

EPIGASTRALGIA

Autores:

Antonio R. Boscá Crespo: Adjunto de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Málaga.

Carlota García Arias: Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga.

Dirección:

C/ Antonio Trueba, 14 “Villa Cristina” bloque 5- 2º- 1

29017- Málaga Teléfono: 952-202153

e-mail: abosca@wanadoo.es

INDICE:

- I. INDICE
- II. FISIOPATOLOGÍA
- III. ETIOLOGÍA Y CLÍNICA:
 - A. Causas abdominales:
 - 1. Esófago
 - 2. Estómago
 - 3. Intestino
 - 4. Páncreas
 - 5. Hepatobiliar
 - B. Causas extraabdominales:
 - 1. Cardíacas
 - 2. Ostemusculares
 - 3. Neuríticas
- IV. DIAGNÓSTICO:
 - A. Anamnesis
 - B. Exploración física
 - C. Exploraciones complementarias
- V. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS
- VI. BIBLIOGRAFÍA

I. DEFINICIÓN:

El dolor abdominal es el síntoma principal, y más frecuente, de la patología digestiva. En su forma aguda es, junto a las hemorragias, la urgencia digestiva más común.

Se define la epigastralgia como dolor en epigastrio, siendo ésta la región situada en la parte anterior, superior y central del abdomen.

II. FISIOPATOLOGÍA:

La epigastralgia es la expresión de la estimulación de estructuras inervadas desde las metámeras espinales dorsales D6 a D11, o sea que comprende a esófago, estómago, duodeno, páncreas, hígado, vía biliar y peritoneo parietal adyacente.

Así mismo, es en el epigastrio donde se localiza el dolor de las estructuras derivadas del intestino anterior embrionario o de estructuras torácicas inervadas por ramas de D6 a D11: mediastino, pericardio, miocardio, etc, de ahí que patología en estas estructuras (mediastinitis, pericarditis, infarto agudo de miocardio, etc) pueden reflejar el dolor a nivel del epigastrio.

III. ETIOLOGÍA Y CLÍNICA:

III.1 Causas abdominales:

A. Esófago: Las causas más frecuentes de epigastralgia de origen esofágico suelen ser la esofagitis y la hernia hiatal.

La esofagitis, principalmente por reflujo, suele dar un dolor quemante o urente, acompañado de pirosis; en ocasiones, puede ser centrotorácico obligando al diagnóstico diferencial con el síndrome coronario agudo, para ello nos basaremos en las características del dolor: no aparece con el ejercicio sino postprandial y en relación a ciertas posturas (decúbito, agachado); más frecuente por la noche; es quemante, no opresivo y calma con alcalinos y no con el reposo.

La hernia de hiato por deslizamiento dá escasa sintomatología: sensación de pellizco o distensión, tras comer, en epigastrio. La incarceration de la hernia de hiato paraesofágica si produce epigastralgia aguda, irradiada a región retroesternal y acompañada de disfagia brusca, junto a síntomas generales de colapso vascular periférico.

El espasmo esofágico difuso produce, más comúnmente, dolor retroesternal espontáneo o tras deglutir, junto a disfagia. En la acalasia el dolor es, así mismo, más retroesternal y con sensación de distensión.

B. Estómago: La patología gástrica más frecuente es la enfermedad ulcerosa, sobre todo la úlcera péptica; el dolor causado es de intensidad media; de característica sorda, opresiva o calambres; alivia con la ingesta, reapareciendo en 2-3 horas; de predominio nocturno y suele tener una presentación periódica, en brotes y estacional, sobre todo primavera y otoño. Cuando estas características varían, debe sospecharse una complicación tipo malignización, estenosis, perforación, etc.

La gastritis aguda, según su etiología (infecciosa, tóxica, alimentaria) origina un dolor de moderado a severo.

La dispepsia produce epigastralgia junto a plenitud post-prandial, nauseas, eructos, flatulencias, etc

La estenosis pilórica origina epigastralgia referida como pesadez, opresiva, sorda, de intensidad moderada y acompañada de nauseas, vómitos de contenido alimentario retenido que alivian el dolor. La ingesta aumenta el dolor y provoca más vómitos.

El dolor epigástrico del cáncer gástrico no tiene características únicas pudiendo mejorar o empeorar con la ingesta, puede simular un dolor ulceroso, etc, la coexistencia de anorexia, halitosis, masa gástrica palpable, etc, van a orientar hacia el diagnóstico.

C. Intestino: La apendicitis aguda, en su inicio, puede cursar con epigastralgia; es común el signo de Bayley: se le pregunta al paciente el lugar de comienzo del dolor y lo refiere a epigastrio y al preguntar por el dolor actual señala la fosa iliaca derecha.

El comienzo de la enfermedad de Crohn suele ser insidioso, a veces comienza con epigastralgia postprandial, hasta que llega a ser dolor abdominal difuso.

Cuando la epigastralgia se irradia hacia hemiabdomen izquierdo, debemos sospechar una patología del colon: orgánica (divertículos, volvulación, neoplasias, etc.) o funcional (colon irritable). Este dolor suele ser cólico, mejorando al defecar o ventosear y son raros los vómitos.

D. Páncreas: La pancreatitis aguda suele comenzar con dolor epigástrico transfixivo, asociado a vómitos, distensión abdominal e íleo; el dolor no se alivia con alcalinos, ni con la ingesta ni con los vómitos; puede haber antecedente de alcohol o trasgresión dietética.

La pancreatitis crónica y el cáncer pancreático producen dolor sordo y menos sintomatología que la pancreatitis aguda.

E. Hepatobiliar: La litiasis biliar ocupa el segundo lugar en frecuencia, tras la úlcera péptica, de dolor en epigastrio; este dolor puede ser agudo, rápidamente progresivo, con náuseas y vómitos que no calman el dolor. Si se asocia fiebre, ictericia y signo de Murphy positivo se sospechara de colecistitis aguda.

La hepatomegalia de rápido desarrollo, origina una distensión de la cápsula de Glisson que puede producir dolor sordo y continuo en el hemiabdomen superior; si el lóbulo hepático izquierdo es el más dañado, el dolor puede manifestarse en el epigastrio.

III.2 Causas extraabdominales:

A. Cardíacas: El infarto agudo de miocardio, sobre todo el de localización inferior, puede cursar con epigastralgia; esto se acentúa cuando el paciente es

diabético. El cuadro se acompaña de náuseas y vómitos que pueden inducir a pensar en un origen abdominal del dolor. El dolor es opresivo, calma con el reposo y con nitritos orales.

La pericarditis puede, a veces, comenzar con epigastralgia.

B. Osteomuscular: Las osteocondritis, inflamación de los cartílagos de unión costoesternales, pueden originar epigastralgia si afecta a las últimas costillas; el dolor aumenta con los movimientos respiratorios.

Los síndromes de abstinencia pueden cursar con dolores en epigastrio, de origen osteomuscular.

C. Neurítica: Tanto las neuralgias intercostales como el Herpes zoster pueden producir epigastralgia, ocasionando un dolor de características quemantes. La irradiación del dolor por el trayecto nervioso o la presencia de lesiones dérmicas orientan al diagnóstico.

IV. DIAGNÓSTICO:

A. Anamnesis:

Para el diagnóstico de una epigastralgia habrá que realizar una buena anamnesis en la que debe constar edad, sexo, procedencia del paciente o viajes recientes, hábitos tóxicos, intervenciones quirúrgicas y medicación que toma (gastrolesividad).

En cuanto al dolor las preguntas serán: **localización**: donde comenzó y si ha variado su localización; **cómo señala el dolor**: así el dolor ulceroso suele señalarse a punta de dedo; **existencia de factores agravantes o desencadenantes**: esfuerzo, vómitos, ingesta, alcohol, etc; **existencia de factores que alivian el dolor**: la ingesta en el caso de úlcera péptica, los vómitos si existe estenosis pilórica, espasmolíticos en el caso de colon irritable, etc; **modo de inicio del dolor**: súbito como en una perforación de víscera hueca o progresivo como en el cáncer; **características y tipo de dolor**: continuo o cólico, si ha variado sus características con respecto a dolores epigástricos previos, etc.

La existencia de síntomas acompañantes también pueden orientar hacia el diagnóstico así tenemos que **vómitos** cuantiosos se objetivan en gastritis, pancreatitis, colecistopatías y, los más intensos, en estenosis pilórica; **estreñimiento**, con heces caprinas, flatulencias y componente emocional añadido sugiere colonopatía espástica; **diarrea** en un cuadro de epigastralgia tipo cólico, que alivia el dolor, y fiebre habla de enterocolitis aguda; **ausencia de emisión de heces y ventosidades** caracteriza la obstrucción intestinal; etc.

B. Exploración física:

La exploración física ante una epigastralgia no debe limitarse solo al abdomen sino que ha de ser completa, haciendo mayor hincapié en aparato respiratorio, cardiovascular y sistema nervioso.

En primer lugar habrá que tomar las **constantes vitales**:

- Frecuencia cardiaca: un pulso arrítmico puede indicar una causa cardiovascular de la epigastralgia;
- Tensión arterial: la existencia de taquicardia e hipotensión habla de hipovolemia o inicio de shock séptico;
- Temperatura: una fiebre alta con escalofríos previos puede orientar hacia colangitis.
- Frecuencia respiratoria: es importante observar si los movimientos respiratorios se acompañan de inmovilidad abdominal, que hablaría de la existencia de irritación peritoneal.

La **exploración abdominal** sigue los patrones de cualquier exploración:

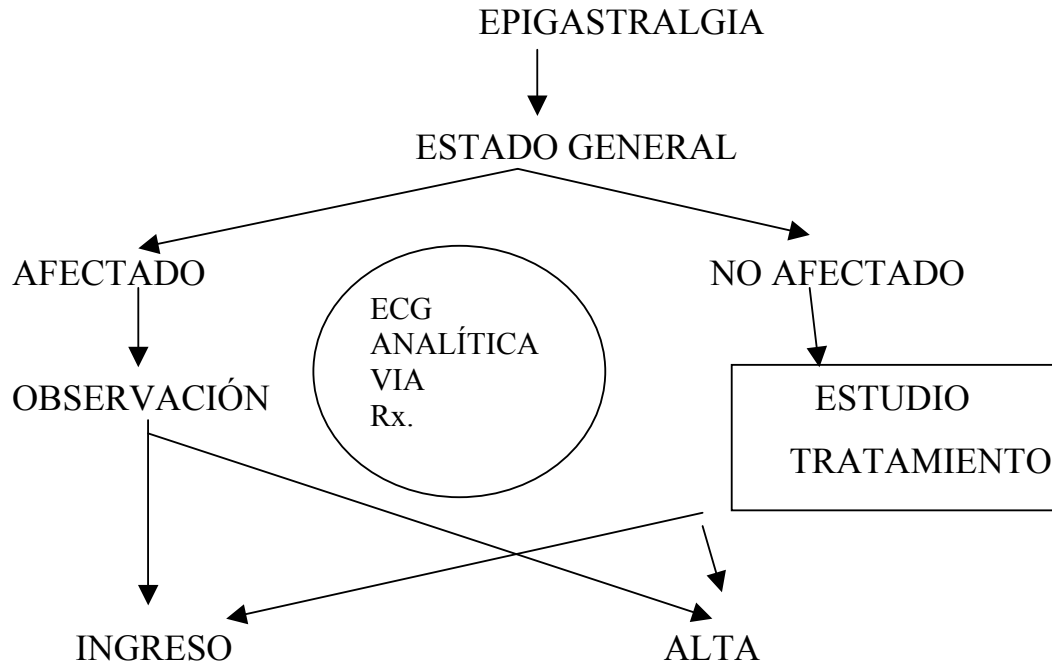
- Inspección: paciente desnudo desde tórax hasta región inguinal y se observa la coloración (palidez, ictericia, etc); posición que adopta (en gatillo, inquieto, etc); movimientos respiratorios toracoabdominales; forma del abdomen, pues un aumento del volumen abdominal con circulación colateral se corresponde, habitualmente, con ascitis; presencia de peristaltismo visible, sospecha de estenosis pilórica; presencia de cicatrices abdominales; etc.

- Palpación: comienza en el lugar más alejado del dolor, en primer lugar superficial y con posterioridad profunda; se pueden explorar: tono abdominal (defendido, contraído, etc); existencia de masas y/o megalias; pulso aórtico, una masa pulsátil abdominal puede indicar aneurisma de aorta abdominal y ser la causa de la epigastralgia; etc. Debe incluir tacto rectal.
- Percusión: delimita las megalias; confirma la ascitis, etc.
- Auscultación: se oirán los ruidos abdominales (normales, aumentados o disminuidos); soplos vasculares; etc.

C. Exámenes complementarios:

- Laboratorio: se solicitarán Leucocitos: recuento y fórmula leucocitaria, Hemograma, Bioquímica básica que incluirá amilase, transaminasas, bilirrubina (si ictericia) e ionograma; si hay fiebre se solicitan Hemocultivos y en caso de viaje reciente a países tropicales se debe solicitar un examen de gota gruesa de la sangre para descartar Paludismo.
- Estudios radiológicos: Radiografía de tórax, descarta proceso torácico y puede mostrar neumoperitoneo, derrame pleural, etc; Radiografía simple de abdomen puede verse dilatación gástrica aguda, cálculo en región biliar, calcificaciones pancreáticas, “asa centinela”, etc; Tránsito esófago-gastro-duodenal de utilidad para enfermedad ulcerosa, estenosis pilórica, tumores, etc; Ecografía abdominal, sobre toda para patología pancreática o hepatobiliar y TAC de abdomen que tiene su principal indicación para estudio del páncreas y espacio retroperitoneal que suelen verse mal con la ecografía.
- Electrocardiograma: ante toda epigastralgia aguda, sin antecedentes de interés abdominales, y en paciente diabético, se debe realizar en estudio electrocardiográfico.
- Endoscopia digestiva: permite visualizar esófago, estómago y duodeno pudiendo diagnosticar, y tratar si procede, las esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, las úlceras gastroduodenales y los carcinomas gástricos.

ALGORITMO DE URGENCIAS ANTE UNA EPIGASTRALGIA



BIBLIOGRAFÍA:

1. Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH, Klein S. Sleisenger & Fordtran Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 6ª ed. Buenos Aires. Editorial médica panamericana SA, 2000.
2. Moya Mir MS y Rojo Blanco V: Dolor abdominal. Pág: 305-309. Normas de actuación en Urgencias: Moya Mir. 2ª ed. 2000 Ed.: IM&C, S.A.
3. Hernández Surmann E, Díaz Pedroche C, Pérez Sánchez JR. Dolor abdominal. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica-12 DE OCTUBRE 4ª ed.1998; 8:81-90.

CUESTIONARIO

1. El síntoma más frecuente de la patología digestiva es:
 - a) Dolor abdominal
 - b) Hemorragia
 - c) Vómito
 - d) Estreñimiento

2. ¿De la estimulación de estructuras inervadas desde qué metámeras espinales producen epigastralgia?:
 - a) C7-D4
 - b) D1-D8
 - c) D6-D11
 - d) D12-L4

3. ¿De las siguientes, cuál es la causa esofágica más frecuente de epigastralgia?:
 - a) Cuerpo extraño
 - b) Esofagitis
 - c) Acalasia
 - d) Espasmo esofágico

4. ¿Y la causa gástrica que más comúnmente dá epigastralgia?:
 - a) Gastritis aguda
 - b) Estenosis pilórica
 - c) Dispepsia
 - d) Enfermedad ulcerosa

5. El signo de Bayley suele verse en:
 - a) Apendicitis aguda
 - b) Enfermedad de Crohn
 - c) Malabsorción intestinal
 - d) Diverticulitis

6. Ante una epigastralgia aguda, transfixiva, en un paciente alcohólico, pensaremos en:
- a) Crisis renoureteral
 - b) Pancreatitis aguda
 - c) Pancreatitis crónica
 - d) Nada de lo anterior
7. Un paciente diabético, sin antecedentes abdominales de interés, no bebe, consulta por epigastralgia aguda de 1 hora de evolución acompañada de nauseas y sudoración profusa; ¿qué exploración complementaria solicitaría en primer lugar?:
- a) Analítica de orina
 - b) Ecografía abdominal
 - c) ECG
 - d) Rx simple de abdomen
8. Dentro de la anamnesis de una epigastralgia, ¿qué datos debemos recoger?:
- a) Medicación que toma
 - b) Edad
 - c) Intervenciones quirúrgicas
 - d) Todos ellos
9. ¿Qué causa de epigastralgia origina dolor que se señala a punta de dedo?:
- a) Colon irritable
 - b) Apendicitis aguda
 - c) Enfermedad de Crohn
 - d) Úlcera péptica
10. La epigastralgia que causa la estenosis pilórica se alivia con:
- a) Alcalinos
 - b) Reposo
 - c) Vómitos
 - d) Ácido acetil salicílico

11. La exploración física de una epigastralgia debe ser:

- a) Limitada a epigastrio
- b) Completa
- c) Explorar epigastrio y auscultar los campos pulmonares
- d) Nada de lo anterior

12. La TAC de abdomen tiene su principal utilidad en la epigastralgia:

- a) Para estudiar el páncreas
- b) Para valorar el espacio retroperitoneal
- c) a) y b) son ciertas
- d) Ninguna es cierta

RESPUESTAS

1. (a)
2. (c)
3. (b)
4. (d)
5. (a)
6. (b)
7. (c)
8. (d)
9. (d)
10. (c)
11. (b)
12. (c)