

DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN EL ADULTO MAYOR

ACUTE ABDOMINAL PAIN IN THE ELDERLY

DRA. ROCÍO TREUER (1)

(1) Departamento de Medicina de Urgencias, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: mtreuer@clc.cl

RESUMEN

El envejecimiento de la población es una realidad mundial, siendo los adultos mayores (sobre 65 años) el grupo etario que experimenta proporcionalmente el crecimiento más acelerado. La frecuencia con que estos pacientes consultan en los Servicios de Urgencia también se ve afectada siendo cada vez mayor. El enfrentamiento de estos pacientes es siempre un desafío ya que poseen características propias que dificultan el diagnóstico y tratamiento. En esta población el dolor abdominal es el tercer motivo de consulta más frecuente en los Servicios de Urgencias. Suelen tener presentaciones atípicas con lo que el diagnóstico es más engorroso y tardío, aumentando las complicaciones y mortalidad. El espectro de urgencias abdominales es extenso, por lo que es de utilidad ordenar los diagnósticos diferenciales de acuerdo al mecanismo fisiopatológico subyacente en: inflamatorias, obstructivas, vasculares y otras, favoreciendo así el proceso diagnóstico y terapéutico.

Palabras clave: Dolor abdominal, emergencias abdominales, adultos mayores, servicios de urgencia.

SUMMARY

Population aging is a global reality, with older adults (over 65) being the age group experiencing the most rapid growth. The frequency with which these patients consult in the Emergency Services is also affected with increasing frequency. The confrontation of these patients is always a challenge as they have their own characteristics that make diagnosis and treatment difficult. In this population abdominal pain is the third most frequent reason for consultation in the Emergency Services. Usually have atypical presentations with which the diagnosis is more difficult and late, increasing complications and mortality. The spectrum of abdominal urgencies is extensive, so it is useful to order differential diagnoses according to the pathophysiological mechanism underlying: inflammatory, obstructive, vascular and other, thus favoring the diagnostic and therapeutic process.

Key words: Abdominal pain, abdominal emergencies, elderly, emergency department.

INTRODUCCIÓN

En la literatura se considera pacientes geriátricos a los mayores de 65 años. Es el grupo etario que proporcionalmente crece en forma más acelerada dentro de la población general. La frecuencia con que éstos consultan en los Servicios de Urgencia es cada vez mayor.

En Estados Unidos se estima que para el año 2030 uno de cada cinco estadounidenses pertenecerá al grupo geriátrico y un cuarto de las consultas en los Servicios de Urgencias corresponderán a pacientes mayores de 65 años (1).

Nuestro país no está ajeno a este fenómeno. Cifras oficiales muestran un aumento sustancial y progresivo en el número de pacientes sobre 65 años, lo que se asocia a una expectativa de vida más alta, la cual creció de 70 años en el periodo 1980-1985 a 79.1 años en el periodo 2010-2015. (Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004).

Para los médicos la evaluación de pacientes geriátricos en los Servicios de Urgencia es siempre un desafío. Independiente del motivo que los llevó a consultar, éstos deben ser enfrentados de forma distinta que su contraparte, los más jóvenes. Se considera un grupo de alto riesgo ya que realizar un diagnóstico precoz, que es fundamental para el pronóstico, es complejo debido a múltiples factores dentro de los cuales cabe mencionar; suelen tener presentaciones atípicas de patologías comunes, poseer múltiples comorbilidades asociadas, experimentar cambios fisiológicos propios del envejecimiento, tener signos vitales, examen físico y de laboratorio normales a pesar de estar cursando una condición grave. Todos estos factores deben ser tomados en consideración al momento que el clínico se enfrenta a un paciente adulto mayor.

Dentro de los motivos de consulta en este grupo de pacientes, el dolor abdominal es la tercera causa más frecuente, precedido por el dolor al pecho y dificultad respiratoria (2).

La evaluación del dolor abdominal en este grupo etario es aún más compleja, toma más tiempo y recursos que en los más jóvenes(3), tienen peores outcomes, estadías tanto en urgencias como hospitalarias más prolongadas(4), tasas de admisión y readmisión más elevadas.

De los pacientes que se hospitalizan por dolor abdominal casi el 20% requieren algún tipo de procedimiento invasivo o cirugía (5).

Los signos y síntomas clásicos de las patologías agudas abdominales suelen estar ausentes. Un estudio demostró

que 30% de pacientes >80 años con patología abdominal que requirieron cirugía, no desarrollaron fiebre ni leucocitosis (6).

El médico de urgencias no sólo debe lograr determinar si el paciente padece una condición que requiera su ingreso, sino que también debe descartar a ciencia cierta una patología quirúrgica ya que de no hacerlo la mortalidad aumenta significativamente, aunque el paciente sea admitido.

En este artículo se explicarán cuales son los motivos que dificultan el proceso diagnóstico en estos pacientes, luego se desarrollarán y ordenarán los distintos diagnósticos diferenciales clasificándolos de acuerdo al mecanismo fisiopatológico subyacente en cuatro grandes grupos: inflamatorias, obstructivas, vasculares y otras, con el fin de estructurar y facilitar el proceso diagnóstico y terapéutico.

DIFICULTADES EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO

1. Cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento

A medida que pasan los años, se van produciendo cambios que afectan todo el organismo y sistemas, especialmente el inmune, genitourinario, gastrointestinal, nervioso y cardiovascular. Estos cambios favorecen tanto el desarrollo de patologías intra-abdominales como presentaciones atípicas de éstas.

Los adultos mayores, dado su inmunosenescencia, se encuentran en riesgo de tener infecciones más graves y frecuentes. Su sistema inmune presenta menor capacidad de respuesta frente a infecciones. Con la edad la actividad de células T y B va disminuyendo lo cual menoscaba la generación de anticuerpos frente a antígenos (7).

La respuesta a pirógenos tanto endógenos como exógenos disminuye, la temperatura basal baja y también la capacidad de generar calor. Tienen menor capacidad de generar fiebre, siendo más frecuente la hipotermia cuando cursan cuadros infecciosos graves.

A nivel renal la tasa de filtración glomerular, el flujo sanguíneo renal y el *clearance* de creatinina disminuyen. Los túbulos renales distales sufren cambios a nivel de la membrana basal formándose divertículos lo cuales favorecen estasis urinario y crecimiento bacteriano (8).

La capacidad de concentración de la orina disminuye siendo más proclives a la deshidratación.

A nivel digestivo, el vaciamiento gástrico se enlentece, disminuye la producción de prostaglandinas, aumenta

la de ácido clorhídrico, disminuye la masa hepática, el flujo hepático y la síntesis de albúmina. La vida media de algunos fármacos se prolonga, lo que hace necesario ajustar las dosis en forma individual (9). Se produce una anorexia fisiológica, con menor ingesta de alimentos y líquidos lo que los predispone a la constipación (10).

El sistema nervioso periférico y central también se ven afectados, aumenta la prevalencia de demencia y deterioro cognitivo, disminuye la percepción del dolor y en cuadros quirúrgicos generalmente no hay irritación peritoneal (11).

2. Medicamentos

Los adultos mayores toman en promedio 4.2 medicamentos por día (rango entre 0 a 17 medicamentos), con 91% recibiendo al menos 1 y 13% 8 o más (12). La polifarmacia puede enmascarar la presentación de algunas patologías y generará otras.

La mayoría son usuarios de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que aumentan el riesgo de patología péptica y renal. Los corticoides también son de uso frecuente, se asocian a patología péptica, bloquean la respuesta inflamatoria esperada frente al proceso agudo intra-abdominal, alteran el recuento de leucocitos, dificultando aún más la interpretación del cuadro clínico. Los anticolinérgicos pueden producir dolor abdominal a través de retención urinaria o íleo. Los beta bloqueadores pueden frenar la taquicardia compensatoria esperada en los cuadros intra-abdominales graves. Los antibióticos pueden producir dolor abdominal, diarrea, vómitos e infección por *Clostridium difficile*.

Al entrevistar al paciente adulto mayor con dolor abdominal es de vital importancia que el médico logre obtener el listado completo de medicamentos que utiliza en forma habitual, ya sea bajo indicación médica como sin ella.

ENFRENTAMIENTO GENERAL

Anamnesis:

A medida que los adultos mayores van envejeciendo es cada vez más frecuente que padezcan de algún grado de deterioro cognitivo, auditivo o visual, dificultando la comunicación efectiva con el médico. Además el deterioro cognitivo empobrece el relato de los síntomas ya que no los recuerdan o no quieren asumirlos por miedo a perder su independencia.

Es fundamental que el médico siempre entreviste al familiar o cuidador a cargo del paciente y poder así obtener una anamnesis más completa y confiable.

Examen físico

Los cambios inherentes al envejecimiento debilitan la utilidad del examen físico ya que favorecen las presentaciones atípicas de las enfermedades clásicas.

Sólo el 17% de los pacientes con apendicitis perforadas, tienen clínica de peritonitis (13). La musculatura de la pared abdominal se atrofia por lo que no evolucionan con irritación peritoneal.

Es prudente interpretar con cautela los hallazgos encontrados en el examen físico. Los signos vitales suelen estar normales, incluso en presencia de una patología grave. Es más frecuente que al momento de la consulta se encuentren hipotérmicos que febriles (14). La taquicardia compensatoria puede estar ausente ya sea por el uso de medicamentos como los beta bloqueadores o por anomalías intrínsecas del sistema eje- conductor. Cifras tensionales normales pueden reflejar hipotensión en un paciente hipertenso crónico. La taquipnea puede verse como respuesta al dolor o ser el mecanismo compensatorio de una acidosis metabólica secundaria a sepsis o isquemia intestinal.

El examen físico no debe limitarse al abdomen, evaluar el estado general del paciente, nivel de conciencia, volemia, mucosas, conjuntivas en busca de palidez, etc. El examen cardiopulmonar es crucial, puede orientar al diagnóstico si se encuentran signos de neumonía, insuficiencia cardiaca congestiva o pericarditis. Es de particular importancia la detección de fibrilación auricular ya que aumenta el riesgo de isquemia mesentérica.

El examen físico abdominal debe ser completo, prestar especial atención a cicatrices, distensión abdominal, visceromegalia, equimosis, masas, soplos. Buscar dirigidamente hernias que pueden ser la causa de obstrucción intestinal.

Laboratorio

En este grupo de pacientes no dudar en solicitar exámenes de laboratorio que puedan ayudar en el proceso diagnóstico, teniendo en cuenta que su interpretación debe ser cuidadosa.

Hay consideraciones que debemos tener al momento de analizar los resultados; es habitual encontrarse con valores normales en presencia de patologías graves y quirúrgicas (15). La hiperamilasemia no es específica de pancreatitis, se eleva también en cuadros de isquemia mesentérica. La hematuria es propia de urolitiasis, infecciones urinarias, pero también en apendicitis, diverticulitis, hasta incluso en condiciones más graves como aneurisma aórtico roto (AAA). El hallazgo de bacteriuria es muy común y no signi-

fica necesariamente una infección urinaria, sino solo una colonización. 18% de las mujeres y 10% de los hombres mayores de 65 años presentan bacteriuria asintomática. Valores normales o mínimamente elevados de creatinina pueden indicar una insuficiencia renal significativa dado que su producción disminuye con la edad.

Imágenes

Dado que los hallazgos obtenidos en el examen físico son poco confiables y la elevada probabilidad pre test de que la causa del dolor abdominal sea de resolución quirúrgica, es fundamental apoyar el estudio con imágenes complementarias.

Los resultados del TAC modifican el diagnóstico en un 45% de los casos, aumentan la certeza diagnóstica de 36% a 77%, definen la admisión de los pacientes en un cuarto de los casos, la necesidad de antibióticos en un quinto y de cirugía en un 12% (16).

La utilidad de radiografías de abdomen simple se limita a la búsqueda de aire libre extra-luminal, signos de obstrucción intestinal o casos raros de cuerpos extraños. Es diagnóstica en el caso de vólvulo de sigmoides y cecal, cuyas hallazgos son característicos.

La ecografía es el método diagnóstico de elección para la patología biliar y pélvica. No olvidar que es operador dependiente, el aire y textura física limitan la obtención de una adecuada ventana.

CONDICIONES ESPECÍFICAS DE DOLOR ABDOMINAL SEGÚN EL PROCESO FISIOPATOLÓGICO

1. INFLAMATORIAS

a. Úlcera péptica

La incidencia de patología péptica y sus complicaciones ha aumentado debido al uso de AINES y colonización por *Helicobacter pylori*. (17) En adultos mayores con úlcera péptica aproximadamente el 53% a 73% tienen *H. Pylori* (18).

Los pacientes son poco sintomáticos y no se presentan con dolor epigástrico. En un estudio en que se confirmó el diagnóstico de úlcera gástrica mediante endoscopia digestiva alta, solo el 35% de los pacientes reconoció haber presentado previamente dolor abdominal (19).

Es por esto que en muchos casos la primera manifestación es una complicación, siendo la hemorragia digestiva alta, la más frecuente. Si la hemorragia digestiva es crónica las manifestaciones pueden ser anemia, angina, disnea o insuficiencia cardíaca congestiva.

Otra complicación es la perforación, siendo más frecuente en úlceras duodenales que gástricas. Su presentación también es oligosintomática. En un estudio sólo 47% de los pacientes con úlcera gastroduodenal perforada presentaron dolor súbito y 21% rigidez de pared abdominal (20). El manejo agudo debe estar enfocado en la reanimación precoz e identificar alguna condición que requiera cirugía de urgencia (21).

La administración intravenosa de inhibidores de la bomba de protones se encuentra aún en discusión ya que no disminuye la probabilidad de re-sangrado ni mortalidad (22).

b. Pancreatitis

Es la causa de dolor abdominal no quirúrgico más frecuente (23). Tiene una mortalidad de hasta un 40% (24). Las dos etiologías más frecuentes son biliares e idiopáticas.

La presentación clínica es atípica, muchos pacientes no presentan el clásico dolor abdominal irradiado a dorso. Hasta en un 10% la única manifestación clínica es hipotensión o compromiso de conciencia (25).

Las nuevas guías clínicas indican que para realizar el diagnóstico deben estar presente 2 de 3 criterios: dolor en hemi abdomen superior, elevación de enzimas pancreáticas, hallazgos sugerentes de pancreatitis en imágenes: ecografía, scanner o resonancia nuclear magnética de abdomen. (En el contexto de urgencia el examen de elección es la tomografía axial computada de abdomen y pelvis) (26). El desarrollo de pancreatitis necrotizante es más frecuente que en los más jóvenes por lo que es de vital importancia obtener imágenes en forma precoz.

El manejo es similar en todas las edades, reposo intestinal, analgesia e hidratación intravenosa.

c. Patología Biliar

Es la causa más frecuente de dolor abdominal quirúrgico (27) La incidencia de coleditis aumenta con la edad (33% en los mayores de 70 años) (28).

Muchos de los signos y síntomas cardinales de la patología biliar grave están ausentes en este grupo de pacientes. La triada de Charcot (fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia) se observa en el 30% a 45% de los casos con colangitis avanzada. (29-31).

La ecografía abdominal es el estudio inicial de elección frente a la sospecha de patología biliar.

El tratamiento en el servicio de urgencia debe iniciarse en forma precoz, asegurando una adecuada reanimación con volumen, administrando antibióticos con cobertura para

anaerobios y gram-negativos, todo esto mientras se hacen los preparativos para la resolución quirúrgica.

d. Apendicitis

La presentación clínica es atípica por lo que el diagnóstico suele ser tardío, aumentando la tasa de perforación. Hasta un quinto de los pacientes consultan después de tres días de síntomas y entre 5% a 10% hasta una semana después de iniciado el cuadro. Menos de un tercio de los pacientes tienen fiebre, anorexia, dolor en cuadrante inferior derecho y leucocitosis. Menos de la mitad presentan signos de irritación peritoneal.

Frente a la sospecha de apendicitis se debe solicitar una tomografía de abdomen y pelvis para confirmar el diagnóstico, con una sensibilidad 91-99% (32).

El manejo debe ser la resolución quirúrgica a la brevedad.

e. Diverticulitis

La formación de divertículos se asocia a constipación crónica, baja ingesta de líquidos, inactividad física y tránsito intestinal lento.

En estudios de necropsias se ha visto que la prevalencia de divertículos aumenta de 13% en menores de 55 años a 50% en los mayores de 75 años.

La enfermedad diverticular puede manifestarse como hemorragia digestiva baja o diverticulitis la cual puede complicarse con abscesos, obstrucción intestinal, perforación libre y fístulas (33).

Hasta 15% de los pacientes con enfermedad diverticular presenta en algún momento un episodio de hemorragia digestiva. Aunque la mayoría se resuelve en forma espontánea, 25% de los pacientes re-sangran y un pequeño porcentaje pueden evolucionar con shock hemorrágico. (35). La diverticulitis aguda clásicamente se presenta con dolor cólico en cuadrante inferior izquierdo, deposiciones con sangre, distensión, náuseas y fiebre. Hasta un 30% de las diverticulitis aguda en pacientes geriátricos no desarrollan dolor abdominal, fiebre, ni leucocitosis (34). La inflamación de un divertículo puede irritar la vejiga o el uréter dando hematuria o piuria, confundiendo el diagnóstico con urolitiasis o infección urinaria.

El diagnóstico se hace mediante tomografía axial computada de abdomen y pelvis.

2. OBSTRUCTIVAS

Entre el 10% a 12% de las consultas por dolor abdominal son debidas a una obstrucción intestinal. Son tres veces más frecuentes que en adultos jóvenes. Después de la patología biliar es la segunda causa de abdomen agudo

quirúrgico (36).

La presentación depende de lugar y tipo de obstrucción. Las complicaciones incluyen deshidratación, isquemia, sepsis y perforación.

a. Obstrucción de intestino delgado

Es el lugar más frecuente de obstrucción. Las principales causas son adherencias (50-74%), hernias (15%) y neoplasias (15%) (36-38).

El cuadro clínico clásico es de dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos, distensión abdominal y constipación. Pueden tener diarrea secundariamente al hiperperistaltismo distal a la obstrucción lo cual dificulta el diagnóstico inicial. Tiene una mortalidad entre 14 a 35%.

La radiografía de abdomen simple de pie tiene una sensibilidad de 66% y una especificidad 57%, muestra asas de intestino dilatadas proximales a la obstrucción y asas colapsadas distales a esta, ausencia de gas en el recto y niveles hidroaéreos. Con este método diagnóstico no se logra conocer el grado, localización ni logra determinar la causa de la obstrucción, por lo que el estudio de elección es la tomografía axial computada de abdomen y pelvis.

El manejo agudo de estos pacientes incluye descompresión nasogástrica, reanimación con volumen, antibióticos y reposo intestinal. Si hay signos de complicación como estrangulación o isquemia, es perentoria la resolución quirúrgica inmediata.

b. Obstrucción de intestino grueso

Menos frecuente que las obstrucciones de intestino delgado. Las causas más habituales son neoplásicas (60%), vólvulo (10 a 15%) o diverticulitis (39-40).

La presentación clásica es dolor abdominal, distensión y constipación, los vómitos son tardíos en la evolución del cuadro, si es que se presentan. El estudio de imágenes de elección es la tomografía axial computada de abdomen y pelvis.

Dentro de los vólvulos, el de sigmoideos es el más frecuente 80%. Puede descomprimirse con un sigmoidoscopio o un enema baritado. Tiene una alta tasa de recurrencia por lo que requiere un tratamiento quirúrgico definitivo.

El vólvulo cecal es menos frecuente que el sigmoideo y se presenta en pacientes menores, el cuadro clínico es de inicio más brusco, similar a la obstrucción de intestino delgado asociado a náuseas y vómitos. Estos pacientes tienen alto riesgo de perforación por lo que requieren cirugía precoz.

3. CAUSAS VASCULARES

Son casi exclusivas de los adultos mayores dado la elevada prevalencia de aterosclerosis, fibrilación auricular, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica. A pesar de que la incidencia es baja la mortalidad es elevada.

a. Isquemia mesentérica

A pesar de que es una causa rara de dolor abdominal, es de difícil diagnóstico y tiene una alta mortalidad entre 60 a 90% (41-43). Esta se asocia directamente al tiempo que transcurre entre la presentación y la resolución quirúrgica.

80% de las isquemias mesentéricas son agudas. Puede ser oclusiva o no oclusiva. Siendo la primera la más frecuente. La oclusión puede ocurrir en el sistema arterial 75% o venoso 8%. El 17% corresponde a isquemias mesentéricas no oclusivas.

La oclusión arterial puede deberse a una embolia o trombosis intra-arterial. La mayoría de las embolias se alojan en la arteria mesentérica superior dado su orientación casi paralela a la aorta.

La isquemia mesentérica secundaria a trombosis intra-arterial ocurre en pacientes con enfermedad aterosclerótica por lo que generalmente tienen historia previa de malestar abdominal post-prandial (angina intestinal) y pérdida de peso.

La isquemia mesentérica no oclusiva se produce por vasoconstricción en respuesta a deshidratación, hipovolemia, hipotensión en combinación con un estado de hipo flujo como es la insuficiencia cardiaca.

La trombosis venosa mesentérica es la menos frecuente, pero más letal. Dentro de los factores de riesgo se encuentran estados de hipercoagulabilidad, hipertensión portal, trombosis de la vena porta, historia de cirugía o trauma abdominal previo.

Clásicamente la isquemia mesentérica se presenta con un dolor abdominal desproporcionado para los hallazgos del examen físico, asociado a náuseas, vómitos y diarrea. En la etapa precoz el abdomen es blando no doloroso, pero cuando la isquemia evoluciona a infarto aparecen los signos peritoneales. Solo un tercio de los pacientes se presentan con la triada clásica de dolor abdominal, fiebre y deposiciones con sangre. Dentro de los exámenes de laboratorio pueden encontrarse leucocitosis, acidosis metabólica, elevación de lactato, hiperamilasemia y elevación de dímero D. Es importante tener presente que ningún

examen de laboratorio tiene la sensibilidad suficiente para poder hacer el diagnóstico en forma aislada y la ausencia de alteraciones en éstos no excluye el diagnóstico.

El angiotac de abdomen y pelvis es el estudio de elección para isquemia mesentérica con una sensibilidad de 93 a 96% y una especificidad 94 a 100%.

El tratamiento inicial es reanimación con volumen y si no hay respuesta iniciar vasopresores.

En el caso de embolia arterial o isquemia no oclusiva se debe anticoagular e iniciar antibióticos de amplio espectro. Si hay signos de irritación peritoneal o evidencias de perforación la resolución debe ser quirúrgica inmediata.

b. Aneurisma Aórtico Abdominal Roto (AAA)

Se trata de una catástrofe vascular, con una mortalidad pre-hospitalaria de 50% y de los que alcanzan a llegar al hospital esta sigue extremadamente elevada 80-90%.

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar AAA se encuentran: edad mayor 60 años, tabaquismo, sexo masculino, raza blanca, historia familiar de AAA, aterosclerosis y enfermedad de tejido conectivo (44).

El diámetro es el predictor más importante de ruptura. Con un aneurisma de 3cm el riesgo anual de ruptura es de 0.2 a 0.4 %; con diámetro de 4cm de 0.8 a 1.1%. Se debe sospechar el diagnóstico de un AAA roto en cualquier paciente con síncope o hipotensión asociado a dolor abdominal y/o lumbar. La triada clásica de hipotensión, masa pulsátil y dolor abdominal o lumbar es diagnóstica aunque solo se presenta en el 30 a 50% de los AAA rotos (45). La hipotensión está ausente en el 65% de los casos ya que se produce un taponamiento en el espacio retroperitoneal conteniendo el sangrado activo (46).

El error diagnóstico más común es con un cólico renal (47,48). Los pacientes con AAA roto se presentan con dolor lumbar irradiado a la ingle, asociado a hematuria microscópica por la irritación generada por el aneurisma sobre el uréter. Es por esto que a todo paciente adulto mayor en el cual se sospecha el primer episodio de cólico ureteral es prudente tomar una imagen que visualice la aorta siendo el Pielo-TAC el estudio de elección. Logra evaluar el calibre de la aorta y hacer el diagnóstico diferencial con litiasis de las vías urinarias.

Otro error diagnóstico frecuente es con lumbago o lumbociática, ya que el AAA puede presentarse como neuropatía de extremidades inferiores con o sin disestesias causadas por la isquemia, asociadas al dolor lumbar.

En pacientes estables el examen de elección es el AngioTAC de abdomen y pelvis. Con una sensibilidad de 79 a 94% y especificidad 77 a 95%.

En pacientes inestables, frente la sospecha de un aneurisma aórtico roto, realizar una ecografía al lado del la cama del paciente, que mostrará el aneurisma, si bien es cierto que este examen no podrá objetivar el sangrado, la condición clínica del paciente lo hará.

Este paciente debe ser trasladado lo antes posible a pabellón.

c. Disección Aórtica

Es una patología de baja incidencia, pero si no se detecta y trata precozmente tiene una alta mortalidad. Es más frecuente en hombres, mayores de 70 años, hipertensos, con enfermedad aterosclerótica y antecedentes de bypass coronario.

Puede presentarse como dolor abdominal de inicio brusco, especialmente si se disecciona la aorta descendente. Se debe tener un alto nivel de sospecha en todo paciente que presenta síntomas sobre y bajo el diafragma.

Para el diagnóstico el examen de elección es el AngioTAC.

4. OTRAS CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL

En el adulto mayor hay muchas otras condiciones intra y extra abdominales cuya única manifestación puede ser el dolor abdominal.

a. Intra-abdominales

- Genitourinarias

Los cambios propios del envejecimiento favorecen el desarrollo de infecciones urinarias y son causa frecuente de dolor abdominal. Hay que ser cuidadoso en atribuir la causa de dolor abdominal a una infección urinaria ya que en los adultos mayores el 18% de las mujeres y 10% de los hombres presentan bacteriuria asintomática (49,50). La retención aguda de orina caracterizada por anuria, dolor abdominal y globo vesical palpable en el examen físico puede pasar inadvertida en un paciente que no es capaz de proporcionar una adecuada historia clínica.

Otras causas que hay que tener en mente son: cólicos renales, prostatitis, epididimitis, torsión testicular entre otras.

- Constipación

Como se describió anteriormente, los adultos mayores se encuentran en mayor riesgo de evolucionar con constipación. A diferencia de jóvenes, en que la constipación es secundaria a una escasa ingesta de fibra, en los adultos mayores es multifactorial; como efecto de medicamentos, enlentecimiento del vaciamiento gástrico, alteración en la motilidad

intestinal, comorbilidades, etc. Es más frecuente en mujeres por su asociación con disfunción del piso pélvico (51).

La presentación clásica es sensación de plenitud, distensión y dolor abdominal, urgencia e imposibilidad de eliminar deposiciones. Se sugiere realizar radiografía de abdomen simple ya que a esta edad hay otras patologías como la obstrucción intestinal que se presentan con síntomas similares.

- Neoplasias

Se pueden presentar como diferentes tipos de dolor abdominal, pero una historia de baja de peso, sudoración nocturna y fatiga debe alertar al clínico de una neoplasia subyacente. Otra forma de presentación puede ser ascitis, masa abdominal, perforación de víscera hueca o peritonitis.

Diferentes cánceres tienen manifestaciones distintas por ejemplo el carcinoma células renales: dolor en flanco y hematuria; cáncer de colon y recto que usualmente se manifiestan con constipación. Sin embargo, habitualmente son asintomáticos y se diagnostican por imágenes (52). Desafortunadamente en muchos casos se hace el diagnóstico ya habiendo metástasis (53).

b. Causas extra-abdominales

Tanto los adultos mayores como los pacientes pediátricos, manifiestan síntomas abdominales secundarios a patologías extra-abdominales.

El infarto agudo miocardio (más representativo el de pared inferior) puede presentarse con dolor epigástrico, náuseas o vómitos. Es importante descartar infarto agudo miocardio en todo paciente que consulta por malestar epigástrico y náuseas.

Las neumonías son causa frecuente de dolor abdominal referido, especialmente las de lóbulos inferiores (54).

El herpes zoster que involucra dermatomas torácicos puede producir dolor en cuadrante superior derecho imitando un cólico biliar.

CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población es una realidad y la tendencia es que la cantidad de pacientes sobre 65 años sea cada vez mayor.

Este grupo es altamente demandante de los Servicios de Urgencia, lo que se traduce en un creciente número de consultas en éstos.

Dentro de los motivos de consulta, el dolor abdominal es uno de los más frecuentes y desafiantes. Esta población tiene características propias que dificultan el diagnóstico y tratamiento. El enfrentamiento del médico ante el dolor abdominal debe ser distinto al de los pacientes más jóvenes. El clínico debe tener siempre en mente que estos pacientes se presentan tardíamente, con signos y síntomas atípicos.

Dado el amplio espectro de urgencias abdominales en los

adultos mayores es de utilidad ordenar los diagnósticos diferenciales de acuerdo al mecanismo fisiopatológico subyacente en: inflamatorias, obstructivas, vasculares y otras.

Ante un paciente adulto mayor con dolor abdominal no se debe dudar en complementar el diagnóstico con exámenes de laboratorio e imágenes y se debe optar por una política de observación previo a la decisión del alta.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilber ST, Gerson LW, Terrell KM, et al. Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. health system. *Acad Emerg Med* 2006;13:1345-51.
2. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2014. Hyattsville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2014.
3. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: age related difference in the emergency department use and care. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:398-404.
4. Brewer RJ, Golden GT, Hirsch DC, et al. Abdominal pain: an analysis of 1,000 consecutive cases in a university hospital emergency room. *Am J Surg* 1976;131:219-24.
5. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med* 1990;19(12):1383-6.
6. Potts FE, Vukov LF. Utility of fever and leukocytosis in acute surgical abdomens in octogenarians and beyond. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54(2):M55-8.
7. Ongradi J, Stercz B, Kovsdi V, et al. Immunosenescence and vaccination of the elderly, I. Age-related immune impairment. *Acta Microbiol Immunol Hung* 2009; 56(3):199-210.
8. Zhou XJ, Saxena R, Liu Z, et al. Renal senescence in 2008: progress and challenges. *Int Urol Nephrol* 2008;40:823-39.
9. Cotreau MM, von Moltke LL, Greenblatt DJ. The influence of age and sex on the clearance of cytochrome P450 3A substrates. *Clin Pharmacokinet* 2005;44: 33-60
10. Radley S, Keighley MR, Radley SC, et al. Bowel dysfunction following hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:1120-5.
11. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982;143:751-4
12. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, et al. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med* 2001;38:666-671.
13. Paranjape C, Dalia S, Pan J, et al. Appendicitis in the elderly: a change in the laparoscopic era. *Surg Endosc* 2007;21(5):777-81.
14. Fenyo G. Diagnostic problems of acute abdominal diseases in the aged. *Acta Chir Scand* 1974;140:396-405.
15. Horratas MC, Guyton DP, Wu D. A reappraisal of appendicitis in the elderly. *Am J Surg* 1990;160:291-3.
16. Esses D, Birnbaum A, Bijur P, et al. Ability of CT to alter decision making in elderly patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2004;22(4):270-2.
17. Griffin MR. Epidemiology of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal injury. *Am J Med* 1998;104:23S-9S.
18. Pilotto A, Salles N. *Helicobacter pylori* infection in geriatrics. *Helicobacter* 2002; 7:56-62
19. Leverat M. Peptic ulcer disease in patients over 60: experience in 287 cases. *Am J Dig Dis* 1966;11:279-85.
20. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982;143:751-4.
21. Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol* 2012;107(3):345-60.
22. McNamara RM. Acute abdominal pain. In: Sanders AB, editor. *Emergency care of the elder person*. St Louis (MO): Beverly Cracom Publications; 1996. p. 219-43.
23. Martin SP, Ulrich CD. Pancreatic disease in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1999; 15:579-605.
24. Hoffman E, Perez E, Somera V. Acute pancreatitis in the upper age groups. *Gastroenterology* 1959;36:675-85.
25. Martinez JP, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24(2):371-88.
26. Kiriyaama S, Gabata T, Takada T, et al. New diagnostic criteria of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2010;17(1):24-36.

27. Lauxrell H, Hansson LE, Gunnarsson U. Acute abdominal pain in elderly patients. *Gerontology* 2006;52:336-44.
28. McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF, et al. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg* 1985;202:59-63.
29. Sharma BC, Kumar R, Agarwal N, et al. Endoscopic biliary drainage by nasobili-ary drain or by stent placement in patients with acute cholangitis. *Endoscopy* 2005;37(5):439-43.
30. Agarwal N, Chander Sharma B, Sarin SK. Endoscopic management of acute cholangitis in elderly patients. *World J Gastroenterol* 2006;12(40):6551-5.
31. Morrow DJ, Thompson J, Wilson SE. Acute cholecystitis in the elderly. *Arch Surg* 1978;113:114-52.
32. Pooler BD, Lawrence EM, Pickhardt PJ. MDCT for suspected appendicitis in the elderly: diagnostic performance and patient outcome. *Emerg Radiol* 2012;19: 27-33.
33. Adedipe A, Lowenstein R. Infectious emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 2006;24:443-8.
34. Henneman PL. Gastrointestinal bleeding In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, editors. *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice*. 5th edition. St. Louis: Mosby Inc; 2002. p. 194-200.
35. Graham A, Henley C. Laparoscopic evaluation of acute abdominal pain. *J Laparoendosc Surg* 1991;1:165-8.
36. Hendrickson MH, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:937-69.
37. Romano S, Bartone G, Romano L. Ischemia and infarction of the intestine related to obstruction. *Radiol Clin North Am* 2008;46:925-42.
38. Miller G, Voman J, Shrier I, et al. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg* 2000;180:33-6.
39. Sufjan S, Matsumoto T. Intestinal obstruction. *Am J Surg* 1975;130:9-14.
40. Buechter KJ, Boustany C, Caillouette R, et al. Surgical management of the Acute Abdominal Pain in the Older Adult 445 acutely obstructed colon: a review of 127 cases. *Am J Surg* 1988;56:163-8.
41. Kassahun WT, Schulz T, Richter O, et al. Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: a six year review. *Langenbecks Arch Surg* 2008;393:163-71.
42. Mamode N, Pickford I, Leiberman P. Failure to improve outcome in acute mesenteric ischaemia: seven year review. *Eur J Surg* 1999;165:203-8.
43. Park WM, Glociczki P, Cherry KJ, et al. Contemporary management of acute mesenteric ischemia: factors associated with survival. *J Vasc Surg* 2002;35: 445-52.
44. Lederle FA. In the clinic: abdominal aortic aneurysm. *Ann Intern Med* 2009;150: ITC5-1-15.
45. Banerjee A. Atypical manifestations of ruptured abdominal aortic aneurysms. *Postgrad Med J* 1993;69:6-11.
46. Rutherford RB, McCroskey BL. Ruptured abdominal aneurysm: special considerations. *Surg Clin North Am* 1989;69:859-68.
47. Marston WA, Ahlquist R, Johnson G Jr, et al. Misdiagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 1992;16:17-22.
48. Salkin MS. Abdominal aortic aneurysm: avoiding failure to diagnose. *ED Legal Letter* 1997; 8:67-78.
49. Abrutyn E, Mossey J, Levinson M, et al. Epidemiology of asymptomatic bacteriuria in elderly women. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:388-93.
50. Boscia JA, Kobasa WD, Knight RA, et al. Epidemiology of bacteriuria in an elderly ambulatory population. *Am J Med* 1986;60:208-14.
51. Mccrea GL, Miaskowski C, Stotts N, et al. A review of literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America. *J Pain Symptom Manage* 2009;37:737-45.
52. Hunter CP. *Cancer in the elderly*. New York: CRC Press; 2000. p. 339.
53. Sountoulides P, Metaxa L, Cindolo L. Atypical presentations and rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a review of case reports. *J Med Case Rep* 2011;5:429.
54. Lyon C, Clark D. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician* 2006;74(9):1537-44.