

Dolor abdominal agudo no específico

Dr. Vladimir Guicheff, Dr. Ciro Ferreira.

Se denomina dolor abdominal agudo no específico, a aquel que es imposible determinar a que entidad conocida corresponde. Su frecuencia, comprendida entre el 24 y el 49%, de las estadísticas consultadas, es tal, que debe ser tenido en cuenta, por las decisiones a adoptar. Esta surgirá de un completo examen clínico del enfermo y una valoración juiciosa de los métodos auxiliares, que permitirán una disminución de intervenciones innecesarias. Ciertos axiomas intervencionistas en el abdomen agudo, deberían ser replanteados, frente a la elevada morbimortalidad de las laparotomías en blanco.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Abdomen, Acute / Pain.

SUMMARY: Non-specific acute abdominal pain.

By non-specific abdominal pain it is designated pain in respect of which it is impossible to determine to what known classification it belongs. The high frequency of same, ranging from 24 and 49% in statistical data consulted, merits to be taken into account when deciding upon procedures. Decisions in that respect should result from a complete clinical examination of the patient and a discerning ponderation of auxiliary methods available, to permit a decrease in the number of unnecessary interventions. Certain axioms of interventionism concerning the acute abdomen should be restated in view of the high rate of morbimortality in blank laparotomy.

RÉSUMÉ: Douleur abdominale aiguë non spécifique.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Prof. Adjunto del Dpto. de Emergencia, Asistente Interino de Clínica Quirúrgica.

Dirección: L.A. de Herrera 1042 (203) Montevideo.
(Dr. V. Guicheff).

Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas (Director Prof. Dr. G. Ríos Bruno). Facultad de Medicina. Montevideo.

On appelle douleur abdominale aiguë non spécifique à celle dont on ne peut pas spécifier à quelle entité connue elle correspond. Sa fréquence située entre le 24% et le 49% des statistiques consultées, a une telle importance qu'il doit être considéré pour les décisions à adopter. La décision finale sera le résultat d'un examen clinique complet du malade et d'une évaluation des méthodes auxiliares qui permettront de diminuer le nombre d'interventions inutiles. Certains axiomes interventionnistes devront être remis en question face à la morbimortalité élevée des laparotomies en blanc.

Nos referimos bajo esta denominación, al dolor abdominal agudo que no corresponde a entidades nosológicas identificadas. Para llegar a ser catalogado como tal, la clínica y la paraclínica no deben orientar a ningún diagnóstico positivo. En los trabajos iniciales al respecto⁽¹⁾, se consideraron enfermos que presentaban un cuadro doloroso abdominal de menos de 5 días de evolución, en los cuales la Rx. simple de abdomen y la leucocitosis eran normales. Aportando estos datos, más síntomas y signos clínicos a la sofisticada computación y confrontando los diagnósticos que establecieron los clínicos⁽³⁾, se concluyó que esta entidad, lejos de ser infrecuente, es bastante común.

Estudios multicéntricos y prospectivos realizados en Dinamarca⁽²⁾, concluyeron que esta situación representaba el 43% de 6.097 casos estudiados. Per Jess⁽⁵⁾, en 730 casos analizados con un seguimiento de 5 años, encontró que un 32% correspondían a dolor abdominal agudo no específico. Este representaba el mayor porcentaje en el conjunto

de afecciones abdominales agudas, (apendicitis, colecistitis, afecciones genitourinarias, etc.). En otro estudio prospectivo, sobre 394 casos, De Dombal⁽¹⁾, concluye que el 49% correspondían a esta entidad.

En estos estudios no están incluidos los cuadros médicos que simulan enfermedades quirúrgicas, ni otras afecciones que por el mecanismo del dolor referido lo puedan simular⁽⁴⁾. Las infecciones ginecológicas y las urinarias que podrían integrar esta entidad, casi siempre presentan elementos que nos orientan a ellas, lo que permite descartarlas.

Del material que analizamos, hemos obtenido datos significativos que concuerdan con los resultados arriba mencionados.

Negrotto⁽⁷⁾, en un estudio de 120 laparoscopias realizadas en abdomen agudo no traumático, en enfermos que consultaron en Emergencia del Hospital de Clínicas, durante el período 1981-junio 1983, encuentra que 50, (41%) fueron normales. El seguimiento posterior de los mismos fue satisfactorio, no pudiéndose llegar a un diagnóstico positivo.

Del análisis efectuado a las historias de enfermos que ingresaron por el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas con diagnóstico de dolor abdominal agudo, durante los años 1981 y 1982 surgen los datos que detallaremos.

Ingresaron 1.107 enfermos con tal diagnóstico, en las diferentes Clínicas Quirúrgicas. A 357 de ellos, (32%) de los cuales el 32,8% correspondió al sexo masculino y el 67,2% al sexo femenino, se les efectuó tratamiento médico. En 72 casos, (20,17%) no se llegó a establecer diagnóstico al ser dados de alta. El resto, fueron tipificados como enfermedades de diversos aparatos (digestivo, urinario, etc.), constituyendo las afecciones de la vía biliar el rubro de mayor incidencia, después del dolor abdominal no identificado.

Fueron operados 750 enfermos de los ingresados, 43,88% del sexo masculino y el 56,12% del sexo femenino, de los cuales en 29 casos, (3,87%) no se pudo establecer diagnóstico. Este porcentaje, sumado a los enfermos a los cuales se les efectuó tratamiento médico sin llegar a diagnóstico, suma el 24,04%. Estos enfermos estarían comprendidos dentro del cuadro del dolor abdominal agudo no específico. Esta cifra porcentualmente inferior a las manejadas por otros autores, se vería incrementada si existieran datos estadísticos de aquellos enfermos que habiendo consultado por dolor abdominal agudo, fueron enviados a sus domicilios o derivados a las policlínicas correspondientes por los cirujanos actuantes. Es de destacar que del total de los intervenidos, 299

(39%) correspondían a apendicitis aguda, no existiendo confirmación anatomopatológica, en algunos de los casos.

Concluimos, por lo arriba expresado, que el dolor abdominal agudo no específico, constituye una entidad frecuente, que debe ser conocida por los cirujanos, para no apresurar una decisión quirúrgica. Creemos, que no se puede seguir siendo dogmático en la conducta intervencionista frente al dolor abdominal agudo. Hay cuadros que en porcentajes diferentes, no corresponden a ninguna patología y que son sometidos a laparotomías, que no son siempre inocuas. La laparotomía en blanco, tiene su morbimortalidad. En un trabajo al respecto⁽⁶⁾, sobre 48 laparotomizados en blanco, donde 6 casos correspondían a dolores no específicos, se encontró una mortalidad del 29% de los casos estudiados. En este elevado porcentaje están incluidos enfermos añosos, otros con fallas multiviscerales, reintervenciones en período postoperatorio inmediato, que evidentemente son los responsables de cifras tan elevadas.

Consideramos que se deben agotar todos los medios clínicos y paraclínicos a nuestra disposición para llegar a un diagnóstico presuntivo, antes de proceder a laparotomizar a un enfermo, que presenta un dolor abdominal agudo.

Dentro de los estudios paraclínicos, además de incorporar la laparoscopia como método auxiliar de diagnóstico, en la duda, podemos también solicitar estudios no convencionales, como son la ecografía y la tomografía computada. Estos últimos procedimientos nos han ayudado a establecer o descartar diagnósticos de afecciones agudas de vías biliares, en los cuadros dolorosos no muy típicos de hipocondrio derecho, así como nos han permitido detectar la presencia de abscesos intraabdominales en enfermos de difícil interpretación.

Con todos estos elementos, sumados a un completo examen clínico y estricto control evolutivo, hemos podido limitar el número de enfermos que tendríamos que laparotomizar como último gesto semiológico.

Por supuesto que frente a la persistencia de la duda diagnóstica, no dudamos en efectuar una laparotomía exploradora en este tipo de enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DE DOMBAL F., LEAPER D., STANILAND J., Mc. CANN A., HORROCKS J.: Computer aided diagnosis of acute abdominal pain. Br. Med. J., 2: 9, 1972.

2. DE DOMBAL F.: Acute abdominal pain an O.M.G.E. Survey. Scand. J. Gastroenterol. (Suppl) 14: 29, 1979.
3. LEAPER D., HORROCKS J., STANILAND J., DE DOMBAL F.: Computer Assisted Diagnosis of Abdominal pain, using "estimates" provided by clinicians. Br. Med. J., 4: 350, 1972.
4. GUICHEFF V., TORTEROLO E., VARELA N.: Dolor abdominal agudo. En "El Dolor", trabajo presentado al premio de la Academia Nacional de Medicina, Cap. 10 Inédito, 1983.
5. JESS P., BJERREGARD B., BRYNITZ S. et. al: Prognosis of acute Abdominal Pain. A prospective Study. Am. J. Surg. 144: 338, 1982.
6. MINCHOT F., HAY J., DAZZA F., FLAMANT J., MAILLARD J.: Laparotomies Blanches pour Syndrome Abdominal Aigue. J. Chir., 118: 637, 1981.
7. NEGROTTO G., ZEBALLOS E., TURTURIELLO H., RIOS BRUNO G.: "La Laparoscopia en la Urgencia" Presentado en Arch. Medicina Interna (en prensa), 1982.