

Abdomen agudo en el niño

Juan García Aparicio

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 originan 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 trasmite este dolor es de quemazón o incomodidad, no se encuentra una postura antiálgica, la intensidad es

variable y con frecuencia se asocia a manifestaciones vagales 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 tolerarlos, existiendo factores psicógenos y ambientales que los incrementan o disminuyen.

Localización del DAA

El DDA se puede localizar en:

- Epigastrio: si el dolor se origina en hígado, páncreas, vías biliares, estómago y porción alta del intestino.

- Región periumbilical: si el dolor se origina en la porción distal del intestino delgado, ciego y colon proximal.
- Región suprapúbica: si el dolor se origina en la parte distal del intestino grueso, vías urinarias y órganos pélvicos.
- Generalizado: en los casos referidos de otros órganos no abdominales.
- Región sacra: si se origina en el recto.

En cuanto la localización sea más asimétrica o más distal al ombligo, más riesgo hay de organicidad y de riesgo quirúrgico.

Intensidad del DAA

- 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.

Carácter del DAA

- 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 su frecuencia y gravedad son muy desiguales. A lo anterior hay

que añadir que la edad es un factor determinante para diferenciar patologías.

1. Recien nacidos. A esta edad las causas más comunes van a estar en relación con malformaciones del aparato digestivo o extradigestivas, pero más raramente la causa será de carácter médico.

- *Origen digestivo:*

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

- *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.

- *Comunes:*

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

- *Poco frecuentes:*

- Traumatismos (descartar siempre maltrato).

- Invaginación.
- Anomalías intestinales.
- Hernias inguinales.
- Síndrome de células falciformes.
- *Infrecuentes:*
- Apendicitis. Vólvulo.
- Alergia o intolerancia a la leche de vaca.
- Tumores.
- Intoxicaciones.
- Deficiencia de disacaridasas.

3. Edad preescolar (entre 2 y 5 años).

- *Comunes:*
- Gastroenteritis aguda.
- Infección urinaria.
- Traumatismos.
- Apendicitis.
- Neumonía y asma.
- Síndrome de células falciformes.
- Infecciones virales.
- Estreñimiento.
- *Poco frecuentes:*
- Divertículo de Meckel.
- Púrpura de Schölein-Henoch.
- Fibrosis quística.
- Invaginación.
- Síndrome nefrótico.
- *Infrecuentes:*
- Hernia incarcerada.
- Neoplasias.

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

4. Edad escolar: mayores de 5 años.

- *Comunes:*
- Gastroenteritis aguda.
- Traumatismos.
- Apendicitis.
- Infección urinaria.
- Enf. inflamatoria pélvica.
- Síndrome de células falciformes.
- Estreñimiento. Infecciones viricas.
- *Poco frecuentes:*
- Neumonía. Asma. Fibrosis quística.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Úlcera péptica.
- Colecistitis. Pancreatitis.
- Diabetes mellitus.
- Embarazo. Quistes ováricos.
- Enfermedades del colágeno.
- Dolor intermenstrual.
- *Infrecuentes:*
- Fiebre reumática.
- Cálculos renales.

- Tumores.
- Torsión testicular.
- Torsión ovárica.

Diagnóstico

Historia clínica

Debe ser lo más detallada posible, siendo importante determinar los 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 grave de más de 6 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, sobretodo 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.
- **Valorar:** procesos intercurrentes, medicaciones, antecedentes traumáticos, alergias o enfermedades de base.

Exploración física

General

- Valorar: estado general, hidratación, tensión arterial, fiebre, taquicardia, taquipnea y perfusión periférica.
- Descartar focos infecciosos: ORL, meningitis, neumonía, ITU.

Abdominal

- **Inspección:** cicatrices de cirugía previa, distensión, hematomas, rash, petequias, purpura 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 la expresión del niño, buscar rigideces 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.
- **Maniobras activas:** sentarse desde la posición de tumbado, empujar la "tripa", levantar las piernas, intentar saltar.

Exploraciones complementarias

Siempre hay que orientarlas en función del diagnóstico de sospecha:

- Hematimetría, electrolitos, urea, creatinina, PCR, transaminasas, amilasa, uroanálisis.
- Estudios de imagen: Rx de abdomen y tórax, ECO abdominal y TAC.
- Endoscopia.

Tratamiento

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

Bibliografía

1. Barkin M. Abdominal pain. Pediatric Emergency Medicine. Kathleen Lillis A, 1997. págs. 797-804.
2. Benito J, Mintegui S. Dolor abdominal en Pediatría. Diagnóstico y Tratamiento en Urgencias Pediátricas. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces, Bilbao, 1999, págs. 103-119.
3. Berman S. Dolor abdominal en Pediatría. Estrategia Diagnóstica y Terapéutica. En: Pediatría. Ed. Mosby, 1993, págs. 310-313.
4. Nelson N. Dolor abdominal. Tratado de Pediatría (Ed.15). Mc Graw-Hill, Interamericana, Vol. 1:1303-6.
5. Scholer SJ, Pituch K. Clinical outcomes of children with acute abdominal pain. Pediatrics, 1996; 98:680-5.
6. Siegel MJ, Carel C. Ultrasonography pain of acute abdominal pain in children. JAMA, 1991; 266(14): 1987-9.
7. Ludwi S. Dolor abdominal en Pediatría. Tratado de Urgencias Pediátricas. Ed. Interamericana, Richard Ruddy, págs. 65-71.
8. Lobato Romera R, Méndez Fernández P. Dolor Abdominal. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Residentes Hospital Infantil "La Paz". 3ª Ed. Madrid, 1995, págs. 47-52.
9. Quillin SP, Siegel MJ. Color doppler US of children with acute lower abdominal. Radiographics, 1993; 13(6): 1281-93.
10. Reiertsen O, Rosseland AR. Laparoscopy in patients admitted for acute abdominal pain. Acta Chir Scand, 1985; 151(6): 521-4.
11. Ruiz Moreno M, Otero M. Dolor Abdominal en Pediatría. Pediatría Integral, 1995, Vol.1, 1:59-68.
12. Thomson HJ, Jones PF. Active observation in acute abdominal pain.. Am J Surg, 1986; 152(5): 522-5.

NOTAS