



Protocolo diagnóstico del dolor epigástrico agudo

P. Lacarta García y B. Remacha Tomey

Servicio del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Palabras Clave:

- Epigastralgia aguda
- Reflujo gastroesofágico
- Enfermedad ulcerosa péptica
- Pancreatitis aguda

Keywords:

- Acute epigastric pain
- Gastroesophageal reflux
- Peptic ulcer disease
- Acute pancreatitis

Resumen

El dolor epigástrico agudo es un síntoma frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. Existen múltiples patologías tanto digestivas como extradigestivas que pueden tener dolor epigástrico entre sus síntomas habituales, algunas de ellas tienen a veces un pronóstico infausto si no se toman las medidas adecuadas de manera precoz. Por ello, el médico debe ser capaz de descartar, en un primer momento, una situación potencialmente letal. En este texto analizaremos cuáles son las patologías más frecuentes que cursan con dolor abdominal. También se incidirá en la anamnesis y la exploración física como fuente fundamental de información, ya que gracias a ellas, en ocasiones se puede obtener un diagnóstico certero. Por último, también desglosaremos qué pruebas complementarias son útiles y podemos emplear para confirmar el diagnóstico o en caso de duda diagnóstica.

Abstract

Diagnostic protocol of acute epigastric pain

Acute epigastric pain is a common symptom for consultation in the Emergency Services. There are many digestive disorders as well extradigestive disorders that may have epigastric pain among their usual symptoms, some of them may have an unfortunate outcome if no appropriate measures are taken so early. So the physician should be able to rule, at first, a potentially lethal situation. In this paper we analyze what are the most common diseases that present with abdominal pain. It will also work on the medical history and physical examination as a primary source of information, since sometimes you can get an accurate diagnosis thanks to them. Finally, we breakdown what are the additional tests we can use to confirm the diagnosis or in case of diagnostic doubt.

Introducción

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente de la patología digestiva y su forma aguda (menos de 24 horas) la urgencia digestiva más habitual en la práctica clínica. En este texto nos centraremos en el dolor localizado en el epigastrio que se refiere a la región superior, central y anterior del abdomen. Conviene recordar que el dolor epigástrico se corresponde con los dermatomas inervados por las metámeras es-

pinales D6-D12 recogiendo la sensibilidad visceral de varias estructuras como esófago, estómago, duodeno, páncreas y también hígado y la vía biliar. Asimismo, la patología en otras vísceras que tengan aferencia en dichos niveles medulares, como mediastino, pericardio o miocardio, también se manifestará en forma de dolor epigástrico¹. Como vemos, múltiples patologías pueden ser la causa del dolor epigástrico, por lo que realizar una correcta historia clínica con una buena anamnesis y exploración física es crucial para una aproximación diagnóstica acertada²⁻⁴.

Causas de dolor epigástrico

Esofagitis

En la mayoría de los casos es secundaria a enfermedad por reflujo gastroesofágico, cursa con dolor urente que se puede acompañar de pirosis y regurgitación, así como de otros síntomas de reflujo como tos o laringitis, etc. Típicamente aumenta tras las comidas y algunas posturas como el decúbito y mejora con alcalinos y antiácidos.

Enfermedad ulcerosa

Dolor brusco, urente que se alivia con la toma de antiácidos y la ingesta de alimentos y que reaparece 2-3 horas después de la ingesta, de predominio nocturno y periódico. Puede acompañarse de otros síntomas como vómitos, que al ser abundantes y aliviar el dolor nos orientaría a una estenosis pilórica, o hematemesis. En caso de perforación gástrica o duodenal el dolor será de gran intensidad y generalmente acompañado de signos de peritonismo.

Cáncer gástrico

Dolor de características similares a las de la enfermedad ulcerosa que puede acompañarse de náuseas y vómitos junto con la pérdida de peso.

Apendicitis aguda

Puede comenzar con dolor epigástrico mal localizado que posteriormente se irradia a la fosa ilíaca derecha.

Pancreatitis aguda

Dolor irradiado a la espalda de forma transfixiva o bien “en cinturón” acompañado de náuseas y vómitos, distensión abdominal e íleo. Asociado a una amilasemia 3 veces superior al límite de la normalidad.

Patología hepatobiliar

La litiasis biliar puede presentarse como un dolor epigástrico, en este caso de gran intensidad, rápidamente progresivo y que no se alivia con náuseas ni vómitos. Si aparece ictericia y fiebre deberemos sospechar la presencia de colangitis aguda. La hepatomegalia de rápido desarrollo también puede producir dolor epigástrico.

Patología intestinal alta

El vólvulo de estómago, la isquemia intestinal, la obstrucción intestinal o la enfermedad de Crohn pueden también producir dolor epigástrico.

Causas extraabdominales

Infarto agudo de miocardio de localización inferior; dolor opresivo que se alivia con reposo y nitritos junto con cortejo vegetativo y alteraciones electrocardiográficas, aneurisma de aorta abdominal, neuralgia herpética, osteocondritis, fármacos y alcohol.

Aproximación al paciente con dolor epigástrico agudo

El objetivo es establecer un diagnóstico certero y rápido, ya que podemos estar ante una patología de extrema urgencia. Como ya hemos comentado, lo principal es realizar una anamnesis y una exploración física adecuada. Así pues, una descripción detallada de los antecedentes del paciente, como de las características del dolor permite una orientación diagnóstica correcta. Una exploración física minuciosa verifica la sospecha alcanzada con la anamnesis (fig. 1). El diagnóstico se puede auxiliar en pruebas complementarias que aporten información. A pesar de todo ello, una buena parte de los casos quedan sin diagnóstico.

Evaluación clínica

En primer lugar, se debe valorar la situación hemodinámica del paciente y, en su caso, estabilizarlo. Una vez estabilizado se puede comenzar la historia clínica teniendo presente que es necesario descartar en un primer momento las patologías más graves y que pueden requerir un tratamiento quirúrgico inmediato como la perforación de víscera hueca o la disección aórtica.

Anamnesis

Recogerá la edad, el sexo, los antecedentes personales y los hábitos tóxicos, los antecedentes médico-quirúrgicos, la toma de fármacos, así como las características del dolor.

Cronología del dolor. Se debe considerar tanto la velocidad de aparición, como la progresión y la duración de los síntomas. Una instauración súbita nos orientaría hacia una disección aórtica, perforación de víscera hueca o isquemia mesentérica.

Intensidad y carácter del dolor. El dolor puede ser localizado como en la úlcera péptica y que aumenta su intensidad si se complica con perforación. Más difuso como en la isquemia o en el comienzo de la apendicitis. El cambio en la localización del dolor puede indicar una progresión en el curso de la enfermedad subyacente. Existen cuadros con irradiación del dolor característica hacia la espalda en la pancreatitis y hacia la escápula en el cólico biliar.

Factores modificadores. Determinadas posturas, la ingesta de alimentos, los vómitos, la respiración profunda.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809752>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809752>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)