



Abdomen agudo pediátrico

Pediatric acute abdomen

Abdômen agudo pediátrico

Diana Carolina Mendoza-Rivilla ^I
dianamrivilla92@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9133-4353>

Ana gabriela Niola-Toasa ^{II}
anitaniola@outlook.es
<https://orcid.org/0000-0002-4033-9522>

Cristina Isabel Barahona-Moreta ^{III}
cristina.1589@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4355-2417>

Paula Cristina Chang-Alvarado ^{IV}
paulachangmd@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3215-3856>

Correspondencia: dianamrivilla92@gmail.com

Ciencias de la salud
Artículos de revisión

***Recibido:** 16 de marzo de 2021 ***Aceptado:** 22 de abril de 2021 ***Publicado:** 05 de mayo de 2021

- I. Medica, Investigador Independiente, Ecuador.
- II. Medica, Investigador Independiente, Ecuador.
- III. Medica, Investigador Independiente, Ecuador.
- IV. Medica, Investigador Independiente, Ecuador.

Resumen

El dolor abdominal agudo (DAA) es una situación clínica definida por la presencia de síntomas abdominales, fundamentalmente dolor, de menos de un mes de evolución. Dentro de este es imprescindible diferenciar el “abdomen agudo” (AA) que se caracteriza por tener una evolución generalmente inferior a 48-72 horas, ser constante, intenso, acompañarse de afectación del estado general y de una palpación abdominal dolorosa. A la llegada del paciente a Urgencias se debe proceder con la evaluación y estabilización inicial, utilizando el Triángulo de Evaluación Pediátrica y la secuencia ABCDE. El diagnóstico se basa en la historia y exploración física pero según la sospecha clínica pueden ser necesarias algunas pruebas complementarias. El tratamiento depende de la patología subyacente, pudiendo ser médico o quirúrgico. El principal objetivo es diagnosticar los procesos que requieren tratamiento urgente (quirúrgico o no): los más frecuentes en Pediatría son la apendicitis en el niño mayor (>5 años) y la invaginación en el lactante (<2 años).

Palabras claves: Abdomen; pediatría; dolor; evolución.

Abstract

Acute abdominal pain (AAD) is a clinical situation defined by the presence of abdominal symptoms, mainly pain, of less than a month of evolution. Within this, it is essential to differentiate the "acute abdomen" (AA), which is characterized by having an evolution generally less than 48-72 hours, being constant, intense, accompanied by affectation of the general state and painful abdominal palpation. Upon arrival of the patient to the Emergency Department, the initial evaluation and stabilization should be carried out, using the Pediatric Evaluation Triangle and the ABCDE sequence. The diagnosis is based on the history and physical examination, but depending on the clinical suspicion, some complementary tests may be necessary. Treatment depends on the underlying pathology, and can be medical or surgical. The main objective is to diagnose the processes that require urgent treatment (surgical or not): the most frequent in Pediatrics are appendicitis in the older child (> 5 years) and intussusception in the infant (<2 years).

Keywords: Abdomen; pediatrics; pain; evolution.

Resumo

A dor abdominal aguda (DAA) é uma situação clínica definida pela presença de sintomas abdominais, principalmente dor, com menos de um mês de evolução. Dentro disso, é fundamental diferenciar o "abdome agudo" (AA), que se caracteriza por ter uma evolução geralmente inferior a 48-72 horas, sendo constante, intensa, acompanhada de afetação do estado geral e palpação abdominal dolorosa. Na chegada do paciente ao Pronto Socorro, deve-se realizar a avaliação inicial e a estabilização, utilizando o Triângulo de Avaliação Pediátrica e a sequência ABCDE. O diagnóstico é baseado na história e no exame físico, mas dependendo da suspeita clínica, alguns exames complementares podem ser necessários. O tratamento depende da patologia subjacente e pode ser clínico ou cirúrgico. O objetivo principal é diagnosticar os processos que requerem tratamento urgente (cirúrgico ou não): os mais frequentes em Pediatria são a apendicite na criança maior (> 5 anos) e a intussuscepção no lactente (<2 anos).

Palavras-chave: Abdomen; pediatria; dor; evolução.

Introduction

En Pediatría de Atención Primaria, el dolor abdominal constituye uno de los motivos de consulta más frecuente, tanto en su presentación como episodios agudos, como en la presentación de dolores abdominales de manera intermitente y recurrente. En el caso de cuadros agudos, existe mayor número de causas orgánicas; mientras que, en el dolor abdominal crónico o recidivante, encontramos con mayor frecuencia una etiología funcional (Eizenga, Gieteling, & Berger, 2013). El dolor abdominal agudo (DAA) comprende todas aquellas situaciones clínicas donde el síntoma principal es la sensación dolorosa intensa abdominal. Representa, por ello, un claro motivo de urgencia. El dolor puede ser secundario a múltiples causas, tanto relacionadas con patologías intra abdominales, como extra abdominales (Eizenga, Gieteling, & Berger, 2013) (Balachandran, Singhi, & Lal, 2013)

El estudio y manejo del dolor abdominal agudo es de gran importancia, pues de una correcta valoración, puede depender, en ocasiones, la vida del paciente. En el ámbito extrahospitalario, se cuenta con muy escasos exámenes complementarios que puedan ayudar a investigar la etiología del cuadro clínico; por lo que, una buena anamnesis y exploración física son esenciales en la valoración de un dolor abdominal agudo. En el ámbito hospitalario, se realizan una cuidada

anamnesis y exploración física, ayudadas, si procede, de algunas exploraciones complementarias, las que permitan llegar a un correcto diagnóstico y descartar precozmente una causa que precise tratamiento quirúrgico inmediato, denominado abdomen agudo (Peña & Beltrà, 2012)

Se debe destacar por su frecuencia dentro de las causas de AA en Pediatría la apendicitis en el niño mayor (>5 años) y la invaginación en el lactante (<2 años). La apendicitis aguda en los niños menores de 5 años puede tener una presentación menos característica y una progresión más rápida de la infección a formas complicadas, y la invaginación puede manifestarse con cuadros de letargia, hipotonía, debilidad aguda, alteración brusca del nivel de consciencia o episodios paroxísticos, aunque no exista ninguno de los signos clásicos de presentación de la enfermedad. Debido a la frecuencia y a la posibilidad rápida de complicaciones, es importante realizar un análisis como el que se presenta 'en este ensayo y, de esta patología en pediatría puesto que sirve de referencia para el tratamiento eficaz y oportuno.

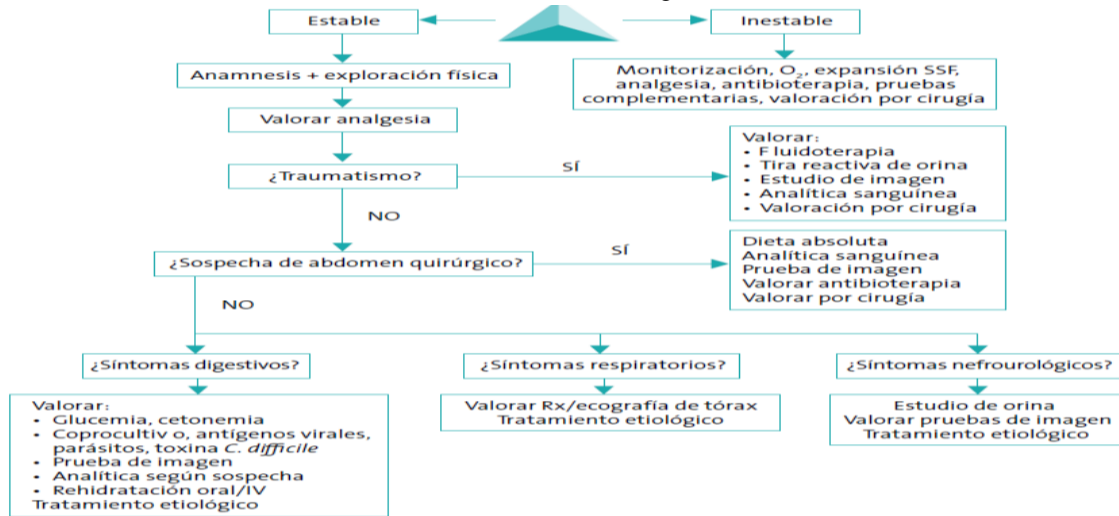
Desarrollo

Fisiopatológicamente, el dolor abdominal agudo puede ser de tres tipos: dolor visceral, dolor somático o peritoneal y dolor referido. (Gómez, 2014) . El dolor abdominal agudo puede estar originado tanto a nivel abdominal como extraabdominal. Puede presentarse como: dolor visceral, dolor somático-peritoneal o dolor referido. El tipo de dolor abdominal agudo puede ser, en función de su origen, abdominal o extraabdominal.

En el caso de ser abdominal, éste se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, en cualquier víscera sólida o estructura abdominal (hígado, bazo, páncreas, vesícula o mesenterio), del sistema genitourinario, de la columna vertebral, de la piel o estructuras blandas de la pared abdominal. En el caso de ser extra abdominal, su origen puede situarse fuera del abdomen, como puede ser el tórax, estructuras ORL o bien neuropsicológico.

El dolor visceral tiene su origen en los receptores situados en las vísceras huecas o sólidas abdominales, en las serosas que las recubren o en el peritoneo visceral. Es un dolor de transmisión lenta y se hace a través de las fibras C de las vías aferentes vegetativas. Se percibe con poca precisión, está mal localizado y es difuso. Frente a este dolor, el paciente tiende a doblarse sobre sí mismo para calmarlo, cambia frecuentemente de postura y muestra inquietud. La intensidad suele ser variable y se asocia con frecuencia a manifestaciones vagales.

Tabla 1: Abdomen agudo.



Fuente: (Samuel, 2002)

Tabla 2: Etiología de la Abdomen Agudo.

	Frecuentes	Infrecuentes
Recién nacido 0-1 mes	Sepsis Infección de orina Cólicos del lactante Gastroenteritis Intolerancias alimentarias	Enterocolitis necrotizante Ileo meconial Atresia yeyunal Enfermedad de Hirschprung Malformaciones intestinales
Lactante 1-12 meses	Gastroenteritis Traumatismos Cólico del lactante Intolerancia a alimentos Infección urinaria	Malformaciones intestinales Malformaciones urinarias Invaginación intestinal Fibrosis quística Torsión testicular/ovárica Hernia inguinal estrangulada
Preescolar 2-4 años	Gastroenteritis Foco ORL Transgresiones alimentarias Infección urinaria Síndrome hemolítico-urémico	Apendicitis aguda Tumores Neumonía lóbulo inferior Cólico nefrítico
Escolar 4-11 años	Gastroenteritis aguda Apendicitis aguda Foco ORL Púrpura Schönlein-Henoch Traumatismo Infección urinaria Neumonía	Colecistitis aguda Colelitiasis Torsión testicular/ovárica Impactación fecal Enfermedad inflamatoria intestinal Cetoacidosis diabética Cefalea/Migraña
Adolescente	Apendicitis Enterocolitis Ovulación/Menstruación Enfermedad inflamatoria intestinal Enfermedad inflamatoria pélvica	Colecistitis Pancreatitis Úlcera péptica Diabetes Embarazo ectópico Funcional o psicossomático

Fuente: (Fernández , 2015)

El dolor somático o peritoneal tiene su origen en los receptores del peritoneo parietal, piel y músculos, y es conducido por las fibras aferentes de tipo A de los nervios espinales, que son fibras de transmisión rápida. Se trata de un dolor que se localiza bien, punzante, muy intenso y que provoca una quietud absoluta, originando una clara posición antiálgica, la cual se intenta mantener

de una forma permanente. El dolor referido es el que tiene su origen en regiones alejadas de donde se manifiesta. Se trata de un dolor de proyección cerebral, cuyo origen puede ser tanto visceral como somático (García, 2005)

Diagnóstico

El estudio diagnóstico del dolor abdominal agudo se basa en: una obtención pormenorizada de datos anamnésticos, una metódica exploración física y una petición racional de pruebas complementarias. Es fundamental, el conocimiento de las principales patologías, que pueden dar DAA según tramos etarios y frecuencia (Gómez, 2014)

Anamnesis

El primer aspecto, son los antecedentes, para lo cual se explora los episodios previos similares, cirugía abdominal, historia familiar de DAA, traumatismos, alimentos consumidos, medicamentos recibidos, ingestión accidental o intencionada de drogas, antecedentes ginecológicos u obstétricos y otras patologías personales o familiares previas de interés. (Gómez, 2014)

El modo de presentación: agudo, gradual o intermitente. El dolor repentino o súbito suele indicar problemas mecánicos, como: perforación intestinal, invaginación, embarazo ectópico o torsión ovárica o testicular. Cuando la presentación es lenta, se asocia con procesos inflamatorios, como: apendicitis, pancreatitis o colecistitis (Samuel, 2002). La presentación intermitente, con carácter cólico, suele corresponder con: dolores referidos de vesícula biliar o de sus conductos, de conductos pancreáticos, riñón o vías urinarias, del útero o de las trompas de Falopio. (Gómez, 2014). La duración: un dolor abdominal severo de más de seis horas de evolución es sugerente de patología quirúrgica.

Si es de tipo: continuo, el cólico punzante o difuso, se da en relación con procesos inflamatorios agudos. El dolor cólico punzante sugiere obstrucción del tracto gastrointestinal o del genitourinario. El dolor difuso suele presentarse en situaciones evolucionadas de los anteriores procesos (Waseem & Rosenberg, 2008).

En cuanto a su localización, generalmente es en el epigastrio, periumbilical, hipogastrio o suprapúbico, generalizado y sacro. El dolor situado en epigastrio puede ser originado en: hígado, páncreas, vías biliares, estómago y porción alta del intestino delgado. A nivel periumbilical, encontramos el procedente de porción distal del intestino delgado, ciego y colon proximal. En hipogastrio o suprapúbico, el originado en parte distal del intestino grueso, vías urinarias y órganos

pélvicos. El dolor generalizado puede encontrarse en casos de dolor referido de otros órganos no abdominales. La localización sacra se relaciona con el dolor originado en recto. (Gómez, 2014)

En relación a los síntomas asociados, éstos pueden ser digestivos (vómitos, diarrea o estreñimiento, anorexia) o extradigestivos (fiebre y cefalea, síntomas respiratorios, síntomas urinarios, síntomas ginecológicos en adolescentes). Los vómitos persistentes, alimentarios, biliosos, fecaloideos y los posteriores al dolor, orientan más a una patología quirúrgica. Otras veces, los vómitos se asocian a gastroenteritis o cólicos biliares, o renales.

Conocer si coexiste con el dolor, diarrea o estreñimiento y la presencia de moco, pus o sangre en heces, serán de ayuda orientativa hacia procesos como: gastroenteritis, enfermedad de Hirschprung, enfermedad inflamatoria intestinal, invaginación, divertículo de Meckel o púrpura de Schönlein- Henoch. La anorexia asociada a dolor abdominal, sugiere posible patología ,quirúrgica. La fiebre y cefalea son síntomas más asociados a problemas infecciosos, pero su unión con afectación del estado general hará pensar en problemas quirúrgicos. Cuando la fiebre es muy alta desde el comienzo, sugiere patología infecciosa.

La presencia de síntomas respiratorios obligará a descartar neumonía de lóbulos inferiores. Los síntomas urinarios pueden estar asociados a: ,infección de orina, cólico renal, pielonefritis, síndrome hemolítico-urémico o púrpura de Schönlein-Henoch, entre otros. Los síntomas ginecológicos en adolescentes pueden estar en relación con: enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, aborto o dismenorrea. (De la Torre C & Ferrero, 2011)

Tratamiento

El tratamiento definitivo dependerá de la causa del dolor abdominal, pero la prioridad es seguir la secuencia ABCDE para la estabilización del paciente. El dolor abdominal puede ser la presentación de distintas enfermedades y, hasta esclarecer su causa, el paciente permanecerá a dieta absoluta (Astobiza, 2011). La analgesia no enmascara el diagnóstico y no retrasa el tratamiento. La siguiente prioridad es identificar al niño que requiere cirugía urgente, en el cual se iniciará sueroterapia intravenosa según estado de hidratación para mejorar el volumen intravascular. (Fernández , 2015)

Si en AA es ocasionado por l Invaginación intestinal, se tiene que es la causa más frecuente, de obstrucción intestinal entre los 2 meses y los 2 años de vida. Se estima su incidencia en 0,5-4/1.000

nacidos vivos, siendo más frecuente en varones (4:1) y en raza blanca. El tratamiento consiste en la reducción hidrostática, mediante enema opaco, enema de aire o suero salino, bajo estricto control radiológico. Está contraindicada esta técnica en casos de: sospecha de perforación o necrosis, invaginación ileoileal, distensión abdominal importante, hemorragia rectal, shock o cuadro clínico de 48 o más horas de evolución. En el caso de fallo resolutorio mediante enema o si éste estuviera contraindicado, se procederá a la reducción quirúrgica (Peña & Beltrà, 2014).

La apendicitis aguda es la urgencia abdominal quirúrgica de mayor frecuencia en la infancia. Su incidencia máxima se sitúa entre los 6 y 12 años de edad, siendo excepcional en menores de 2 años. Se estima una incidencia anual de 4 casos por cada 1.000 niños menores de 14 años. El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico, teniendo en los últimos años, un aumento del uso de cirugía laparoscópica(13,14). Si existe perforación, será necesaria también, la administración de antibióticos. Una perforación de apéndice puede dar, como daño colateral, una futura infertilidad femenina (Zachariou, 2011).

Linfadenitis mesentérica, suele presentarse como un cuadro de dolor localizado en zona periumbilical o fosa ilíaca derecha, de carácter intermitente y que puede venir acompañado de náuseas y vómitos. Aparece, habitualmente, en mayores de 2-3 años (Notrica , 2015).

La Malrotación Cuando el mesenterio del intestino delgado no está fijado en la flexura duodenoyeyunal o en la región ileocecal, su base es más corta de lo normal y predispone al vólvulo. A todo niño con vómitos verdosos oscuros se le debe hacer un estudio gastroduodenal alto, con contraste, para valorar la rotación intestinal, salvo que existan signos de compromiso vascular, en cuyo caso hay que realizar una laparotomía de urgencia (Van Heurn, Pakarinen, & Wester, 2014).

La Pancreatitis se trata de una patología poco frecuente en niños. Entre la etiología conocida más frecuente, se encuentra la traumática, así como por tóxicos o fármacos. En cuanto al tratamiento, podemos intentar la reducción manual, aplicando frío local, analgésicos y situando al niño en posición de Trendelenburg. Si la reducción no es posible, la hernia lleva mucho tiempo encarcelada o existen signos de isquemia, se precisa de cirugía (Hennelly & Bachur, 2011)

Criterios de hospitalización

Se debe considerar la observación en Urgencias en los siguientes casos: Traumatismo abdominal de bajo riesgo. Invaginaciones resueltas con enema tras una observación de 4-6 horas si los pacientes presentan buen estado general, tolerancia oral adecuada, fácil acceso a atención sanitaria,

y padres o tutores capaces de entender la información y de reconocer un empeoramiento del paciente. Pacientes subsidiarios de recibir una rehidratación intravenosa rápida con adecuada tolerancia oral posterior sin signos de deshidratación (Balachandran B, 2013).

Conclusión

En la práctica diaria, es frecuente encontrarse con niños que presentan dolor abdominal agudo (DAA). La mayoría de los casos carecerán de relevancia clínica; aunque sí es cierto que el DAA genera angustia en la mayoría de los padres y madres. Son necesarios conocimientos médicos y suficiente experiencia clínica para dilucidar, en poco tiempo y con escasos medios, si ese niño puede presentar una patología grave y si ésta puede ser subsidiaria de cirugía urgente.

Una buena anamnesis, dirigida hacia las patologías más frecuentes por tramos etarios, y una cuidadosa exploración física siguen siendo los pilares en la orientación diagnóstica del DAA. Una o más exploraciones complementarias serán, a veces, necesarias para acercarse o llegar al diagnóstico. Ante la duda, se debe consultar o derivar pues, a veces, puede de ello depender la vida del paciente.

Referencias

1. Fernández , B. (2015). Dolor abdominal agudo. Urgencia y tratamientos del niño grave.
2. Astobiza, E. (2011). Dolor abdominal. Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas.
3. Balachandran B, S. S. (2013). Emergency management of acute abdominal in children. . Indian J Pediatr.
4. Balachandran, B., Singhi, S., & Lal, S. (2013). Emergency management of acute abdominal.
5. De la Torre C, & Ferrero, M. (2011). Dolor abdominal. Manual de diagnostico y terapeutica en pediatria.
6. Eizenga, W., Gieteling, M., & Berger, M. (2013). Abdominal pain in children.
7. García, J. (2005). Abdomen agudo en el niño. Tratado de Urgencias en Pediatría.
8. Gómez, R. (2014). Pedriatria integral. Dolor abdominal agudo en la infancia.

9. Hennelly, K., & Bachur, R. (2011). Appendicitis update. *Curr Opin Pediatr*.
10. Notrica, D. (2015). Pediatric blunt abdominal trauma.
11. Peña, L., & Beltrà, R. (2012). Dolor abdominal agudo.
12. Peña, L., & Beltrà, R. (2014). Dolor abdominal agudo. *Tratado de Pediatría*. Madrid:: Panamericana.
13. Samuel, M. (2002). Pediatric appendicitis score. *J Ped*.
14. Van Heurn, L., Pakarinen, M., & Wester, T. (2014). Contemporary management of abdominal surgical emergencies in infants and children. *J Surg*.
15. Waseem, M., & Rosenberg, H. (2008). Intussusception. *Pediatr. Pediatric Emerg Care*.
16. Zachariou, Z. (2011). Abdominal pain in children. *T Ther Umsch.*, 444-8.

© 2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)