

11237



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

DIAGNOSTICO CLINICO FINAL DE DOLOR  
ABDOMINAL DEL PACIENTE PEDIATRICO EN  
EL SERVICIO DE URGENCIAS

**TRABAJO DE INVESTIGACION**  
QUE PRESENTA EL:  
**DR. VICTOR HUGO PORTUGAL MORENO**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
LA ESPECIALIDAD DE  
PEDIATRIA M E D I C A



**ISSSTE**

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

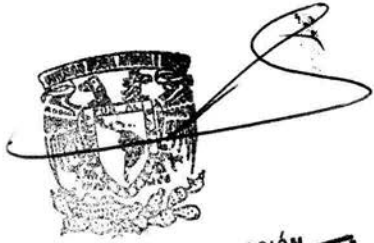


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
**ISAP**  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 HOSPITAL GENERAL DE MATEROS  
 LIC. J. P. A. M.  
 \* NOV. 7 2003 \*  
 COORDINACIÓN DE CAPACITACION  
 DESARROLLO E INVESTIGACION

*[Handwritten signature]*

DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA  
 Coordinador De Capacitacion, Desarrollo e Investigación

*[Handwritten signature]*

DR. BALTAZAR BARRAGAN HERNANDEZ  
 Profesor Titular Del Curso

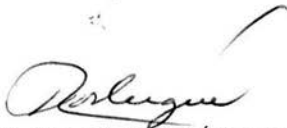


*[Handwritten signature]*

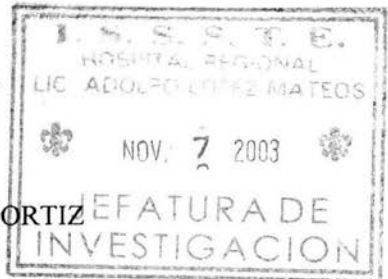
DR. VICTOR EDGAR ROMERO MONTES  
 Asesor De Tesis



DR. SERGIO B. BARRAGÁN PADILLA  
Vocal De Investigación En El Servicio De Pediatría



DRA. HILDA RODRÍGUEZ ORTIZ  
Jefe De Investigación



DR. LUIS SERAFÍN ALCAZAR ALVAREZ  
Jefe De Enseñanza

# Índice

|                    |    |
|--------------------|----|
| Resumen            | 1  |
| Antecedentes       | 2  |
| Material y Métodos | 4  |
| Resultados         | 6  |
| Discusión          | 8  |
| Tablas             | 10 |
| Conclusiones       | 16 |
| Bibliografía       | 17 |

## Resumen:

La finalidad de este trabajo fue conocer la incidencia de las diferentes patologías que ocasionan dolor abdominal en Pediatría, tanto médicas como quirúrgicas, identificar las más frecuentes y determinar los estudios de laboratorio y gabinete útiles para un diagnóstico y tratamiento oportunos en el servicio de Urgencias.

Se realizó en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), un estudio prospectivo transversal en el periodo de Abril a Septiembre de 2003, en pacientes que se hospitalizaron en el servicio de Urgencias con dolor abdominal.

La patología médica predominó como causa de dolor abdominal con 75 casos (52.44%) y la patología quirúrgica representó 68 casos (47.55%). La apendicitis fue el diagnóstico más frecuente de todas las causas y la colitis lo es de la patología médica. Se encontró significativamente estadístico para la patología médica: la constipación, y para la patología quirúrgica: la fiebre, vómito y signos de rebote y dolor en fosa iliaca derecha; que son resultados similares a los reportados por la bibliografía.

En conclusión ante la presencia de dolor abdominal se debe realizar un interrogatorio completo y exploración física adecuada y la realización de estudios básicos, como biometría hemática, radiografía de abdomen y examen general de orina para llegar a un diagnóstico certero y no egresarlo del servicio hasta descartar patología quirúrgica.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR ABDOMINAL, APENDICITIS, COLITIS CONSTIPACIÓN.

## Abstract:

The purpose of this work was to know the incidence the different pathologies that cause abdominal pain in Pediatrics, than medical as surgical, to identify most frequent and to determine the studies of useful laboratory and gabinete for an oportune diagnosis and treatment in the emergency room.

Was do it in the Regional Hospital Lic. Adolfo Lopez Mateos of the ISSSTE, a cross-sectional prospective study in the period of April to September of 2003, in patients who hospitalized in the service of Urgencias with pain abdominal. the medical pathology predominated as cause of abdominal pain with 75 cases (52.44%) and 68 the surgical pathology this represent cases (47.55%). The appendicitis was the most frequent diagnosis of all it causes and the colitis is it of medical pathology. was significantly statistical for medical pathology: the constipation, and for: the fever, vomit and signs by ricochet and dolor in right grave iliac; that is results similar to report them two by the bibliography.

In conclusion before the presence of abdominal pain a complete interrogation is due to make and suitable physical exploration and the accomplishment of basic studies, like hematology profile differential, x-ray of abdomen and general examination of tinkles happens to arrive at an accurate diagnosis and not to with draw it of the service until discarding surgical pathology.

**KEY WORDS:** ABDOMINAL PAIN, APPENDICITIS, COLITIS  
CONSTIPACIÓN.

## Antecedentes:

El dolor abdominal en pediatría es una causa común de ingreso a los servicios de urgencias pediátricas y constituye un reto para el clínico y el cirujano; en la literatura medica existen pocos estudios que valoren en forma integral al paciente pediátrico con dolor abdominal, independientemente del diagnostico final, ya que la mayoría se enfoca a la apendicitis por lo cual es importante identificar todas las causas de dolor abdominal en el paciente pediátrico.

El dolor abdominal en pediatría es una causa común de consulta en el servicio de urgencias. Su frecuencia se ha reportado en un 9-10% en la literatura. (1)

Las etiologías del dolor abdominal pueden ser múltiples y muy variadas, desde origen orgánico puro hasta causas psicógenas, y los diagnósticos se dividen de acuerdo al grupo de edad pediátrica de la que se hable. (2,3,4)

Pocos estudios existen que valoren en forma integral al paciente pediátrico con dolor abdominal ya que la mayoría de los estudios están enfocados a la apendicitis, por ser este el diagnóstico principalmente encontrado como causa del mismo. (5)

En 1990, Reynolds y Jaffe, realizaron un estudio retrospectivo de 371 niños con dolor abdominal, encontrando una frecuencia de 3% en el mismo y 48 diferentes diagnósticos, gastroenteritis y dolor abdominal inespecífico fueron los mas frecuentes. La apendicitis ocupe el séptimo lugar, el 64% fueron causas medicas, el 6.5% fueron quirúrgicas y el 29.5% fueron catalogadas como no especificas. En todos los grupos de edad la patología medica predomino. (6)

Los diagnósticos mas frecuentes por grupo de edad son:

- de 2 a 12 años son constipación, parasitosis, faringitis, adenitis mesentérica, colon irritable, colon irritable, pancreatitis, infección de vías urinarias, neumonías, asma, cetoacidosis diabética, gastritis, pielonefritis, apendicitis, divertículo de Meckel.



- de 12 a 16 años son dismenorrea, epididimitis, dolor funcional, hipoglucemia, torsión ovárica, trauma abdominal, embarazo ectópico roto, cefalea, colecistitis, apendicitis, psicossomático. (7)

En México, en el Instituto Nacional de Pediatría (I:N:P) en 1993 fue realizado un estudio en 100 niños, prospectivo, reportando como el diagnóstico más frecuente la apendicitis aguda en 38%. (8)

En otro estudio realizado en 1996 en este hospital se reporta el 15.2% de los ingresos a urgencias pediatría, en 54.25% fueron de patología médica y el 47.25% patología quirúrgica y el diagnóstico principal fue la apendicitis aguda, siendo la sexta causa, en segundo lugar fue el dolor abdominal inespecífico y el tercero la infección de vías urinarias. (9)

En los últimos años existe una creciente búsqueda de nuevos métodos de diagnóstico como son el ultrasonido, la tomografía computada y pruebas paraclínicas, las cuales permitan un diagnóstico precoz de patologías tan frecuentes como la apendicitis que permitan un tratamiento oportuno y eficaz. (10,11)

## Material y métodos:

En el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), se realizó un estudio clínico, prospectivo, observacional, transversal, revisando los expedientes clínicos de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias pediatría en el periodo de Abril-Septiembre de 2003, seleccionando a todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de dolor abdominal como problema principal y sin tener identificado el diagnóstico final, con edades entre los 2 y los 17 años.

Se revisaron expedientes de todos los pacientes que ingresen con el diagnóstico de dolor abdominal como problema principal con edades entre 2 y 17 años y se recolecto del expediente los datos de edad, sexo, dolor abdominal, tipo tiempo de evolución, localización, irradiaciones, presencia de fiebre, vomito, diarrea, síntomas urinarios, leucorrea, constipación , ingesta de medicamentos y antecedentes quirúrgicos abdominales.

Se clasificaron a los pacientes por grupo de edad en preescolares, escolares y adolescentes.

El tiempo de evolución del dolor se dividió según las horas en 12, 24, 36, 48 y mas de 72 horas.

Se considero como fiebre a la elevación anormal de la temperatura corporal cuando la temperatura axilar fue mayor de 38.3°C, como vomito la expulsión violenta por la boca de material por la boca de material gástrico, diarrea a las evacuaciones disminuidas en consistencia y en numero mayor a 3 en 24 horas; constipación a la ausencia de defecación por mas de 48 horas y síntomas urinarios se definió como la sensación de dolor o ardor al orinar, aumento en la frecuencia de las micciones y disminución del chorro de orina.

Los medicamentos administrados previamente a su ingreso se clasificaron por grupos de acuerdo a su acción principal, siendo analgésicos y antipiréticos, antiespasmódicos, antiácidos y antibióticos.

La biometría hemática se considero anormal cuando presento datos de leucocitosis, neutrofilia y bandemia, con cualquiera de estos parámetros encontrados por arriba de los valores considerados como normales para la edad.

El examen general de orina se considero anormal cuando presento algunas de las siguientes alteraciones: >10 leucocitos por campo, >10 eritrocitos por campo, nitritos positivos, cristaluria, cilindruria, aspecto turbio.

En la radiografía simple de abdomen la presencia de escoliosis antálgica, borramiento del psoas derecho, borramiento de la grasa perivescical, niveles hidroaéreos en fosa iliaca derecha, asa centinela, ausencia de aire en fosa iliaca derecha, fecalito, fueron considerados como anormales.

Se aplicaron a todas las variables pruebas de tendencia central y Chi cuadrada (X<sup>2</sup>).

## Resultados:

Se ingresaron a observación del servicio de urgencias a 1348 pacientes de los cuales 143 (10.60%) tuvieron el diagnóstico inicial de dolor abdominal.

Los diagnósticos finales a su egreso del servicio de urgencias fueron 75 (52.44%) con patología médica y 68 (47.55%) con patología quirúrgica. Todos los diagnósticos encontrados se enlistan en la tabla 1, y por grupos de edad en la tablas 1 Y 2.

El tipo de dolor abdominal referido fue tipo cólico en 139 (97.20%) y otros 4 (2.79%). El tiempo de evolución del dolor abdominal fue de  $\bar{x}$  17.48 horas en las patologías quirúrgicas y  $\bar{x}$  19.87 horas para las patologías médicas.

La fiebre se observó en 42 pacientes con patología médica y 35 patología quirúrgica, 52 pacientes con patología médica presentaron vómito y 34 con patología quirúrgica, 9 pacientes con patología médica presentaron diarrea y 3 con patología quirúrgica la presentaron, los síntomas urinarios se observaron en 10 pacientes con patología médica y 3 con patología quirúrgica, la leucorrea solo se presentó en 2 pacientes con patología médica, 22 pacientes con patología médica presentaron constipación y 7 con patología quirúrgica. (tabla 3)

La ingesta de medicamentos se encontró en 40 pacientes con patología médica y en 36 con patología quirúrgica de los cuales 45 tomaron un solo medicamento y 31 pacientes tomaron 2 o más medicamentos. (tabla 4)

En 6 pacientes de patología médica existía un antecedente de intervención quirúrgica abdominal. (tabla 4)

En el grupo de patología quirúrgica 44 pacientes tuvieron una biometría hemática anormal y 22 pacientes con patología médica lo presentaron. (tabla 5)

El examen general de orina fue anormal en 9 pacientes con patología médica y en 8 con patología quirúrgica. (tabla 5)

En 18 pacientes con patología medica la radiografía de abdomen fue anormal mientras que en 38 pacientes con patología quirúrgica fue observada como anormal. Ver tabla 5

Los hallazgos a la exploración física se reportan en la tabla 6

## Discusión:

El dolor abdominal agudo es un problema frecuente en los servicios de Urgencias Pediátricas, por tanto el abordaje adecuado para llegar al diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado es muy importante.

La patología médica representa la causa más frecuente de dolor abdominal ya que fue observada en 75 pacientes (52.4%) que es similar a lo encontrado en estudios previos. (6)

El diagnóstico más frecuente en el presente estudio fue apendicitis en 67 pacientes (46.8%) encontrándose por arriba de lo reportado en otros estudios. (8) El predominio de este diagnóstico es mayor en escolares y adolescentes.

El segundo diagnóstico más frecuente es la colitis inespecífica y la primera causa no quirúrgica, la cual es mayor a lo referido en la literatura y esto se debe a que esta patología se ha sobrediagnosticado, ya que este diagnóstico debe ser por exclusión de otras patologías orgánicas y generalmente en un servicio de urgencias no se lleva a cabo. (6)

El diagnóstico de dolor abdominal inespecífico en tercer lugar que en países como Estados Unidos es la segunda causa de dolor abdominal. También la enfermedad ácido péptica fue la tercera causa de dolor abdominal y mayormente observada en adolescentes debido a los hábitos nutricionales del grupo de edad. Así mismo en general la patología médica se detectó en la mayoría de los casos en escolares y adolescentes. (6)

La Infección de vías urinarias fue la cuarta causa de dolor abdominal, integrándose el diagnóstico con la historia clínica, exploración física y examen general de orina ya que el urocultivo se reporta hasta las 72 horas, por lo que al sospechar se inicia manejo empírico y se da seguimiento externo. La frecuencia es similar a otros estudios. El mismo número de casos se diagnosticó constipación intestinal y se observó en preescolares y escolares. (7)

Como quinto diagnóstico se reporta las infecciones de vías aéreas superiores y afectando más a la edad preescolar lo cual ha sido reportado por otras series. (10)

Llama la atención que el diagnóstico de gastroenteritis fue mínimo lo cual no corresponde al reportado por el Instituto Nacional de Pediatría que lo ubica en la cuarta causa de dolor abdominal en el servicio de urgencias. (2,8)

El resto de diagnósticos encontrados en este estudio son menos frecuentes y han sido reportados por estudios previos. (2,3,6)

De acuerdo a grupos de edad en los preescolares predomina el dolor abdominal inespecífico y las infecciones de vías aéreas superiores y la apendicitis no es común. En la edad escolar la apendicitis es más frecuente y de patología médica el diagnóstico de colitis predominó y otras causas fueron constipación intestinal e infección de vías urinarias. En los adolescentes se observó el mayor número de casos de apendicitis y la colitis representó la segunda causa seguida de la enfermedad ácido péptica que es diagnóstico frecuente para el grupo de edad.

La patología quirúrgica es más común en los grupos de escolares y adolescentes y excepto en un caso de hernia inguinal, la apendicitis fue el único diagnóstico quirúrgico. (5)

Se encontró como dato significativo para patología quirúrgica cuando el paciente tiene los signos clínicos de rebote y dolor abdominal en fosa iliaca derecha y la biometría hemática y la radiografía de abdomen anormales. Otros estudios mencionan la fiebre, vómito, resistencia muscular y rebote se relacionan a problema quirúrgico.

La constipación intestinal fue estadísticamente significativa para patología médica y ha sido reportada por otros estudios.

Cabe resaltar que en 76 casos (53.1%) de todos los pacientes tuvieron el antecedente de ingesta de medicamentos como analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos, antiácidos o antibióticos lo cual es importante interrogar porque representa un obstáculo para llegar al diagnóstico por modificar el cuadro clínico del dolor abdominal y adquiere mayor importancia ante patología quirúrgica.

**Tabla 1**

---

**DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL**

---

| <b>PATOLOGÍA MEDICA</b>      |    | <b>PATOLOGÍA QUIRÚRGICA</b> |    |
|------------------------------|----|-----------------------------|----|
| (n = 75)<br>(52.44%)         |    | (n = 68)<br>(47.55%)        |    |
| Colitis                      | 33 | Apendicitis                 | 67 |
| Dolor abdominal Inespecífico | 8  | Hernia inguinal             | 1  |
| Enfermedad ácido péptica     | 8  |                             |    |
| Constipación                 | 7  |                             |    |
| Infección de vías urinarias  | 6  |                             |    |
| Faringoamigdalitis           | 5  |                             |    |
| Gastroenteritis              | 2  |                             |    |
| Trasgresión alimentaria      | 2  |                             |    |
| Hepatitis                    | 2  |                             |    |
| Crisis de ansiedad           | 1  |                             |    |
| Litiasis renal               | 1  |                             |    |

---



**Tabla 2**

---

**DIAGNOSTICOS POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES CON  
DOLOR ABDOMINAL**

---

| DIAGNOSTICO                  | 2-5 años | 6-12 años | 13-17 años |
|------------------------------|----------|-----------|------------|
| Apendicitis                  | 3        | 31        | 33         |
| Colitis                      | 3        | 14        | 16         |
| Dolor abdominal inespecifico | 5        | 1         | 2          |
| Enfermedad ácido péptica     | 1        | 1         | 6          |
| Constipación                 | 3        | 3         | 1          |
| Infección de vías urinarias  | 1        | 2         | 3          |
| Faringoamigdalitis           | 4        | 1         | 0          |
| Gastroenteritis              | 0        | 0         | 2          |
| Trasgresión alimentaria      | 1        | 0         | 1          |
| Hepatitis                    | 0        | 1         | 1          |
| Litiasis                     | 0        | 1         | 0          |

---

**Tabla 3**

---

**EDAD, SEXO, SIGNOS Y SINTOMAS EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL**

---

|                    | MEDICO | QUIRÚRGICO | TOTAL |
|--------------------|--------|------------|-------|
| -Edad              |        |            |       |
| 2 – 5 AÑOS         | 18     | 3          | 21    |
| 6 – 12 AÑOS        | 24     | 32         | 56    |
| 13 – 17 AÑOS       | 33     | 33         | 66    |
| -Sexo              |        |            |       |
| Masculino          | 25     | 38         | 63    |
| Femenino           | 47     | 33         | 80    |
| -Signos y Síntomas |        |            |       |
| Fiebre             | 24     | 46         | 70    |
| Vomito             | 32     | 54         | 86    |
| Diarrea            | 10     | 2          | 12    |
| Síntomas urinarios | 10     | 3          | 13    |
| Constipación       | 22     | 7          | 29    |

**Tabla 4**

---

**INGESTA DE MEDICAMENTOS Y ANTECEDENTES  
QUIRÚRGICOS EN EL DOLOR ABDOMINAL**

---

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Ingesta de medicamentos  | 76 |
| Antecedentes quirúrgicos | 6  |

---

**Tabla 5**

---

**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE EN EL DOLOR  
ABDOMINAL**

---

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Biometría hemática anormal | 66 |
| Examen general de orina    | 17 |
| Radiografías de abdomen    | 54 |

---

**Tabla 6**

---

**EXPLORACIÓN FÍSICA DE ABDOMEN EN EL DOLOR ABDOMINAL**

---

| SIGNOS                       | MEDICA | QUIRÚRGICA |
|------------------------------|--------|------------|
| Hiperestesia                 | 6      | 14         |
| Hiperbaralgesia              | 2      | 16         |
| Resistencia muscular         | 9      | 13         |
| Rebote                       | 4      | 55         |
| Mc.burney                    | 0      | 67         |
| Psoas                        | 1      | 30         |
| Obturador                    | 1      | 32         |
| Rovsing                      | 0      | 18         |
| Giordano                     | 6      | 3          |
| Dolor en marco cólico        | 28     | 12         |
| Dolor difuso                 | 37     | 19         |
| Dolor en fosa iliaca derecha | 15     | 36         |

## Conclusiones:

Por lo anterior el dolor abdominal agudo debe abordarse en forma integral con un buen interrogatorio incluyendo antecedentes de ingesta de medicamentos que modifican el cuadro clínico y una exploración física completa para llegar a un diagnóstico final certero y descartar siempre patología quirúrgica.

Si el interrogatorio y la exploración física no orientan en forma adecuada a un diagnóstico es de utilidad la toma de estudios como la biometría hemática con diferencial, las radiografías de abdomen y el examen general de orina, si existe la sospecha de otra patología específica donde este indicado el uso de la ultrasonografía como el patología ovárica en el sexo femenino y cuando se considere apendicitis complicada.

La patología médica es la causa más importante de dolor abdominal sin embargo es importante que si no se llega al diagnóstico, lo más adecuado es mantener al paciente en observación hasta confirmar que no se trate de una patología quirúrgica debido a la gran incidencia de ésta.

## Bibliografía:

- 1.- Izak E. Approach to abdominal pain. En: Reidsforff MD, Mont R R, Wiegenstein JG. Pediatric Emergency Care. Philadelphia: WB Saunders, 1997; 312-314.
- 2.- Zhou H, Chen Y C, Zhang J Z. Abdominal pain among children re evaluation of a diagnostic algorithm. Departament of Pediatric Surgery , Beijing, China. En: Jornal of gastroenterology 8(5): 947-51, 2002.
- 3.- Weydert J A, Ball T M, Davis D F. Systematic review of treatment for recurrent abdominal pain. Pediatrics 111 (1): 1-11, 2003.
- 4.- Roth C, Tello R, Sutherlan K. Prediction rule for etiology or vague abdominal pain in the emergency room utility for imagines triage. En: Investigative Radiology 37(10): 522, 2002.
- 5.- Madona M B, Boswell W N, Arensman R M: Acute abdomen. Pediatric surgery 1999, 6: 105.
- 6.- Reynolds S L, Jaffe D M. Diagnosing abdominal pain in a pediatric emergency departament. Pediatric Emergency Care 1992; 8: 126-128.
7. Isart-Fagundo M E, Ortiz-Aldana F I, Acosta-Bastidas M A. Dolor abdominal agudo en la consulta de urgencias del Instituto Nacional de Pediatría. Tesis, Universidad Autónoma de México, México 1993.
- 8.- Cruz-Calderon A. Evaluación del paciente con dolor abdominal en el servicio de urgencias pediatría del Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE. Tesis, Universidad Autónoma de México, México 1996.
9. Rusnak R A, Borre J M, Fastow J S. Diagnossis of acute appendicitis. Am J Emerg Med 2000, 12: 397-402.
- 10.- Wyllie R, Kay M. Causes y diagnosis of recurrent abdominal pain. Clin Pediatr 32:369-371, 2001.