

Herramientas clínicas para el enfrentamiento de dolor abdominal alto recurrente crónico en adultos con endoscopia y tomografía abdominal normal. ¿Dispepsia o algo más?

Luis Méndez A.^{1,2} y Daniel Cisternas C.²

¹Servicio de Gastroenterología Hospital Clínico Raúl Yazigi J, Santiago, Chile.

²Departamento de Gastroenterología Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Agradecimientos: Dr. Ricardo Santander Duch, Dr. Carlos Quintana Villar

Recibido: 22 de abril de 2013

Aceptado: 06 de junio de 2013

Clinical tools for treatment of chronic recurrent upper abdominal pain with endoscopy and normal abdominal computed tomography. Dyspepsia or something else?

Recurrent upper abdominal pain is a condition that requires clinical capabilities for treatment, because its diagnosis has a wide spectrum, going from functional pathologies to potentially lethal diseases. Occasionally, the gastroenterologist sees patients that have already gone upper endoscopic procedure and Computed Tomography. Correct clinical assessment is key for diagnosis with an appropriate characterization of the symptoms and systematic exploration of the alarm signs. Reliability of the tests performed must be reviewed. Among the etiologies, the clinician must consider functional conditions, biliar lithiasis, food allergies, abdominal wall pain, metabolic disorders and secondary to drugs.

Key words: Recurrent upper abdominal pain.

Correspondencia a:

Dr. Luis Méndez A. Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile Marcoleta 367, Santiago, Chile. Tel.: (+56 2) 23543820 E-mail: lamendez@uc.cl

Introducción

El dolor abdominal alto recurrente es un motivo de consulta importante y representa un desafío diagnóstico. La evaluación clínica resulta primordial, si se considera que estudios complementarios pueden resultar negativos, confundentes o mal interpretados. Un enfrentamiento desprolijo puede determinar elevados costos e iatrogenia.

El diagnóstico diferencial es extenso, a veces puede parecer ilimitado. Por esto se debe indagar meticulosamente los síntomas acompañantes para conformar un síndrome o acotar las posibilidades diagnósticas.

Con frecuencia los pacientes han sido sometidos a endoscopia, estudios de imágenes y tratamientos sin éxito. Se trata de un dolor "sine materia". Algunos médicos tienden a sindicar erróneamente como causa de los síntomas a una infección por *Helicobacter pylori*. Esta situación puede ser angustiosa para el enfermo si además la terapia de erradicación fracasa.

En este artículo revisamos aspectos clínicos que debieran considerarse al enfrentar a un paciente adulto que consulta por esta causa.

Caracterización del dolor: ¿cuál es el síntoma?

Es fundamental conocer la temporalidad y el carácter del dolor. Debemos discriminar si se trata de un

dolor continuo, recurrente diario o episódico; urente, cólico, opresivo o lancinante; localizado o difuso. Este axioma que todo médico aprende en su primer encuentro con la semiología adquiere especial relevancia.

La irradiación puede ayudarnos a diferenciar dolor biliopancreático (irradiación a dorso), nefrourológico (irradiación ipsilateral) o subdiafragmático (irradiación supraclavicular).

Evaluar la intensidad es útil para comprender el impacto sobre la calidad de vida del paciente. El dolor de la dispepsia funcional es menos intenso que un dolor causado por coledocolitiasis. Sin embargo, la intensidad no será suficiente para distinguir entre patología orgánica y funcional.

Se debe establecer relación temporal entre el dolor y la ingesta de alimentos, la defecación y el ejercicio. Al explorar los síntomas acompañantes hay que definir si se configura un síndrome de origen digestivo, funcional u orgánico, de pared abdominal o referido^{1,2}.

Los síntomas que deben indagarse dirigidamente son: plenitud, saciedad precoz, singulto, flatulencias excesivas, náuseas, vómitos, distensión abdominal y diarrea.

¿Se identifican signos de alarma?

Aún cuando la evaluación clínica no permita plantear un diagnóstico, la presencia de fiebre, baja de

peso, anemia, sangrado digestivo, diaforesis o signos de obstrucción intestinal debiera ser complementada con evaluaciones de laboratorio, imágenes o endoscópicas tendientes a descartar neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones crónicas, etc.

Explorar antecedentes: ¿quién es el paciente?

Es importante singularizar epidemiológicamente al paciente, considerando edad, sexo, ocupación, hábitos y enfermedades crónicas; indagar por cirugías previas, atopía, alergias, historia de migraña, antecedentes de tumores (melanoma, mama, pulmón), uso de fármacos (AINES, opiáceos) y consumo de drogas; explorar conductas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual y factores de riesgo cardiovascular.

Examen físico

Idealmente debiera realizarse durante un episodio de dolor. Se deben buscar soplos, alteración de los ruidos hidroaéreos, bazuqueo. Es recomendable palpar toda la pared abdominal, el dorso y la columna. Buscar hernias y dolor puntual con “áreas gatillo”, parestesias o hiperestesia.

Un hallazgo clínico fundamental del dolor de pared abdominal es el signo de Carnett³, descrito por un ginecólogo inglés hace un siglo. Este consiste en la presencia de dolor localizado, reproducible por palpación superficial, que aumenta o no disminuye al contraer la musculatura abdominal³. La descripción de este signo semiológico constituye una verdadera joya de la medicina, plenamente vigente.

¿Son confiables los estudios complementarios realizados?

Es aconsejable revisar imágenes e informes de exámenes previos. Ante dudas razonables respecto de su validez, se puede considerar su repetición, usando criteriosamente los recursos. Como regla general, el momento más oportuno para realizar una evaluación complementaria es durante un episodio de dolor. Son recomendables estudios de laboratorio: hemograma, proteína C reactiva, perfil bioquímico, creatinina, serología de enfermedad celiaca, pruebas hepáticas y lipasa.

¿Existen elementos psicológicos asociados?

Es importante definir la presencia de comorbilidad psicológica, teniendo claro que ansiedad o depresión no son sinónimo de cuadros funcionales. Se debe creer en el paciente y validar su sintoma. La ansiedad y canerofobia pueden afectar negativamente la relación médico-paciente, la adherencia y la respuesta a tratamiento.

Una vez sintetizada la información de la entrevista,

Tabla 1. Interrogantes clínicas relevantes

¿Es planteable un diagnóstico específico?
¿El dolor parece originarse en el sistema digestivo?
¿Parece el dolor tener un origen biliopancreático?
¿Puede tener el dolor un origen vascular?
¿Es identificable algún trastorno digestivo funcional?
¿Hay elementos para sospechar alergia alimentaria?
¿Es un dolor originado en la pared abdominal?
¿Puede ser un dolor referido?
¿Existe sospecha de abuso de sustancias?

examen físico y estudios complementarios, se pueden plantear las siguientes interrogantes (Tabla 1).

A continuación entregamos algunos elementos clave que permiten sospechar la presencia de patologías específicas.

Dispepsia funcional

Cuadro recurrente con síntomas post-prandiales, localizado en abdomen superior. Según Roma III se define por uno o más de los siguientes síntomas: plenitud postprandial, saciedad precoz, dolor o ardor epigástrico en ausencia de patología estructural (endoscopia alta normal). Se reconocen 2 subgrupos: síndrome de dolor epigástrico y síndrome de distrés post-prandial⁴. La presencia de pirosis y regurgitación frecuente orienta más bien al diagnóstico de enfermedad por reflujo.

Al evaluar un “malestar” epigástrico se deben explorar otros síntomas, por ejemplo: en asociación a eructos incontrolables (aerofagia), distensión abdominal y cambios en las deposiciones (intestino irritable), disfagia baja y baja de peso (acalasia)⁵.

Gastroparesia

Trastorno crónico determinado por un retraso del vaciamiento gástrico en ausencia de obstrucción mecánica⁶. Suele presentarse en la tercera o cuarta década, es más frecuente en mujeres con una relación 1:4. Un tercio de los casos se debe a *diabetes mellitus*. Los síntomas principales son náuseas (92%), vómitos (84%), distensión abdominal (75%), plenitud y saciedad precoz (60%). El dolor abdominal está presente en 46 a 89% de los casos. Suele ser post-prandial y generalmente no constituye el síntoma cardinal⁷. Se puede sospechar el diagnóstico en pacientes con endoscopia que muestra restos alimentarios luego de

Artículos de Revisión

un ayuno adecuado, el diagnóstico se confirma con estudio de vaciamiento gástrico.

Dolor de origen biliar: coledocistitis, microlitiasis y coledocolitiasis no diagnosticada

Nuestra epidemiología nacional obliga, en pacientes con dolor alto recurrente, sospechar enfermedad litiasica biliar⁸. Especialmente en mujeres multíparas, con obesidad, antecedente familiar o ascendencia étnica mapuche⁹. El dolor puede ser cólico intenso, epigástrico, con irradiación a hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos.

Debemos señalar que para coledocistitis la tomografía computada (TC) tiene un bajo rendimiento diagnóstico, la ultrasonografía resulta más barata, simple y precisa¹⁰. La probabilidad de litiasis se incrementa si el dolor se acompaña de una alteración transitoria de las transaminasas. En pacientes con microlitiasis el diagnóstico puede ser difícil. En casos seleccionados es necesario sondeo duodenal para análisis de microcristales de colesterol. Ante la sospecha de coledocolitiasis la colangiografía magnética resulta precisa y segura, aunque tiene alto costo.

Síndrome de dolor abdominal funcional (functional abdominal pain syndrome-FAPS)

Se presenta como un dolor abdominal continuo, difuso, mal definido, que no oscila significativamente durante el día. No se modifica por la defecación o la ingesta de alimentos. Es menos prevalente que otros cuadros digestivos funcionales y constituye un diagnóstico de exclusión que exige realizar estudio de imágenes. Frecuentemente, se asocia a trastornos psiquiátricos como ansiedad o depresión. Su fisiopatología está relacionada principalmente a activación de las vías centrales del dolor¹¹.

Tabla 2. Dolor originado en la pared abdominal

1) Síndrome de atrapamiento nervioso cutáneo
2) Hernia de la pared abdominal: hernia de línea alba, incisional
3) Hematoma, lipoma, liposarcoma de pared abdominal
4) Dolor radicular (T7-T12), radiculopatía diabética, herpes zóster, neuralgia postherpética
5) Dolor muscular
6) Síndrome de la "costilla flotante", "cartilago xifoides"

Adaptado de: Rivero M, Moreira V, Riesco JM, Rodríguez MA, Garrido E, Milicua JM. Pain originating from the abdominal wall: a forgotten diagnostic option. *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30: 244-50.

Alergias alimentarias

Se considera una respuesta anormal o exagerada del sistema inmune (hipersensibilidad) frente a moléculas normalmente inocuas de los alimentos. En Chile su prevalencia es desconocida, en EE.UU. las cifras poblacionales bordean 1-3% en adultos. Debiera sospecharse en pacientes con dolor recurrente, portadores de dermatitis atópica, rinitis, asma, antecedente de anafilaxia. Como síntomas asociados se describen: prurito oral, urticaria, vómitos, diarrea. Se debe tener presente que 90% de los cuadros se atribuye a 8 alimentos considerados como los alérgenos principales: huevos, soya, leche, pescado, trigo, mariscos, nueces, maní¹².

Dolor de pared abdominal

Dolor localizado sin relación con la ingesta de alimentos. No se acompaña de vómitos ni diarrea. Puede ser descrito como molesto, constante y predominantemente nocturno. Suele asociarse a determinadas posturas, según la presión ejercida por la musculatura sobre las demás estructuras de la pared abdominal. Incluye patologías de diversos tejidos: piel, celular subcutáneo, aponeurosis, músculos abdominales, tractos nerviosos de las raíces T7 a T12. Una correcta anamnesis y examen físico (signo de Carnett) puede ser suficiente para plantear este diagnóstico, sin embargo, se ha visto que los clínicos pocas veces lo consideran dentro las posibilidades. La Tabla 2 resume las principales etiologías incluidas en este tipo de dolor¹³.

Trastornos metabólicos

Enfermedades como el síndrome urémico, hipercalcemia¹⁴ y cetoacidosis diabética pueden presentarse con dolor abdominal¹⁴. Por ello, en pacientes con que consultan por dolor alto recurrente, es recomendable contar con un perfil bioquímico, examen ampliamente disponible y de bajo costo.

Dolor abdominal relacionado a drogas

Síndrome de hiperemesis por canabinoide

Cuadro recientemente descrito en jóvenes usuarios crónicos de marihuana (THC), la principal droga empleada a nivel mundial. Los pacientes se presentan episodios cíclicos de náuseas, vómitos y dolor epigástrico en 60% de los casos. Un dato referido en forma consistente es el alivio provocado por la ducha con agua a alta temperatura. El tratamiento consiste en el cese del consumo de THC¹⁵.

Síndrome de intestino narcótico

Descrito en pacientes usuarios crónicos de opiáceos. En países donde se han ampliado las indicaciones de opiáceos a patologías no oncológicas su prevalencia es considerable y creciente. El cuadro es caracterizado por dolor recurrente que empeora con las dosis repetidas de opiáceos, en pacientes con o sin patología digestiva previa. El enfrentamiento es complejo, se debe efectuar un diagnóstico precoz y planificar un retiro gradual del fármaco causal¹⁶.

Conclusión

El dolor abdominal recurrente con endoscopia y tomografía abdominal normal puede tener variadas causas. El gastroenterólogo debiera estar capacitado para plantear e investigar cuadros funcionales, alergias alimentarias, originados en la pared abdominal, trastornos metabólicos o secundario a drogas, haciendo uso juicioso de los estudios complementarios de laboratorio, endoscopia e imágenes. Una apropiada

evaluación clínica es primordial para un diagnóstico correcto.

Resumen

El dolor abdominal alto recurrente es un cuadro que exige habilidades clínicas, dado que el diagnóstico diferencial es amplio, desde patologías funcionales, hasta enfermedades graves potencialmente letales. Ocasionalmente, el gastroenterólogo es consultado por pacientes que han sido estudiados con endoscopia alta y tomografía computada. La correcta evaluación clínica es clave para orientar el diagnóstico con una adecuada caracterización del síntoma y la exploración sistemática de signos de alarma. Se debe revisar la confiabilidad de los exámenes realizados. Dentro de las etiologías, el médico debe considerar cuadros funcionales, litiasis biliar, alergias alimentarias, dolor originado en la pared abdominal, trastornos metabólicos y secundarios a drogas.

Palabras clave: Dolor abdominal alto recurrente.

Referencias

- 1.- Tack J, Talley NJ. Gastrointestinal disorders. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 757-63.
- 2.- Srinivasan R, Greenbaum DS. Chronic abdominal wall pain: a frequently overlooked problem. Practical approach to diagnosis and management. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 824-30.
- 3.- Carnett JB. The simulation of gall-bladder disease by intercostal neuralgia of the abdominal wall. *Ann Surg* 1927; 86: 747-57.
- 4.- Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1466-79.
- 5.- Talley NJ, Vakil N. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2324-37.
- 6.- Parkman HP, Hasler WL, Fisher RS. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis. *Gastroenterology* 2004; 127: 1592-622.
- 7.- Soykan I, Sivri B, Sarosiek I, Kiernan B, McCallum RW. Demography, clinical characteristics, psychological and abuse profiles, treatment, and long-term follow-up of patients with gastroparesis. *Dig Dis Sci* 1998; 43: 2398-404.
- 8.- Pérez-Ayuso RM, Hernández RV, González PB, Carvacho PC, Navarrete RC, Alvarez L M, et al. Historia natural de la coledocistitis: incidencia de colecistectomía en un área urbana y una rural mapuche, en la última década. *Rev méd Chile* 2002; 130: 723-30.
- 9.- Miquel JF, Covarrubias C, Villaroel L, Mingrone G, Greco AV, Puglielli L, et al. Genetic epidemiology of cholesterol cholelithiasis among Chilean Hispanics, Amerindians, and Maoris. *Gastroenterology* 1998; 115: 937-46.
- 10.- Benarroch-Gampel J, Boyd CA, Sheffield KM, Townsend CM, Riall TS. Overuse of CT in Patients with Complicated Gallstone Disease. *J Am Coll Surg* 2011; 213: 524-30.
- 11.- Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q, Drossman DA, Dumitrascu DL, Monnikes H, et al. Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology* 2006; 130: 1492-7.
- 12.- Lack G. Epidemiologic risks for food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 121: 1331-6.
- 13.- Gupta D, Agarwal R, Singh A, Joshi K. A "respiratory" cause of abdominal pain. *Eur Respir J* 2006; 27: 430-3.
- 14.- Westerberg DP. Diabetic ketoacidosis: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2013; 87: 337-46.
- 15.- Simonetto DA, Oxentenko AS, Herman ML, Szostek JH. Cannabinoid hyperemesis: a case series of 98 patients. *Mayo Clin Proc* 2012; 87: 114-9.
- 16.- Grunkemeier DM, Cassara JE, Dalton CB, Drossman DA. The narcotic bowel syndrome: clinical features, pathophysiology, and management. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 1126-39; quiz 1121-2.