

Dolor abdominal nocturno

Buil Tricas B, Plumed Betes MJ

Servicio Normal de Urgencias de Tudela. Navarra

El dolor es el primer motivo de consulta en los Servicios de Urgencias y el abdominal la localización más frecuente. En algunas series llega a constituir el 10 % de las consultas urgentes¹.

El término "dolor abdominal agudo" se aplica a los cuadros de pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación. La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación de este tipo². Alrededor de 40 % de las personas que consultan por un dolor abdominal abandona el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de "dolor abdominal inespecífico". El dolor abdominal agudo debe ser considerado un auténtico desafío clínico.

Para establecer el diagnóstico es esencial la historia clínica. Se debe hacer especial énfasis en los antecedentes, la semiología del dolor y los síntomas asociados. Podemos pensar que es preciso utilizar de entrada pruebas de imagen muy sofisticadas en todos los casos para evitar la incertidumbre, pero sólo se deben solicitar aquellas cuyo resultado modifique la conducta diagnóstico-terapéutica del médico o para confirmar el diagnóstico³.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a nuestro Servicio por dolor abdominal de 6 días de evolución, de predominio nocturno. El dolor está localizado en el hipogastrio y el flanco derecho, es discontinuo y durante el día apenas es percibido. No tiene náuseas, vómitos, ni diarreas; tampoco refiere clínica miccional ni fiebre. La paciente manifiesta sensación de hinchazón abdominal. La última menstruación fue hace 15 días, normal.

En la exploración la paciente presenta buen estado general, normocoloreada y normohidratada, afebril. La auscultación cardiopulmonar no presenta ruidos patológicos. El abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación, con peristaltismo presente. En el hipogastrio se palpa una masa

redondeada, de consistencia dura, no dolorosa, que ocupa hasta la zona umbilical.

Se realiza Combur test: los leucocitos y nitritos son negativos, hematuria positiva. El test de embarazo es negativo.

La paciente es derivada al hospital de referencia para completar el estudio con ecografía abdominal. Dado que se sospecha patología ginecológica, la ecografía abdominal es la prueba de elección⁴.

Se le realiza una ecografía ginecológica transvaginal (figuras 1 y 2) cuyo informe describe un útero normal, ovario izquierdo normal, ovario derecho con imagen quística de 11 x 15 x 93 mm, de contenido denso; no hay líquido en el fondo de saco de Douglas.

Posteriormente se realizó una ecografía abdominal donde se apreciaba un hígado de tamaño, morfología y ecoestructura normal; la vesícula biliar era normal y la vía biliar principal no mostraba dilatación; la porción visible del páncreas y el bazo eran normales; el riñón izquierdo no presentaba hallazgos destacables; el riñón derecho era de tamaño normal, con dilatación pielocalicial y litiasis intracaliciales; no se lograba visualizar el trayecto lumbar ureteral; la vejiga era poco valorable (vacía); en el aparato genital, el útero no mostraba alteraciones destacables y en el anejo derecho se apreciaba una voluminosa masa quística, de contenido ligeramente denso, con algún septo y bordes lisos; el diagnóstico ecográfico fue de masa quística anexial, y urétero-hidronefrosis derecha grado II.

La paciente quedó ingresada para la realización de una punción y aspiración del contenido quístico (90 cc de líquido achocolatado) y extirpación de la cápsula y parte del ovario derecho. Se dejó el tejido ovárico sano.

El diagnóstico diferencial se estableció con las siguientes entidades:

- Embarazo.
- Embarazo ectópico.
- Patología anexial (mioma uterino, quiste

ovárico).

- Patología tumoral intestinal.
- Patología urinaria (tumoración vesical, hidronefrosis, litiasis).

Según los resultados de la Anatomía Patológica el diagnóstico fue de quiste endometriósico del ovario derecho.

El seguimiento de la paciente se llevó a cabo en su Centro de Salud. Las curas de la herida quirúrgica se complicaron por una dehiscencia de la sutura con formación de un hematoma subcutáneo que se resolvió al cabo de 10 días.

historia clínica y la exploración física son las herramientas más efectivas de que disponemos para realizar un correcto abordaje inicial de esta patología. Ello permite establecer criterios de derivación a un nivel superior donde las pruebas diagnósticas pueden orientar para llegar a establecer un diagnóstico definitivo.

Las mujeres jóvenes suponen un grupo de población de especial interés en la valoración del dolor abdominal, por entrar en juego diagnósticos diferenciales que incluyen la patología ginecológica.

Figuras 1 y 2



COMENTARIO

El dolor abdominal supone un reto para el médico en las Urgencias extrahospitalarias, donde la

BIBLIOGRAFIA

1. O'Brien MC, Cline DM. Approach to abdominal pain. En: Cline D, Stead L (eds). *Abdominal Emergencies*. New York: Mc Graw-Hill 2008; pág 1-11.
2. Montoro M, Delgado P, Hurtado G. Dolor abdominal agudo. En: Montoro M, García Pagán JC, Gomollón F, Gisbert JP, Panes J, Santolaria S, y cols (eds). *Problemas comunes en la práctica clínica. Gastroenterología y hepatología (AEG-AEEH)*. Madrid: Jarpyo 2006; pág 85-100.
3. García Cabezudo J, Montoro Huguet M y cols. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo (I y II). En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S, Vilardell F (eds). *Principios Básicos de gastroenterología para médicos de familia*. 2ª edición. Madrid: Jarpyo 2002; pág 751-82.
4. Del Arco Galán C, Parra Gordo ML, García-Casasola G. Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo. *Rev Cin Esp* 2008;208: 520-4.