



# Urgencias

VÓMITOS pág. 317

## Puntos clave

- El dolor abdominal agudo puede ser síntoma de patologías de gravedad muy diferente.
- Lo más importante es diferenciar los casos que necesitan tratamiento urgente.
- La apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente.
- La historia clínica y la exploración física son las herramientas más valiosas para el diagnóstico.
- La ecografía es la prueba complementaria más útil cuando la historia y la exploración no son suficientes para el diagnóstico.
- En los pacientes sin signos de patología orgánica debe informarse con claridad a los padres y asegurarse un correcto seguimiento médico.

## Dolor abdominal agudo

MARÍA JOSÉ MARTÍN DÍAZ

Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.  
mjmsalamanca@yahoo.es

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricas. Las causas pueden ser múltiples y no hay ninguna prueba que dé un diagnóstico definitivo. Algunos de los niños que llegan al hospital por dolor abdominal se recuperan espontáneamente sin que llegue a hacerse un diagnóstico. Estos cuadros son etiquetados de “dolor abdominal inespecífico”, causa más frecuente del dolor abdominal agudo en la edad pediátrica<sup>1-4</sup>.

La función principal del pediatra es distinguir aquellos cuadros que precisan un tratamiento quirúrgico o médico urgente de los que pueden tratarse en casa o tener un seguimiento ambulatorio. Con una anamnesis y una exploración física cuidadosas, hay que decidir si recurrir o no a pruebas de laboratorio y radiológicas para llegar a un diagnóstico<sup>1-5</sup>.

La mayoría de los padres que consultan en urgencias porque su hijo tiene dolor abdominal quieren saber si tiene apendicitis, lo cual no está alejado de la realidad a la que nos enfrentamos los pediatras, ya que con diferencia es la urgencia abdominal quirúrgica más frecuente.

## Etiología

Las patologías que pueden producir dolor abdominal son muy diversas y pueden clasificarse por grupos de edad (tabla 1). Además, pueden clasificarse en función de si necesitan o no tratamiento urgente para evitar complicaciones<sup>3,5</sup>.

Además de la patología propiamente abdominal, hay ciertos cuadros que pueden ser amenazantes para la vida y que se presentan con dolor abdominal: neumonía, patología cardíaca (miocarditis, pericarditis), errores

congénitos del metabolismo en descompensación aguda, sepsis, intoxicaciones (alcohol, anfetaminas, ácido acetilsalicílico, hierro, insecticidas, plomo, fenciclidina), diabetes mellitus (cetoacidosis, infección), síndrome hemolítico urémico, enfermedades del colágeno<sup>1,3,5</sup>.

## Diagnóstico

La evaluación de un niño con dolor abdominal es una tarea importante y complicada. El desafío más difícil continúa siendo el diagnóstico de apendicitis antes de que se perfora. En niños se han encontrado tasas de perforación de entre un 30 y un 65%, que aumentan mucho por debajo de los 4 años de edad. Según los resultados de algunos estudios, la probabilidad de perforación aumenta mucho después de 36 h de comienzo del dolor, por lo que es importante asegurar un adecuado seguimiento médico de los niños con dolor abdominal<sup>3</sup>. Cuanto más pequeño es el niño, más difícil es el diagnóstico, y no es infrecuente que haya confusión con la gastroenteritis por la presencia de diarrea. Algunos autores señalan que, en general, el número y volumen de las deposiciones es menor en la apendicitis que en una gastroenteritis aguda, aunque no hay ningún síntoma o signo definitivo que determine el diagnóstico diferencial.

## Anamnesis

Una historia clínica detallada y bien dirigida es crucial para el diagnóstico. Debe adaptarse a la edad y al desarrollo de cada paciente. Hay que empezar hablando con los padres tranquilamente acerca del comienzo y las características del dolor, lo que, además de dar información, ayuda a que el niño tome

**Tabla 1.** Etiología del dolor abdominal

	Procesos más frecuentes	Patología poco frecuente
Menores de 2 años de edad	Cólico del lactante (0-3 meses) Enfermedad por reflujo gastroesofágico Gastroenteritis aguda Infecciones virales	<b>Invaginación intestinal</b> <b>Apendicitis aguda</b> <b>Vólvulo intestinal</b> <b>Hernia incarcerada</b> Alergia a proteínas de leche de vaca <b>Traumatismos (posible maltrato)</b> <b>Tumores</b>
2-5 años	Gastroenteritis aguda Infección del tracto urinario <b>Apendicitis aguda</b> <b>Traumatismos</b> Neumonía, asma Infecciones víricas Estreñimiento	Púrpura de Schönlein-Henoch <b>Invaginación intestinal</b> <b>Divertículo de Meckel</b> <b>Obstrucción intestinal por cirugía previa</b> Enfermedad inflamatoria intestinal <b>Hernia incarcerada</b> Hepatitis <b>Tumores</b>
Mayores de 5 años	Gastroenteritis aguda <b>Traumatismos</b> <b>Apendicitis aguda</b> Infección urinaria Dolor abdominal funcional Estreñimiento Infecciones virales	Neumonía, asma Enfermedad inflamatoria intestinal Úlcera péptica <b>Colecistitis, pancreatitis</b> <b>Diabetes mellitus</b> <b>Torsión testicular/ovárica</b> Litiasis renal <b>Tumores</b>
Adolescentes	Gastroenteritis aguda Gastritis, colitis Estreñimiento Enfermedad por reflujo gastroesofágico <b>Apendicitis aguda</b> Infección urinaria Neumonía, asma Infecciones virales Dismenorrea	Enfermedad inflamatoria pélvica <b>Torsión testicular/ovárica</b> Litiasis renal Colecistitis, pancreatitis, hepatitis Enfermedad inflamatoria intestinal <b>Tumores</b> <b>Embarazo ectópico</b>

En negrita se señalan las patologías que pueden ser amenazantes para la vida, por lo que hay que descartarlas aunque sean poco frecuentes.

confianza con el pediatra. Mientras puede hacerse una inspección muy valiosa (distensión abdominal, aspecto de enfermedad, contacto e interacción con el medio...). La anamnesis debe ser detallada y ordenada, sin olvidar los siguientes puntos<sup>1-4</sup>:

— ¿Cuándo comenzó el dolor? ¿Ha cambiado en el tiempo?

— ¿Es continuo o tipo cólico? ¿Mejora con el tiempo, no cambia o empeora? El dolor tipo cólico con intervalos asintomáticos, sobre todo en niños menores de 4 años, debe hacer pensar en una posible invaginación intestinal o un vólvulo. En la apendicitis aguda y en los cuadros de peritonitis, el dolor es continuo y empeora progresivamente.

— ¿Se localiza o irradia en algún punto?

— Antecedentes personales y familiares, episodios previos similares. Los antecedentes de cirugía abdominal deben alertar sobre la posibilidad de complicaciones a corto o largo plazo.

— Síntomas asociados: diarrea, vómitos, estreñimiento, fiebre. Los vómitos son inespecíficos, pero los biliosos son un signo importante que hace pensar en una posible obstrucción intestinal. De igual forma, la diarrea puede aparecer tanto en patologías médicas como quirúrgicas, por lo que su presencia no significa en todos los casos que el proceso sea una gastroenteritis, aunque sea lo más frecuente. La tos puede ser signo de neumonía (hay que sospecharla si acompaña al dolor abdominal con fiebre) o de asma (a veces con vómitos tras la tos). El dolor abdominal también puede aparecer en infecciones virales junto a otros síntomas inespecíficos, en la faringitis con dolor de garganta. Los síntomas miccionales deben hacer sospechar infección urinaria. La poliuria y la polidipsia sugieren diabetes mellitus con dolor abdominal por cetoacidosis. El sangrado rectal es típico del divertículo de Meckel, la invaginación intestinal, la gastroenteritis aguda, en los lactantes de alergia alimentaria, y en

## Lectura rápida



### Introducción

El dolor abdominal y otros síntomas gastrointestinales son una de las consultas más frecuentes en los servicios de urgencias pediátricos. La misión del pediatra es diferenciar los casos leves, que se resolverán espontáneamente, de los que necesitan tratamiento urgente para evitar complicaciones.



## Lectura rápida



### Etiología

El dolor abdominal inespecífico, seguido de la gastroenteritis aguda y el estreñimiento, son los diagnósticos más frecuentes. Hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial patologías extraabdominales: neumonía, faringoamigdalitis (sobre todo la estreptocócica), patología cardíaca, sepsis, síndrome hemolítico urémico, intoxicaciones. La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en la edad pediátrica. En los lactantes es más rara, pero el diagnóstico es más difícil, por lo que son más frecuentes las complicaciones. Otras causas de dolor abdominal que precisan tratamiento quirúrgico urgente son la invaginación intestinal, el vólvulo y la obstrucción intestinal por otras causas.

niños mayores de enfermedad inflamatoria intestinal.

### Exploración física

Completada la anamnesis, hay que pasar a la exploración física. Es importante no ser brusco con el niño ni con los padres; la paciencia es crucial para poder obtener información válida. La palpación abdominal debe ser muy suave para evitar que el niño se oponga a ella, y algunos signos clínicos como el de rebote, el del psoas y el del obturador, que requieren maniobras ligeramente violentas, con frecuencia no tienen utilidad en pediatría porque causan miedo y rechazo en los pacientes<sup>2-4</sup>.

Con la exploración hay que intentar averiguar si el dolor es localizado o generalizado, y si es continuo o va y viene. Habitualmente, el dolor abdominal inespecífico es leve, periumbilical y tipo cólico. El de la apendicitis es unilateral, persistente a la palpación superficial, a menudo con defensa y empeora con el tiempo. El dolor a la palpación es muy frecuente en la gastroenteritis aguda, pero a menudo desaparece y es intermitente al volver a palpar el abdomen durante la misma exploración<sup>1-5</sup>.

La utilidad del tacto rectal es limitada. Se acepta, aunque existe controversia, ante sangrado rectal, sospecha de apendicitis o absceso apendicular y estreñimiento<sup>3</sup>.

La distensión abdominal con ausencia de ruidos hidroaéreos puede reflejar la existencia de un íleo paralítico, lo cual debe alertar sobre una patología quirúrgica, sepsis o enterocolitis infecciosa, aunque hay que valorar otros síntomas y signos, pues puede aparecer también en las neumonías y la infección urinaria. Cuando los vómitos acompañan al dolor abdominal con distensión llamativa, hay que pensar en obstrucción intestinal (invaginación, vólvulo en neonatos, bridas en niños con antecedentes de cirugía abdominal)<sup>1-4</sup>.

En la invaginación intestinal, los abscesos y los tumores (los más frecuentes son neuroblastoma o de origen renal) puede palparse una masa abdominal<sup>2-4</sup>.

La exploración física debe ser completa y si la exploración abdominal es normal, habrá que intentar encontrar una causa del dolor en otra localización: amigdalitis aguda, neumonía, otitis, púrpura de Schönlein-Henoch, deshidratación. El aspecto del niño (afectación o no del estado general) es muy importante para orientar el proceder diagnóstico. La fiebre y la taquicardia sugieren una causa infecciosa, la mayoría de las veces extraabdominal. La auscultación pulmonar

puede detectar una neumonía, aunque incluso en su presencia la auscultación puede ser normal. En ocasiones, el dolor abdominal hace la respiración dolorosa y puede provocar atelectasias<sup>3,4</sup>.

La palidez y el dolor abdominal sugieren sangrado (en niños, lo más frecuente es por un tumor subyacente); secuestro esplénico o crisis hemolítica en pacientes con anemia falciforme. La ictericia puede ser signo de hemólisis rápida, sobre todo si se acompaña de aumento rápido del tamaño del bazo o de hepatitis aguda. La presencia de hematomas en localizaciones no habituales debe hacer pensar en la posibilidad de una leucemia o hemofilia<sup>3,4</sup>.

En niñas con secreción vaginal y en todos los casos con sospecha de abuso sexual, es importante la inspección del ano y los genitales externos. También en los niños para descartar una torsión testicular<sup>2-4</sup>.

Cuando la historia y la exploración no son claras, observar al niño durante unas horas para repetir la exploración es muy valioso y más útil que realizar pruebas complementarias<sup>3,4</sup>.

### Exploraciones complementarias

En la mayoría de los casos, la historia clínica y la exploración física no hacen sospechar la existencia de una patología que precise tratamiento. En estos casos, no es necesaria ninguna prueba complementaria y será suficiente con asegurar un buen seguimiento médico del niño. En otros casos la existencia de un abdomen agudo es evidente y habrá que consultar con el cirujano pediátrico sin necesidad de ninguna prueba. Hay otros casos más dudosos, o con afectación del estado del paciente, que obligan a utilizar pruebas radiológicas o de laboratorio para completar su evaluación<sup>1-7</sup>.

Aunque el hemograma es una de las determinaciones analíticas más utilizadas para apoyar el diagnóstico de apendicitis, alrededor de un 10% de las apendicitis no presentan leucocitosis, por lo que su ausencia no sirve para excluir esta afección. Del mismo modo, otras entidades que producen dolor abdominal se presentan con leucocitosis<sup>2-5,7,8</sup>.

La glucemia capilar está indicada en todo niño con alteración del nivel de conciencia, con rechazo de la ingesta o vómitos prolongados y para descartar una posible cetoacidosis diabética en casos de dolor abdominal y vómitos persistentes, que pueden ir acompañados de poliuria y polidipsia<sup>3</sup>.

La determinación de electrolitos se recomienda en niños con diarrea y/ o vómitos y signos de deshidratación moderada o grave



(los niños con deshidratación leve no suelen tener alteraciones iónicas), con alteración del nivel de conciencia, o si la causa del cuadro no está clara<sup>3,4,9</sup>.

El análisis de orina está indicado en los niños febriles con dolor abdominal y vómitos, especialmente en los lactantes. En la apendicitis aguda puede haber piuria, hematuria y bacteriuria escasas en los casos en los que el apéndice inflamado toca el uréter. Además, en los casos de dolor abdominal con hipoglucemia el análisis de orina indica si es cetósica; en caso contrario, habrá que descartar un error congénito del metabolismo<sup>1-5</sup>.

La radiografía de abdomen simple está indicada en casos de sospecha de obstrucción intestinal y también puede ser útil en casos de impactación fecal con historia o exploración confusas. Su utilidad en el diagnóstico de apendicitis es muy baja, limitándose a los casos en los que se detecta un apendicolito (menos del 10% según la literatura científica). La escasez de aire es el signo más frecuente en los niños con obstrucción del intestino delgado; puede haber asas dilatadas, aunque en los niños es más habitual que se vean con su calibre disminuido. Aparecen niveles hidroaéreos. La radiografía en bipedestación o la proyección lateral en decúbito sirven para detectar la presencia de aire extraluminal en casos que han evolucionado hasta la perforación<sup>1-6</sup>.

La ecografía abdominal se considera la prueba de elección para el diagnóstico de apendicitis en los niños, aunque no hay ninguna exploración con un 100% de sensibilidad. Es rápida, no invasiva, accesible "a pie de cama" y evita la radiación del paciente<sup>1-4,6,10,11</sup>. En los niños, el apéndice normal suele verse con esta técnica, y un calibre > 6 mm, la dificultad para su colapso mediante la compresión y la ausencia de peristaltismo se consideran signos diagnósticos de apendicitis. En manos expertas, la ecografía puede alcanzar una sensibilidad entre el 85 y el 90%, y una especificidad del 95-100%<sup>3-5,10</sup>. Otra de sus ventajas es que puede diagnosticar otras afecciones con un alto grado de especificidad, en especial las de origen ginecológico y renal, por lo que es importante para evaluar los casos de dolor suprapúbico o en fosa ilíaca derecha en niñas adolescentes<sup>1-6</sup>.

En los últimos años, se ha valorado el uso de la tomografía computarizada para el diagnóstico de apendicitis. Algunos trabajos señalan que su precisión es mayor que la de la ecografía en la detección de apendicitis, así como de otras patologías que plantean el diagnóstico diferencial, pudiendo disminuir el número de laparotomías innecesarias, aunque

no se ha extendido porque es una técnica más lenta y cara que la ecografía, y sobre todo porque supone una radiación importante para el paciente<sup>2,3,5</sup>.

La gammagrafía con tecnecio detecta los divertículos de Meckel cuando tienen mucosa gástrica heterotópica con una sensibilidad del 85%, aunque el dolor abdominal no es frecuente en estos casos<sup>3,4</sup>.

## Diagnóstico diferencial de las patologías más relevantes<sup>1-5</sup>

### Apendicitis aguda

Es la causa de dolor abdominal que requiere tratamiento quirúrgico con más frecuencia en la infancia, por lo que el objetivo principal en urgencias es descartar esta patología. Se estima que en torno a un 2% de los niños que se ven en urgencias por dolor abdominal en los países desarrollados tienen apendicitis. Los signos clínicos en los niños son, en muchas ocasiones, poco claros, por lo que el diagnóstico de apendicitis es especialmente difícil para el pediatra. Así, los casos de diagnóstico tardío con perforación y peritonitis son más frecuentes que en la edad adulta. La presentación clínica típica es el dolor abdominal, en principio generalizado, que se va localizando en la fosa ilíaca derecha, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre. Puede ser útil obtener en la anamnesis el dato de un dolor que precede a los vómitos, aunque es infrecuente que los padres sepan precisar la cronología. En los niños pequeños, muchas veces hay diarrea como síntoma inicial. A medida que el cuadro progresa y se inflama el peritoneo, el dolor empeora y se localiza en la fosa ilíaca derecha. Habitualmente, el niño evita cualquier movimiento que pueda empeorar el dolor y en la exploración se detecta un dolor localizado en fosa ilíaca derecha con defensa, y la fiebre de bajo grado y la taquicardia son frecuentes. Si no se trata, la apendicitis puede progresar a perforación y en esta fase el dolor se generaliza y se aprecia un abdomen en tabla en la exploración. No está claro qué sensibilidad y especificidad tienen los signos clínicos de irritación peritoneal, como el de Blumberg y el de Rovsing, por lo que su presencia, o no, no debe considerarse criterio diagnóstico. Asimismo, la posición del apéndice es más variable en la infancia, por lo que el dolor en el punto de McBurney tiene menos valor que en los adultos. Además, hay que tener

## Lectura rápida



### Diagnóstico

La valoración de un niño con dolor abdominal agudo a menudo es difícil, tanto más cuanto más pequeño sea, por lo que hay que ser especialmente cuidadoso en el contacto con el propio paciente y los padres.



## Lectura rápida



### Anamnesis y exploración física

La historia clínica y la exploración física son las claves para el diagnóstico, y las pruebas complementarias están indicadas sólo en casos dudosos con sospecha de patología quirúrgica subyacente, o si el estado general del niño está afectado.

La edad del niño debe guiar el diagnóstico, ya que hay patologías propias de ciertos grupos de edad. Las características del dolor son el primer dato para orientar el diagnóstico: el dolor intermitente con frecuencia está provocado por patología leve o funcional, aunque hay que tener en cuenta la invaginación intestinal, la hernia incarcerada, la torsión ovárica o testicular y la litiasis renal.

La palpación abdominal debe ser suave y cuidadosa. Los signos clásicos de irritación peritoneal son poco útiles en los niños y lo más importante es observar si hay dolor localizado y defensa.



en cuenta que los niños consultan con frecuencia de forma temprana, cuando el dolor es leve y generalizado.

### Invaginación intestinal

Es el prolapso de una parte del intestino en la luz del tramo inmediatamente distal. La forma más frecuente es la ileocólica. Su gravedad radica en que el mesenterio se ve comprimido, así como los vasos que alberga, por lo que durante el proceso el retorno venoso del intestino se ve obstruido, lo que provoca edema y sangrado de la mucosa, aumento de la presión en la zona y, en los casos prolongados, dificultad para el flujo sanguíneo arterial, con el consiguiente riesgo de isquemia, gangrena y perforación. Es más frecuente en niños con edades comprendidas entre los 3 meses y los 5 años, con un pico de incidencia entre los 6 y los 12 meses. En estos rangos de edad suele ser idiopática, pero en los niños mayores de 5 años hay que descartar una causa que haya servido de cabeza de la invaginación (pólipos, linfoma, divertículo de Meckel, púrpura de Schönlein-Henoch). La presentación típica es la tríada de dolor abdominal tipo cólico, vómitos y deposiciones con moco sanguinolento, pero sólo se da en un 20-40%. Tampoco es frecuente encontrar en la exploración la típica masa en el cuadrante superior derecho del abdomen. La ecografía es la prueba más sensible y específica para el diagnóstico.

Ante una invaginación intestinal, tras la estabilización hemodinámica si es necesaria, hay que intentar la desinvaginación con métodos radiológicos: enema de aire o suero fisiológico. Hay que avisar previamente al cirujano porque, en ocasiones, no se resuelve por estos medios y se precisa la desinvaginación quirúrgica. Igualmente cuando hay signos de irritación peritoneal, por el riesgo de perforación.

### Gastroenteritis aguda

Es el proceso inflamatorio intestinal más frecuente. La mayoría de las veces es de etiología viral. Suele ser un cuadro agudo de diarrea, acompañado o no de vómitos y fiebre. El dolor abdominal es muy frecuente pero en la exploración el abdomen suele estar blando, no doloroso o con dolor difuso a la palpación sin defensa, intermitente al repetir la exploración.

### Estreñimiento

En el período neonatal y la lactancia las causas más importantes de estreñimiento son el ano imperforado, la estenosis anal, el síndrome de impactación meconial, el

íleo meconial, la enfermedad de Hirschsprung, el vólvulo, el botulismo infantil, las fisuras anales, la hipo o hipercalcemia, y el hipotiroidismo. En lactantes más mayores y en los primeros años de la infancia, el estreñimiento suele ser consecuencia de los hábitos higiénico-dietéticos (p. ej., cambio de lactancia materna a artificial y cambio a la dieta sólida; la inadecuada ingesta de líquidos es otra causa frecuente). En la edad escolar el estreñimiento funcional, por inhibición del reflejo fecal, es la causa más frecuente. Los niños mayores suelen presentar dolor abdominal, generalmente focalizado en la fosa ilíaca derecha, por lo que puede simular una apendicitis. En la exploración a veces se palpan masas en el hipocondrio y puede encontrarse impactación fecal en el tacto rectal.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de una enfermedad de Hirschsprung en niños con estreñimiento crónico. En torno a un 15% se diagnostica en el primer mes de vida y un 60%, antes de los 3 meses de edad. Además del estreñimiento, los casos complicados con enterocolitis tendrán dolor abdominal y distensión abdominal, a veces con signos sépticos. En la urgencia, los pacientes con enterocolitis necesitan tratamiento de soporte, antibioterapia y consulta con el cirujano.

### Obstrucción intestinal

Las causas más frecuentes son las adherencias en pacientes previamente intervenidos y la incarceración de una hernia. Otras causas que se deben considerar son la invaginación intestinal, la apendicitis, el divertículo de Meckel, la malrotación intestinal, los vólvulos y los tumores. Cuando se produce una obstrucción intestinal inicialmente aparece rechazo a la ingesta y más tarde vómitos, que con frecuencia son biliosos. Hay dolor abdominal; la distensión abdominal, así como la ausencia de expulsión de gases o heces por el ano, hacen pensar en obstrucción como causa de este dolor. En los casos de obstrucción mecánica, son característicos los movimientos de lucha del intestino que pueden oírse en la auscultación, incluso a veces detectarse por inspección del abdomen. En los casos que evolucionan, el aumento de presión en la pared intestinal provoca estasis sanguínea, con la consecuente isquemia, que puede manifestarse como hematoquecia, que es un signo de gravedad con riesgo de septicemia.

El vólvulo intestinal se produce por una malrotación congénita del intestino medio que ocurre en el desarrollo embrionario y

provoca que la unión duodenoyeyunal y el ciego no se fijen a la pared abdominal. El mesenterio es muy laxo y predispone al vólvulo (el intestino gira sobre sí mismo). Suele producirse en el primer mes de vida y la presentación típica son los vómitos biliosos con distensión abdominal y sangrado digestivo. A menudo, hay inestabilidad hemodinámica, que será lo primero que se debe tratar, aunque el tratamiento definitivo es la cirugía urgente, en la que se debe explorar el resto del intestino porque son frecuentes otras malformaciones. Aunque es infrecuente, algunos pacientes con malrotación intestinal son asintomáticos y otros tienen durante años dolor abdominal recurrente, malabsorción o dificultades para la alimentación. Estos casos también precisan cirugía pero no de carácter urgente.

Entre un 1 y un 4% de la población tiene una hernia inguinal, y el 10% sufrirá una incarceración. El primer signo clínico suele ser la irritabilidad de aparición brusca en un lactante. Poco después, rechazo del alimento y vómitos. El riesgo es mayor en los primeros 6 meses de edad y va disminuyendo con el tiempo; es muy infrecuente a partir de los 8 años. Son más frecuentes en los niños y en el lado derecho, así como en prematuros. Hay factores predisponentes: derivaciones ventrículo-peritoneales, diálisis peritoneal, fibrosis quística, síndrome de Marfan, mucopolisacaridosis e hipospadias.

### **Púrpura de Schönlein-Henoch**

Es una vasculitis de pequeño vaso que afecta generalmente a niños y se presenta con púrpura palpable en las nalgas y las extremidades inferiores (a veces, distalmente en los brazos), y artralgias. Puede complicarse con artritis, nefritis y patología intestinal (dolor abdominal tipo cólico, diarrea sanguinolenta y, en ocasiones, invaginación intestinal). Cuando hay síntomas abdominales importantes está indicado el tratamiento con corticoides.

### **Dolor abdominal funcional**

Es la causa de un 80% de las consultas por dolor abdominal recurrente por encima de los 5 años de edad hasta la adolescencia. Se caracteriza por ser episódico, de localización periumbilical, sin relación con ninguna actividad ni con la ingesta y a menudo no aparece durante el sueño. Por definición, no se debe a ninguna patología orgánica subyacente. El desarrollo y el crecimiento del niño son normales, así como la exploración abdominal (si acaso se encuentra dolor leve a la palpación sin defensa).

En las adolescentes hay que pensar en posible una patología ginecológica o embarazo.

## **Tratamiento**

La prioridad en un paciente que consulta por dolor abdominal es su estabilización en los casos graves evaluando el ABC (vía aérea, respiración y circulación). El dolor abdominal puede ser la presentación de patologías respiratorias y cardiovasculares importantes, y por otro lado, un dolor abdominal agudo sin tratar puede terminar en fallo cardiorrespiratorio, dependiendo de la causa<sup>1-3,5</sup>.

En los casos de apendicitis y el resto de patologías quirúrgicas, antes de la cirugía es importante evaluar el estado hemodinámico del paciente y restaurar el volumen intravascular con fluidoterapia por vía intravenosa, controlando el balance hídrico. En los casos con perforación o cuando hay sospecha de ello, se debe iniciar antibioterapia por vía intravenosa lo antes posible: gentamicina/cefotaxima + metronidazol/clindamicina<sup>2,3,5</sup>.

Si los signos clínicos son sugestivos de apendicitis aguda, aunque el diagnóstico no se apoye por los datos analíticos ni radiológicos, está indicado ingresar al niño para realizar un seguimiento del cuadro<sup>1,2,4,9</sup>.

En los casos en que la historia clínica y la exploración física sugieren una patología banal o ausencia de patología orgánica (en los adolescentes, el dolor abdominal de origen psicógeno es frecuente), es importante no realizar pruebas complementarias innecesarias. Su utilización haría suponer a los padres que el pediatra sospecha o teme la existencia de una patología orgánica, al contrario de tranquilizarlos, que es lo que a veces se pretende con ello. Es fundamental hablar con ellos y con el niño, en primer lugar dejando claro que el dolor existe, aunque no se deba a ninguna patología relevante. Esto, a menudo, requiere mucho tiempo y es difícil en el ámbito de urgencias. Es recomendable asegurar un adecuado seguimiento del caso, indicando que consulte en las próximas horas con su pediatra de atención primaria si el dolor persiste<sup>1,3,4</sup>.

Aunque tradicionalmente se ha desaconsejado el uso de analgésicos en los pacientes con dolor abdominal agudo por temor a que su efecto interfiera con el diagnóstico, actualmente hay suficiente evidencia científica para utilizarlos en pacientes con dolor moderado o intenso, sin que por ello se retrase o afecte de modo adverso al diagnóstico<sup>1,4,5,9,12-15</sup>.

## **Lectura rápida**



### *Exploraciones complementarias*

Cuando son necesarias exploraciones complementarias, la ecografía abdominal es la más eficiente (especialmente en el diagnóstico de apendicitis aguda, invaginación intestinal, abscesos abdominales, patología renal y ginecológica). Habrá que considerar en algunos casos la radiografía de abdomen simple, el hemograma y reactantes de fase aguda, y el análisis de orina.

### *Tratamiento*

En un niño con dolor abdominal lo primero es comprobar su estado cardiorrespiratorio (ABC) y realizar maniobras de resucitación y estabilización si son necesarias. En los casos leves sin signos de patología orgánica, hay que asegurar un buen seguimiento médico. El uso de analgésicos en niños con dolor abdominal agudo no dificulta su diagnóstico, incluso puede facilitar la exploración física.



## Bibliografía recomendada

Davenport M. Acute abdominal pain in children. BMJ. 1996;312:498-501.

*El autor recoge brevemente las características de la patología más importante que se presenta como dolor abdominal en los niños, haciendo hincapié además en su incidencia. No se trata de una revisión bibliográfica ni de un estudio experimental, simplemente de la exposición del tema por un experto, pero muy esquemática y útil.*

McCullough M, Sharieff GQ. Abdominal pain in children. *Pediatr Clin N Am.* 2006;53:107-37.

*Artículo muy interesante en el que se revisan las distintas causas de dolor abdominal en la infancia. En una primera parte aborda las patologías agudas, con un apartado para tratar cada una de ellas, y en la segunda parte del artículo se tratan las causas de dolor abdominal crónico. La bibliografía revisada es muy amplia y ayuda a ampliar el estudio del tema.*

Kwok MY, Kim MK, Gorelick MH. Evidence-based approach to the diagnosis of appendicitis in children. *Pediatr Emerg Care.* 2004;20:690-8.

*Es una revisión de la evidencia médica publicada acerca del diagnóstico de la apendicitis aguda en los niños. El objetivo del trabajo es que, tras su lectura, se conozcan los síntomas de esta patología en las distintas edades pediátricas, así como la sensibilidad y especificidad de los signos clínicos y las pruebas radiológicas más utilizados para su diagnóstico.*

## Bibliografía



- Importante    ●● Muy importante
- Ensayo clínico controlado

1. Davenport M. Acute abdominal pain in children. BMJ. 1996;312:498-501.
2. ● Mason JD. The evaluation of acute abdominal pain in children. *Emerg Med Clin North Am.* 1996;14:629-43.
3. ●● McCullough M, Sharieff GQ. Abdominal pain in children. *Pediatr Clin N Am.* 2006;53:107-37.
4. Rudy, RM. Pain-abdomen. En: Fleisher GR, Ludwig S, Henretid FM, editors. *Textbook of pediatric emergency medicine.* New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 469-76.
5. ● Rothrock SG, Pagane J. Acute appendicitis in children: emergency department diagnosis and management. *Ann Emerg Med.* 2000;36:39-51.
6. Marincek B. Nontraumatic abdominal emergencies: acute abdominal pain: diagnostic strategies. *Eur Radiol.* 2002;12:2136-50.
7. ●● Saidi RF, Ghasemi M. Role of Alvarado score in diagnosis and treatment of suspected acute appendicitis. *Am J Emerg Med.* 2000;18:230-1.
8. Coleman C, Thompson JE, Bennion RS, Schmit PJ. White blood cell count is poor predictor of severity of disease in the diagnosis of appendicitis. *Am Surg.* 1998;64:983-5.
9. ●● Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? *JAMA.* 2006;296:1764-74.
10. Carrico CW, Fenton LZ, Taylor GA, DiFiore JW, Soprano JV. Impact of sonography on the diagnosis and treatment of acute lower abdominal pain in children and young adults. *Am J Roentgenol.* 1999;172:513-6.
11. Crady SK, Jones JS, Wyn T, Luttenon CR. Clinical validity of ultrasound in children with suspected appendicitis. *Am Emerg Med.* 1993;22:1125-8.
12. Goldman RD, Crudm A, Bromberg R, Rogovik A, Langer JC. Analgesia administration for acute abdominal pain in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care.* 2006;22:18-21.
13. Green R, Bulloch B, Kabani A, Hancock BJ, Tenenbein M. Early analgesia for children with acute abdominal pain. *Pediatrics.* 2005;116:978-83.
14. Kim MK, Strait RT, Sato TT, Hennes HM. A randomized clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med.* 2002;9:281-7.
15. Klein-Kremer A, Goldman RD. Opioid administration for acute abdominal pain in the pediatric emergency department. *J Opioid Manag.* 2007;3:11-4.