



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Enfoque del paciente con abdomen agudo

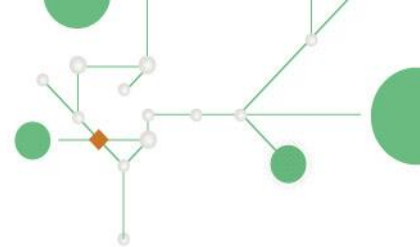
Approach to the patient with acute abdomen





**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina



Enfoque del paciente con abdomen agudo
Approach to the patient with acute abdomen

Juan Manuel Ospina García

Estudiante de Medicina, Semillero de Investigación en Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Paula Andrea Salazar Ospina

Estudiante de Medicina, Semillero de Investigación en Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Simón Muñoz González

Residente de Cirugía General, cuarto año, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.109>

Guía para el aprendizaje

¿Qué debes repasar antes de este capítulo?

- Anatomía abdominal, fisiología digestiva, fisiopatología del dolor abdominal y semiología abdominal.

Los objetivos de este artículo serán:

- Proporcionar una guía básica para el abordaje diagnóstico inicial del abdomen agudo.
- Describir las principales causas de abdomen agudo y sus manifestaciones clínicas más características.
- Presentar las herramientas diagnósticas y terapéuticas recomendadas para el manejo inicial del abdomen agudo.



Palabras clave: Dolor abdominal; Cuidados críticos; Infecciones intraabdominales; Apendicitis.

Keywords: Abdominal pain; Critical care; Intraabdominal infections; Appendicitis.

Cómo citar este artículo: Ospina JM, Salazar PA, Muñoz S. Enfoque del paciente con abdomen agudo. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2025 [Acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.109>

1. Viñeta clínica

Ingresa al servicio de urgencias una mujer de 23 años, previamente sana, por dolor abdominal generalizado que posteriormente migró a hemiabdomen inferior, de aproximadamente 10 horas de evolución, acompañado de 4 episodios eméticos, sin diarrea, sin fiebre, ni otros síntomas. Actualmente cursa con la menstruación.

Al examen físico con FC de 96 lat/min, PA 117/76 mmHg, FR 18 respiraciones/min, T 36,8 °C; tiene quejas ocasionales por dolor y llanto fácil. Se encuentra abdomen levemente distendido, con timpanismo a la percusión y con dolor, en hipogastrio y fosa ilíaca derecha a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables.

Desarrollo

¿Qué es abdomen agudo?

El abdomen agudo es un **dolor abdominal de gran intensidad**, no traumático, de inicio repentino y duración generalmente inferior a 24 horas (1). Esta condición requiere una evaluación y tratamiento inmediatos debido a su frecuente asociación con trastornos intraabdominales progresivos que pueden comprometer la vida del paciente (1). Muchas de las causas del abdomen agudo, como apendicitis aguda, perforación de víscera hueca

y torsión ovárica, exigen una intervención quirúrgica urgente, y el retraso en el diagnóstico puede tener efectos adversos graves en el pronóstico (1,2).

En el contexto del abdomen agudo, **el dolor abdominal es el síntoma principal**, aunque pueden presentarse otros síntomas asociados (1). En la atención inicial, una historia clínica detallada y una exploración física exhaustiva, en busca de hallazgos clínicos locales y sistémicos, son esenciales para orientar el diagnóstico y guiar la selección de estudios iniciales, con lo que se minimiza así retrasos en el abordaje inicial (1,2). Aunque no siempre se requiere intervención quirúrgica, en un número significativo de casos la cirugía urgente es necesaria sin un diagnóstico definitivo previo (2,3). Esto subraya la importancia de identificar de manera temprana los casos que necesitan intervención quirúrgica urgente y/o asegurar un traslado oportuno, y lo diferencia de aquellos que pueden requerir estudios adicionales (1,2).

Aunque el abdomen agudo generalmente se origina en el sistema digestivo, algunas patologías extraabdominales, como el infarto agudo de miocardio o una neumonía basal, podrían desencadenar un dolor abdominal referido (3). Es importante distinguir entre abdomen agudo e irritación peritoneal, ya que, aunque pueden superponerse, no son equivalentes: la irritación peritoneal se caracteriza por signos clásicos como rigidez abdominal involuntaria, dolor intenso a la palpación superficial y signo de rebote positivo, lo que indica específicamente inflamación del peritoneo y puede estar presente en algunas causas de abdomen agudo, como la apendicitis aguda o la perforación de vísceras; sin embargo, no todos los casos de abdomen agudo presentan irritación peritoneal y el dolor intenso puede surgir de causas no inflamatorias, como una obstrucción intestinal (4). Por otro lado, es importante aclarar que el **dolor abdominal agudo** y abdomen agudo, son dos conceptos diferentes, el primero corresponde a un *síntoma* de aparición aguda que varía en intensidad y no necesariamente desencadena una alteración grave, porque puede surgir de causas benignas como gastroenteritis o gastritis; y el segundo corresponde a un *síndrome*, con las características descritas al inicio (5,6).



¿Qué enfermedades causan con mayor frecuencia abdomen agudo?

En Colombia, las causas más frecuentes de abdomen agudo incluyen condiciones que representan una proporción significativa de consultas en los servicios de urgencias. Entre las principales están:

- Apendicitis aguda:** es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, con una incidencia significativa en jóvenes y adultos jóvenes (7).
- Colecistitis aguda:** frecuentemente causada por litiasis biliar, especialmente prevalente en adultos mayores y mujeres (5).
- Pancreatitis aguda:** generalmente secundaria a litiasis biliar o consumo excesivo de alcohol, constituye una causa importante de abdomen agudo no quirúrgico (8).
- Obstrucción Intestinal:** debidas frecuentemente a adherencias postquirúrgicas, hernias, alteraciones anatómicas del intestino o tumores. Puede ser de manejo quirúrgico o no (8).

En general, se estima que entre el 10 % y el 25 % de los pacientes con dolor abdominal que consultan en urgencias requieren tratamiento quirúrgico (9). En **Medellín**, un estudio realizado en el Hospital Universitario San Vicente Fundación reportó que el abdomen agudo quirúrgico representaba una causa significativa de consulta en urgencias, con prevalencias similares a las reportadas a nivel nacional (5). La apendicitis aguda y la colecistitis fueron las principales causas de intervención quirúrgica (5). En **Bogotá**, la Clínica San Rafael reportó que el dolor abdominal fue uno de los principales motivos de consulta en su servicio de urgencias; en este centro, el abdomen agudo quirúrgico también mostró una alta frecuencia, y se descartaron patologías como apendicitis aguda, colecistitis y obstrucción intestinal como las causas más comunes de intervención quirúrgica (10, 11). A continuación, en la **Tabla 1**, se presenta un cuadro con las causas más comunes de abdomen agudo en nuestro medio:



Tabla 1. Causas comunes de abdomen agudo

Tipo	Causa	Definición	Síntomas
Inflamatorias	Apendicitis	La apendicitis es una inflamación del apéndice vermiforme, generalmente causada por una obstrucción luminal.	● Dolor abdominal que comienza en región periumbilical y luego se localiza en cuadrante inferior derecho ● Náuseas ● Vómitos ● Anorexia ● Sensibilidad del punto de McBurney ● Signo de Rovsing positivo ● Rigidez abdominal
	Colecistitis	Inflamación de la vesícula biliar, generalmente debido a obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar.	● Dolor en el cuadrante superior derecho que se puede irradiar al hombro derecho ● Fiebre ● Náuseas ● Vómitos ● Signo de Murphy positivo
	Pancreatitis	Inflamación del páncreas, que puede ser aguda o crónica.	● Dolor epigástrico severo que puede irradiar a la espalda ● Náuseas ● Vómitos ● Fiebre
	Diverticulitis aguda	Inflamación o infección de uno o más divertículos en el colon.	● Dolor en el cuadrante inferior izquierdo ● Fiebre ● Náuseas ● Cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento)
Obstructivas	Obstrucción intestinal	Interrupción del flujo normal del contenido intestinal, generalmente debido a adherencias, hernias o tumores.	● Dolor abdominal tipo cólico ● Distensión abdominal, náuseas, vómitos ● Ausencia de flatos ● Ausencia de heces



	Hernias	Protrusiones de un órgano o tejido a través de una abertura anormal en la pared abdominal que puede ser encarcelada o reducible.	• Masa palpable que puede ser dolorosa al esfuerzo • Dolor severo en las incarceradas • Náuseas • Vómitos • Signos de obstrucción intestinal
Vasculares	Isquemia mesentérica	Reducción del flujo sanguíneo a los intestinos que puede ser aguda o crónica.	• Dolor abdominal severo desproporcionado a los hallazgos físicos • Náuseas • Vómitos • Diarrea
	Aneurisma de aorta abdominal	Dilatación anormal de la aorta abdominal.	• Asintomáticos hasta que se produce una ruptura donde se produce: • dolor abdominal o lumbar severo • Hipotensión • shock • Más pulsátil en abdomen
Perforadoras	Úlcer a péptica perforada	Es una complicación grave donde una úlcera gástrica o duodenal se perfora, permitiendo que el contenido gástrico ingrese a la cavidad peritoneal, causando peritonitis.	• Dolor abdominal súbito y severo, a menudo en el epigastrio • Dolor que se irradia al hombro • Signos de peritonitis (Abdomen rígido, ausencia de ruidos intestinales).
	Perforación intestinal	Se refiere a un desgarro en la pared intestinal que permite que el contenido intestinal se derrame en la cavidad abdominal, resultando en una inflamación y potencial sepsis.	• Dolor abdominal agudo • Fiebre • Signos de peritonitis • Taquicardia • Leucocitosis significativa.
Ginecológicas	Embarazo ectópico	Ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del	• Dolor abdominal unilateral • Sangrado vaginal anormal • Signos de shock en casos



		útero, generalmente en una trompa de Falopio, y puede causar rotura y hemorragia interna.	de ruptura • La historia de la amenorrea es clave para el diagnóstico.
	Torsión ovárica	Es una emergencia ginecológica en la que un ovario se retuerce, comprometiendo su flujo sanguíneo, lo que puede llevar a necrosis ovárica.	• Dolor pélvico agudo y unilateral • Náuseas y vómitos. • Historia de masas anexiales • Dolor intermitente.
	Enfermedad Pélvica inflamatoria	Es una infección de los órganos reproductores femeninos que puede causar dolor abdominal severo, fiebre y puede llevar a infertilidad si no se trata.	• Dolor abdominal bajo • Fiebre • Flujo vaginal purulento • Dolor a la movilización cervical durante el examen pélvico
Urológicas	Cálculos renales	Son depósitos duros de minerales y sales que se forman en los riñones y pueden causar un dolor agudo y súbito en el flanco.	• Dolor agudo en el flanco irradiado hacia la ingle • Hematuria • Náuseas y vómitos • Episodios de dolor intenso que fluctúan en intensidad.
	Pielonefritis	Es una infección del tracto urinario superior que afecta los riñones, causando fiebre, dolor en el flanco, y malestar general.	• Fiebre • Dolor en el flanco • Disuria • Malestar general • Bacteriuria y leucocitosis en el análisis de orina.
Post-quirúrgicas	Adherencias intraabdominales	Son bandas de tejido fibroso que se forman entre los órganos abdominales y la pared abdominal, generalmente como resultado de la cicatrización anormal tras una cirugía. Como consecuencia se	• Dolor abdominal intermitente o constante • Distensión abdominal • Náuseas • Vómitos • En casos de obstrucción intestinal, ausencia de evacuación de gases o heces



	produce una obstrucción intestinal.	
Obstrucción intestinal adhesiva	Es una complicación frecuente de las adherencias postquirúrgicas, donde las bandas de tejido fibroso causan obstrucción mecánica del intestino delgado. La obstrucción puede ser parcial o completa y puede requerir intervención quirúrgica urgente si hay signos de estrangulación intestinal.	• Dolor abdominal cólico • Distensión abdominal • Vómitos • Ausencia de evacuación de gases o heces. • Signos de estrangulación intestinal: - Taquicardia - Leucocitosis - Engrosamiento o hinchazón del mesenterio en tomografía computarizada (TC) - Presencia de hemoperitoneo.

Esta tabla presenta una síntesis de las causas más frecuentes de abdomen agudo, organizadas en categorías como tipo, causa, definición y síntomas. La información ha sido recopilada de diversas fuentes de referencia y agrupada para facilitar la identificación rápida de cada etiología relevante en el contexto clínico. Las referencias numeradas al pie del cuadro (12-20) corresponden a las fuentes utilizadas.

¿Por qué es importante identificar y manejar adecuadamente un abdomen agudo?

El pronóstico del abdomen agudo, en términos de morbilidad y mortalidad, varía ampliamente según la causa subyacente y la rapidez del diagnóstico e intervención (1). En urgencias, el dolor abdominal representa el 5-10 % de las consultas, y aproximadamente el 23 % de estos pacientes requieren cirugía por abdomen agudo (2,22). En casos graves, como isquemia mesentérica, ruptura de aneurisma aórtico, perforación intestinal o sepsis abdominal, las complicaciones y desenlaces adversos son frecuentes, especialmente si el diagnóstico es tardío (22,23). La mortalidad aumenta con la edad, ya que, en adultos mayores, las comorbilidades crónicas y una respuesta inflamatoria disminuida empeoran el pronóstico (24). Además, este grupo tiene una mortalidad seis a ocho veces mayor y



una mayor probabilidad de hospitalización, requiriendo cirugía en un 20-33 % de los casos (2).

¿Cómo realizar la evaluación y el diagnóstico de un abdomen agudo?

La historia clínica convencional, que incluye la identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas, antecedentes y examen físico, constituye la base fundamental para el diagnóstico (2,3,7). Una anamnesis exhaustiva, seguido de un examen físico detallado, son los elementos centrales que orientan los diagnósticos diferenciales y dirigen la valoración clínica (3). Aunque los estudios diagnósticos, como laboratorios e imágenes, y los sistemas de clasificación son importantes, no sustituyen una buena historia clínica ni la exploración física adecuada (7).

- **Anamnesis**

Evaluación del dolor: el dolor abdominal es el síntoma principal en el abdomen agudo, y su caracterización detallada resulta esencial para determinar la causa subyacente (1). Para ello, el interrogatorio debe incluir el **modo de inicio, duración, frecuencia, características, localización, cronología, irradiación, intensidad** y cualquier factor que lo agrave o alivie (1,2,7). Según las vías de los nervios aferentes, el dolor se presenta en dos patrones básicos:

- *Dolor Visceral:* se origina en los órganos abdominales cuando estos sufren tensión, torsión o contracción, y suele ser descrito como un dolor sordo, mal localizado, y de carácter vago (11).
- *Dolor Somático* (parietal): proviene del peritoneo parietal, y es un dolor bien localizado y típicamente más intenso y constante, y suele intensificarse con el movimiento o la palpación (11).

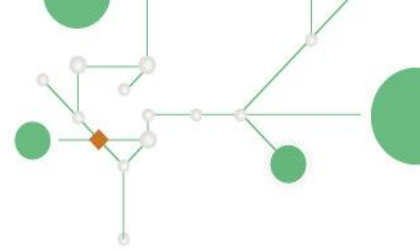
Síntomas asociados y factores clínicos relevantes: además del dolor, es fundamental interrogar sobre **síntomas acompañantes** como vómito, hematemesis, hematoquecia, melenas, etc., que pueden ayudar a identificar la causa del abdomen agudo (11,24). Sin



embargo, existen patologías intraabdominales graves que pueden desarrollarse sin presentar estos síntomas; por ejemplo, en apendicitis, cuando el apéndice está en posición retrocecal o aislado por el epiplón, es posible mantener un apetito normal y que el dolor sea menos característico, dado que su localización impide que el proceso inflamatorio contacte de inmediato con estructuras sensoriales del peritoneo (25). Otros factores relevantes incluyen: alergias conocidas, medicamentos actuales, antecedentes medicoquirúrgicos abdominales, detalles de la dieta y eventos previos al inicio del dolor (10, 22).

Historia clínica específica: en mujeres en edad reproductiva, siempre debe indagarse sobre la **historia menstrual** y la **posibilidad de embarazo**, dado que condiciones como el embarazo ectópico o el aborto espontáneo representan causas potencialmente graves que requieren intervención inmediata (10,11). Además, una anamnesis ginecológica detallada también facilita la diferenciación entre causas ginecológicas de dolor abdominal, como hemorragia ovárica, endometriosis o menstruaciones funcionales dolorosas, y condiciones no ginecológicas que también podrían causar dolor abdominal (11).

Estructura del interrogatorio: existen diversas herramientas que ayudan a estructurar el interrogatorio de manera efectiva, entre ellas los acrónimos "**OPQRST**" (*Onset, Provocative/Palliative, Quality, Radiation, Severity, Time*) o "**SAMPLE**" (Signos y síntomas, Alergias, Medicamentos, Patologías, Última ingesta, Eventos desencadenantes), que facilitan el orden en la recopilación de datos (7,22). Además, herramientas como la escala análoga visual ayudan a objetivar la intensidad del dolor del paciente (7).



- **Examen físico**

El examen físico en abdomen agudo debe ser exhaustivo y se basa en una secuencia estructurada de inspección, auscultación, percusión y palpación, junto con la evaluación de signos clínicos específicos (1,2). Esta evaluación tiene como objetivo identificar signos que orienten el diagnóstico y determinar la urgencia del tratamiento (1). Además, es esencial correlacionar los hallazgos con los signos vitales, ya que estos pueden indicar la gravedad del paciente, aunque su **normalidad no excluye una condición crítica** (2):

- Inspección:** la inspección inicial permite observar la forma y simetría del abdomen, detectando signos de distensión, deformidad, cambios en la coloración de la piel como eritema, equimosis o ictericia, y la presencia de cicatrices, lesiones o masas visibles (1).
- Auscultación:** aunque la auscultación tiene un valor diagnóstico limitado en el abdomen agudo, puede aportar información sobre el estado intestinal (2,3). Se escuchan los ruidos intestinales en cada cuadrante para evaluar su frecuencia y carácter: la ausencia de ruidos puede indicar obstrucción intestinal, íleo o sugerir catástrofe abdominal en su curso tardío (2,3).
- Percusión:** La percusión permite diferenciar entre timpanismo, que sugiere la presencia de aire libre en la cavidad abdominal (posible perforación u obstrucción intestinal); y matidez, típica de ascitis, como en casos de patologías hepáticas (2).
- Palpación:** la palpación se realiza de forma secuencial, comenzando con una presión superficial para detectar sensibilidad, masas o distensión, y luego aplicando una palpación profunda para evaluar resistencia abdominal y detectar visceromegalias (1,2,8). La localización del dolor abdominal a la palpación es fundamental para orientar el diagnóstico, ya que la región afectada puede asociarse con patologías específicas: dolor en la fosa ilíaca derecha sugiere apendicitis; en el cuadrante superior derecho, colecistitis, hepatitis o absceso hepático; y en el epigastrio, pancreatitis, úlcera péptica perforada o infarto de miocardio (8).
- Evaluación de signos clínicos específicos:** algunos signos clínicos ayudan a identificar condiciones específicas. El **Signo de Murphy** sugiere colecistitis



aguda, evidenciada por un paro inspiratorio al palpar el área subcostal derecha (1). El **Signo de Rovsing** es positivo en apendicitis cuando al palpar el cuadrante inferior izquierdo se genera dolor en el cuadrante inferior derecho (7,8). El **Signo del obturador** indica inflamación pélvica profunda, provocando dolor al rotar la cadera con la rodilla en flexión (25). Por su parte, el **Signo del psoas ilíaco** se evalúa al pedirle al paciente que doble el muslo contra la resistencia del evaluar; un dolor en esta maniobra sugiere un proceso inflamatorio del músculo psoas (7). La evidencia de estos signos contribuye al diagnóstico, pero su ausencia no lo excluye (7,25).

Consideraciones adicionales: la detección de irritación peritoneal sugiere la presencia de una patología que podría requerir intervención quirúrgica urgente (1,7). La valoración de la localización, migración e irradiación del dolor es fundamental; por ejemplo, en la apendicitis, el dolor típicamente comienza en la región periumbilical y luego se desplaza al cuadrante inferior derecho, una característica que orienta hacia este diagnóstico, excepto en casos de apéndice retrocecal (2,25). De igual manera, el dolor biliar puede irradiarse hacia la región subescapular derecha, mientras que el dolor originado en la pancreatitis suele proyectarse hacia la espalda, generando un patrón de dolor "en cinturón" (25).

- **Pruebas de laboratorio**

Las pruebas de laboratorio en abdomen agudo ayudan a confirmar o descartar causas infecciosas e inflamatorias (1). Habitualmente, se realizan hemograma completo, medición de perfil hepático, amilasa/lipasa y análisis de orina (24). En pacientes con vómito, diarrea o choque, es útil evaluar electrolitos y función renal, y en aquellos con sospecha de enfermedad hepática o vesicular, se consideran útiles las pruebas de función hepática (24). Un resultado negativo no siempre excluye el diagnóstico, especialmente en ancianos o inmunodeprimidos (2,7). Biomarcadores como la proteína C reactiva (PCR) y el lactato tienen limitaciones en sensibilidad para descartar isquemia mesentérica (7). En las mujeres en edad fértil es fundamental realizar una prueba de embarazo (24).

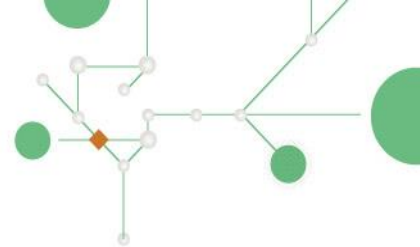


- **Hemograma:** la leucocitosis aislada no debe emplearse para determinar una intervención clínica (3). Leucocitos superiores a 20,000/ μ L pueden aparecer en perforaciones viscerales y condiciones como pancreatitis, colecistitis, inflamación pélvica e infarto intestinal (3); mientras que la leucopenia podría señalar sepsis avanzada (1). Un incremento en neutrófilos sugiere infección o inflamación (como en apendicitis o colecistitis) (1). Sin embargo, un hemograma normal no excluye apendicitis en un 40 % de los casos (1,23).
- **Proteína C reactiva (PCR):** este marcador inflamatorio es útil en conjunto con el recuento de leucocitos para evaluar patologías inflamatorias intraabdominales, pero por sí solo no es preciso ni concluyente (1,7).
- **Perfil hepático y enzimas pancreáticas:** son fundamentales cuando se sospechan afecciones hepatobiliares o pancreatitis (13). La sospecha de toda colecistopatía debe acompañarse de un perfil hepático completo (Bilirrubina total y directa, fosfatasa alcalina, gammaglutamil transferasa y transaminasas - AST y ALT -) (3,24). En pancreatitis aguda, la amilasa es limitada, ya que se eleva solo por 2-3 días; la lipasa, más sensible y específica, permanece elevada hasta por dos semanas, pero ninguna de las dos enzimas predice la gravedad del cuadro y sus valores normales no excluyen el diagnóstico (24).
- **Análisis de orina:** útil para descartar infección urinaria, litiasis renal o diabetes descompensada (24). La hematuria sugiere litiasis, aunque una obstrucción ureteral completa puede presentar orina sin alteraciones (2). La piuria puede aparecer en inflamaciones abdominales, como apendicitis o enfermedad inflamatoria pélvica, debe interpretarse con cautela (24).
- **Prueba de embarazo (hCG):** En mujeres en edad reproductiva es esencial descartar o confirmar embarazo, ya que esto influye en la orientación diagnóstica y el abordaje clínico adecuado (2,24).
- **Imágenes diagnósticas**

El uso de imágenes es importante en abdomen agudo, especialmente cuando los hallazgos clínicos no son concluyentes (24). En pacientes estables, pueden realizarse estudios de imagen, mientras que aquellos inestables puede ser necesaria una intervención quirúrgica

urgente; en estos casos, las escalas de clasificación del riesgo ayudan a optimizar el uso de imágenes y a reducir cirugías innecesarias (22,23).

- **Ecografía abdominal:** es una herramienta de primera elección, no invasiva y de fácil acceso, especialmente útil en la evaluación de colecistopatías, líquido intraabdominal, aneurisma aórtico abdominal, pancreatitis, ureterolitiasis y algunas patologías ginecológicas, como el embarazo ectópico o alteraciones en los ovarios (3,7,24). Su valor radica en su capacidad para proporcionar información rápida y detallada (24). Probablemente sea la mejor técnica de imagen para evaluar a los pacientes con dolor en el hipocondrio derecho (24). Presenta una alta sensibilidad (85 %) y especificidad (90 %) en casos de apendicitis aguda, aunque estos resultados pueden depender del operador y suelen ser más limitados en pacientes con obesidad mórbida o con apéndice retrocecal (7).
- **Tomografía computarizada (TC):** la TC es considerada el estándar de referencia en la mayoría de los casos de abdomen agudo. Ofrece una visualización detallada de las estructuras abdominales, lo que facilita la detección de perforaciones, obstrucciones, abscesos y otras patologías graves (24). Se recomienda su uso con medio de contraste yodado endovenoso y obtención de imágenes en fase portal para la gran mayoría de enfermedades; si se sospecha patología vascular arterial se deben obtener imágenes tempranas en fase angio. Para la detección de neumoperitoneo o líquido libre en cavidad peritoneal basta con una imagen simple. Tiene especial importancia en patologías como apendicitis aguda, obstrucción intestinal, diverticulitis, isquemia mesentérica, síndrome aórtico agudo, perforación de víscera hueca, etc. (26).
- **Radiografía simple abdominal:** aunque tiene un valor diagnóstico limitado en comparación con la ecografía y la TC, puede ser útil para detectar signos de obstrucción intestinal, perforación de víscera hueca (evidenciadas por la presencia de aire libre subdiafragmático), litiasis urinarias, lesiones enfisematosas y cuerpos extraños (26).



- **Escalas clínicas:**

Pueden facilitar la toma de decisiones en pacientes con abdomen agudo. Como ejemplo, existen varias escalas que ayudan a estimar la probabilidad de apendicitis:

- **Escala de Alvarado:** utilizada para evaluar la apendicitis, esta escala incorpora síntomas, signos físicos y datos de laboratorio para clasificar a los pacientes según su riesgo. Un puntaje alto sugiere apendicitis y la necesidad de intervención quirúrgica, mientras que un puntaje intermedio apoya la necesidad de realizar una imagen para confirmar o descartar el diagnóstico (24).
- **Escala AIR** (*Apendicitis Inflammatory Response*): es más reciente y ha mostrado ser útil para discriminar entre apendicitis complicada y no complicada, ayudando a reducir la necesidad de imágenes en algunos casos (27). Requiere la disponibilidad de medición de proteína C reactiva.

- **Predictores de cirugía de emergencia:**

Existen factores predictivos que pueden ayudar a identificar a los pacientes con abdomen agudo que requieren intervención quirúrgica urgente; entre estos factores, se incluyen:

- a. **Dolor abdominal grave y persistente** que dura más de 6 horas (1).
- b. **Inestabilidad hemodinámica** asociada a dolor abdominal intenso, con hipotensión o taquicardia no explicada (1).
- c. **Fiebre alta y signos de irritación peritoneal**, manifestados por rigidez abdominal, defensa abdominal involuntaria y dolor a la descompresión (7, 24). Por ejemplo, un cuadro de peritonitis suele presentar estos signos y, en la mayoría de los casos, requiere cirugía de emergencia (1).
- d. **Hallazgos significativos en estudios de imagen**, tales como aire libre intraabdominal o líquido libre, que sugieren perforación visceral u otra patología grave que podría precisar tratamiento quirúrgico (24-28).



Manejo y tratamiento del abdomen agudo

El tratamiento definitivo dependerá de la causa del dolor abdominal, pero la prioridad es seguir la secuencia ABCDE para la estabilización del paciente.

- **Monitoreo:** los pacientes enfermos deben ser monitorizados constantemente evaluando signos vitales de resucitación (23).
- **Estabilización:**
 - *Vía intravenosa (IV):* colocar una VI para la administración de líquidos.
 - *Reanimación con líquidos:* hipotensión y taquicardia sugieren pérdida de sangre, hipovolemia o sepsis y requiere una reanimación con líquidos rápida pero individualizada, con un acceso intravenoso de gran calibre (23).
 - *Oxígeno:* administrar oxígeno suplementario si es necesario.
- **Antibióticos:** se deben administrar oportunamente antibióticos de amplio espectro que cubran microorganismos entéricos gramnegativos cuando la infección, peritonitis o la sepsis sean diferenciales (23).
- **Analgesia:** La analgesia multimodal en el manejo de abdomen agudo en atención primaria implica el uso de diferentes clases de medicamentos analgésicos que actúan a través de distintos mecanismos, lo que puede mejorar el control del dolor y reducir los efectos secundarios asociados con el uso de un solo tipo de analgésico. Resulta especialmente relevante en este contexto donde el manejo del dolor es crucial para el bienestar del paciente y no debe retrasar el diagnóstico ni el tratamiento definitivo (29-32) La administración de analgesia está justificada incluso antes del diagnóstico por imagen y la consulta quirúrgica y no altera de forma apreciable el diagnóstico o los planes de tratamiento (30). El alivio adecuado del dolor con opiáceos es un tratamiento estándar. El uso de antieméticos también es importante (27). Sin embargo, no es despreciable tener en cuenta los efectos de los analgésicos como los antiespasmódicos y los opioides sobre los resultados digestivos:
 - *Antiespasmódicos:* Los antiespasmódicos, como la hioscina, se utilizan para aliviar el dolor abdominal causado por espasmos musculares en el tracto gastrointestinal. Estos medicamentos pueden ser efectivos para reducir el dolor visceral sin afectar significativamente la motilidad intestinal. Sin embargo, su uso



debe ser cuidadoso en pacientes con obstrucción intestinal, ya que pueden enmascarar los síntomas y retrasar el diagnóstico.

- **Opioides:** Los opioides, como la morfina y la oxicodona, son potentes analgésicos que pueden aliviar tanto el dolor somático como el visceral. Sin embargo, su uso está asociado con varios efectos adversos gastrointestinales, incluyendo íleo postoperatorio, estreñimiento y disbiosis intestinal. Los opioides pueden retrasar el vaciamiento gástrico y la motilidad intestinal, lo que puede complicar la recuperación postoperatoria y aumentar el riesgo de complicaciones digestivas (32).
- **Cirugía:** indicado si hay evidencia de condiciones que requieren intervención quirúrgica urgente, como peritonitis aguda secundaria, apendicitis aguda, perforación de víscera hueca, etc. (23).
- **Traslado:** remisión a un centro especializado o consulta con un cirujano general si el diagnóstico es incierto o si el paciente no responde al tratamiento inicial (23).

2. Mensajes indispensables

- El abdomen agudo requiere un diagnóstico rápido para evitar complicaciones graves, principalmente mediante la anamnesis y el examen físico.
- El abdomen agudo puede indicar causas quirúrgicas o no quirúrgicas, por lo que una evaluación integral es clave para determinar el tratamiento adecuado.
- Un examen físico estructurado (inspección, palpación, percusión y auscultación) es esencial para identificar signos clínicos específicos que orienten el diagnóstico y determinen su urgencia.
- Las pruebas de laboratorio apoyan el diagnóstico, pero no lo excluyen necesariamente: hemograma útil en infección o sangrado; PCR para inflamación; amilasa/lipasa en pancreatitis y hCG en mujeres en edad fértiles para evaluar causas obstétricas.
- Las imágenes son clave cuando el examen clínico es inconcluso, destacando la ecografía como herramienta inicial y la TC como estándar para algunas patologías graves.



- El manejo del abdomen agudo debe enfocarse en la estabilización inicial del paciente siguiendo la secuencia ABCDE, en la administración temprana de analgesia, líquidos intravenosos y, en casos indicados, antibióticos de amplio espectro.
- La intervención quirúrgica urgente es necesaria en casos con signos de irritación peritoneal o patologías que comprometen la vida.

3. Viñeta clínica (desenlace)

Se realiza un hemograma que demuestra Hb 12,9 g/dL, leucocitos 11.850/mm³, neutrófilos 77 %, linfocitos 15 %, proteína C reactiva 0,35 mg/dL. Ante la persistencia del dolor, se solicita una TC contrastada de abdomen que muestra múltiples quistes anexiales derechos con escaso líquido libre en fondo de saco recto-uterino, y moderada dilatación colónica por gas, sin otros hallazgos anormales. Se descarta patología quirúrgica, se optimiza manejo analgésico y se da egreso hospitalario por mejoría clínica, con un seguimiento ambulatorio por ginecología.

4. Bibliografía

1. Hirji S, Askari R. The Acute Abdomen. In: Doherty GM. eds. Current Diagnosis & Treatment: Surgery, 15e. McGraw Hill LLC; 2020. Accessed July 29, 2024. Available: <https://accessmedicine-mhmedical-com.udea.lookproxy.com/content.aspx?bookid=2859§ionid=242157600>
2. Abdomen agudo. In: “Salvador Zubirán” I, Herrero A. eds. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias, 7e. McGraw-Hill Education; 2016. Accessed October 30, 2024. Available: <https://accessmedicina-mhmedical-com.udea.lookproxy.com/content.aspx?bookid=1846§ionid=130560398>
3. Jacobs DO. Dolor abdominal. In: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 21e. McGraw-Hill Education; 2022. Accessed October 31, 2024. Available: <https://accessmedicina-mhmedical-com.udea.lookproxy.com/content.aspx?bookid=3118§ionid=267810033>
4. Garcia-Valenzuela SE, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir Gen [Internet]. 2017;39(4):203–8. Disponible:



https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000400203

5. Kumar MS, Bharath B, Balasubramanya KS, Thinagaran K. The non traumatic acute abdomen and its clinical spectrum. *Int Surg J.* 2019 May;6(5):1710–1715. Available: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/4069/2843>
6. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. *Rev Med Clin Las Condes.* 2021;32(4):457-65. doi: 10.1016/j.rmcl.2021.06.005
7. Perencevich ML, Makrauer FL. Dolor abdominal agudo: principios básicos y desafíos actuales. In: Friedman S, Blumberg RS, Saltzman JR. eds. *Greenberger. Diagnóstico y tratamiento en gastroenterología, hepatología y endoscopia*, 4e. McGraw Hill Education; 2022. Accessed October 30, 2024. Available: <https://accessmedicina-mhmedical-com.udea.lookproxy.com/content.aspx?bookid=3273§ionid=271787705>
8. Torres-Delgado MP, Bejarano M. Obstrucción intestinal a causa de íleo biliar. *Rev Colomb Cir.* 2023 Apr 24;38(3):533–5. Disponible: <https://www.redalyc.org/journal/3555/355577188015/html/>
9. Castro F, Galindo J, Bejarano M. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. *Rev Colomb Cir.* 2008 Mar 20;23(1):16–21. Disponible: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1074>
10. Diaz C, Garzón S, Morales CH, Montoya M. Pancreatitis aguda grave: curso clínico, manejo y factores asociados con mortalidad. *Rev Colomb Cir.* 2012;27(4):281-9. Disponible: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/241>
11. Kopitnik NL, Kashyap S, Dominique E. Acute abdominal pain [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Aug. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538326/>
12. Intestine perforation [Internet]. In: *Gastrointestinal pharmacology, toxicology and pharmaceutical science*. ScienceDirect; [cited 2025 Jun 27]. Available: <https://www.sciencedirect.com/topics/pharmacology-toxicology-and-pharmaceutical-science/intestine-perforation#chapters-articles>
13. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar;131(3):e91-e103. Available: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/03/tubal->



ectopic-pregnancy#:~:text=Most %20cases %20of %20tubal %20ectopic,that
%20requires %20prompt %20surgical %20intervention

14. Baron SL, Mathai JK. Ovarian torsion [Internet]. London: BMJ Best Practice; 2024 Sep 17 [cited 2025 Jun 15]. Available: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000219>
15. Centers for Disease Control and Prevention. Pelvic inflammatory disease — treatment guidelines [Internet]. Atlanta (GA): CDC; reviewed Sep 21 2022 [cited 2025 Jun 20]. Available: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/pid.htm>
16. Simon JC, Maxwell AD, Bailey MR. Some Work on the Diagnosis and Management of Kidney Stones with Ultrasound. *Acoust Today*. 2017 Winter;13(4):52-59. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162072/>
17. Lawait H, Sethi J, Lovering C, et al. Urinary tract infections: core curriculum 2024. *Am J Kidney Dis*. 2023;82(1):—? [Internet]. Available: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(23\)00837-5/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(23)00837-5/fulltext)
18. Kopitnik NL, Kashyap S, Dominique E. Bowel perforation [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; updated Apr 24 2023. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>
19. Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K, et al. The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. *Jpn J Radiol*. 2016 Jan;34(1):80-115. doi: 10.1007/s11604-015-0489-z
20. Ten Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, Bouvy ND, Kruitwagen RF, Jeekel J, Bakkum EA, Rovers MM, van Goor H. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. *BMJ*. 2013 Oct 3;347:f5588. doi: 10.1136/bmj.f5588.
21. Bejarano M, Gallego CX, Gómez JR. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias [Internet]. *Rev Colomb Cir*. 2011 Jan 1;26(1):33-41.
22. Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K, et al. The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. *Jpn J Radiol*. 2016 Jan;34(1):80-115. doi: 10.1007/s11604-015-0489-z.
23. Patterson JW, Kashyap S, Dominique E. Acute Abdomen. (Updated 2023 Jul 10). In: Stat Pearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>



24. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020 Apr 15;15(1):27. doi: 10.1186/s13017-020-00306-3.
25. Coomes J, Platt M. Dolor abdominal. In: Stone C, Humphries RL. eds. *Diagnóstico y tratamiento en medicina de urgencias*, 7e. McGraw-Hill Education; 2010. Accessed october 30, 2024. Available: <https://accessmedicina-mhmedical-com.udea.lookproxy.com/content.aspx?bookid=1504§ionid=95158899>
26. Shabbir J, Ridgway PF, Lynch K, Law CE, Evoy D, O'Mahony JB, Mealy K. Administration of analgesia for acute abdominal pain sufferers in the accident and emergency setting. *Eur J Emerg Med*. 2004 Dec;11(6):309-12. doi: 10.1097/00063110-200412000-00002.
27. Al Ali M, Jabbour S, Alrajaby S. Acute Abdomen systemic sonographic approach to acute abdomen in emergency department: a case series. *Ultrasound J*. 2019 Sep 23;11(1):22. doi: 10.1186/s13089-019-0136-5.
28. Van Geloven AA, Biesheuvel TH, Luitse JS, Hoitsma HF, Obertop H. Hospital admissions of patients aged over 80 with acute abdominal complaints. *Eur J Surg*. 2000 Nov;166(11):866-71. doi: 10.1080/110241500447254. PMID: 11097153
29. Rogers SO Jr, Kirton OC. Acute Abdomen in the Modern Era. *N Engl J Med*. 2024 Jul 4;391(1):60-67. doi: 10.1056/NEJMra2304821.
30. Asociación Colombiana de Cirugía. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico: discusión [Internet]. Disponible: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/volc-2601/frecuenciadelabdomenagudo2/#google_vignette
31. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2020 Apr 15;15:27. Available: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00306-3>
32. Coccolini F, Corradi F, Sartelli M, Coimbra R, Kryvoruchko IA, Leppaniemi A, et al. Postoperative pain management in non-traumatic emergency general surgery: WSES-GAIS-SIAARTI-AAST guidelines. *World J Emerg Surg*. 2022 Sep 21;17(1):50. doi: 10.1186/s13017-022-00455-7.