previa, distensión, hematomas, exantema, petequias, púrpura o inflamación externa. Masas a nivel inguinal o escrotal. Observar los movimientos de la pared abdominal y sus limitaciones en relación con el dolor.

Auscultación: de ruidos abdominales.

Percusión: timpanismo, matidez, organomegalias.

Palpación: deberá ser suave, observar expresión del niño, buscar rigidez y masas. Localizar zona de máximo dolor. Explorar Blumberg y punto de Mac Burney palpar región inguinal y testículos.

Tacto rectal. - Palpar fondo de saco de Douglas.

Pruebas complementarias. - Siempre hay que orientarlas en función del diagnóstico de sospecha: hematimetría, electrolitos, urea, creatinina, PCR, transaminasas, amilasa, análisis de orina.

Estudios de imagen: la radiografía simple de abdomen puede ser inicialmente considerada aunque su rendimiento diagnóstico es bajo. La ecografía abdominal pasa a ser la prueba de imagen de elección ya que se puede practicar con éxito diagnóstico, tanto en situaciones críticas, como pueden ser la invaginación intestinal, como en situaciones menos críticas; por lo tanto esta técnica es, dada su inocuidad y accesibilidad, una exploración de primera línea a realizar en un paciente que se sospeche patología abdominal. Otra técnica a tener en cuenta es la TAC abdominal en situaciones de difícil diagnóstico en las cuales incluso podría estar indicada la realización de RNM. La endoscopia digestiva tanto alta como baja puede estar indicada en aquellos casos en los que se necesite una visualización directa de las lesiones. No se debe olvidar la posibilidad de realizar radiografía de tórax en los casos en los que el DAA pueda estar originado de forma refleja, por procesos respiratorios basales.

Tratamiento. - Estará en función de la causa de dolor abdominal. Terapias no específicas no deben usarse si el diagnóstico no está aclarado, en cuyo caso el paciente debe ser ingresado para observar su evolución y actuar en consecuencia.

Un tema controvertido gira alrededor del empleo de analgesia en el abdomen agudo. Dado que los médicos tenemos el deber hu-

manitario de aliviar el dolor, basándonos en la evidencia actual, deberíamos suministrar analgesia a estos pacientes con DAA. Es habitual en la práctica ver como estos pacientes con DAA deben esperar largo tiempo sin alivio mientras se establece un plan terapéutico. La evidencia encontrada inclina la balanza hacia proporcionar analgesia desde el inicio del proceso diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scholer SJ, Pituch K, Orr DP, Dittus RS. Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. *Pediatrics* 1996; 98:680-5.
2. Quillin SP, Siegel MJ. Color doppler US of children with acute lower abdominal. *Radiographics* 1993;13:1281-93.
3. Siegel MJ, Carel C, Surratt S. Ultrasonography pain of acute abdominal pain in children. *JAMA* 1991;266:1987-9.
4. Thomson HJ, Jones PF. Active observation in acute abdominal pain. *Am J Surg* 1986;152:522-5.
5. Reiertsen O, Rosseland AR, Høivik B, Solheim K. Laparoscopy in patients admitted for acute abdominal pain. *Acta Chir Scand* 1985;151:521-4.
6. Astigarraga Aguirre I, Marco-Gardoqui Ibáñez R, Martínez Fernández R, Pocheville Guruceta I, Salcedo Casado V, Vázquez Ronco MA. Dolor abdominal en Pediatría. En: Benito Fernández FJ, Mintegi Raso S, Sánchez Etxaniz J, editores. *Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias Pediátricas*. 1999.p.103-19.
7. Nelson N. Dolor abdominal. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jonson HB, editores. *Tratado de Pediatría*. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana de España; 1997.p.1303-6.

8. Ruiz Moreno M, Otero M. Dolor Abdominal en Pediatría. *Pediatría Integral* 1995;1:59-68.
9. Analgesia en abdomen agudo. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. Vol 9. Número 5, Septiembre-October 2006.