

Uso inadecuado de AINES en dolor abdominal.

Dra. Florencia Dulcich

El uso de AINES en el tratamiento empírico del dolor abdominal es una práctica muy difundida en salas de emergencia y en la práctica médica en general. Como primera medida sería necesario ajustar el diagnóstico presuntivo para luego poder realizar un correcto tratamiento.

Bajo la campana de dolor abdominal se incluyen diversas patologías. Algunas de tratamiento médico y otras quirúrgico.

Normalmente, no nos percatamos de ninguna de las acciones de los órganos interiores del abdomen, ni de las molestias producidas por actividades tales como la ingestión de alimentos, el tránsito de éstos a través de los intestinos y los movimientos intestinales. Los nervios controlan constantemente las actividades del cuerpo; de manera que, cuando estos mensajes se transmiten al cerebro y llegan a la consciencia de la persona como sensaciones desagradables, es posible sentir dolor o malestar.

El dolor puede surgir desde cualquier estructura interior del abdomen o de la pared abdominal. Además, los mensajes de dolor que se originan en el pecho, espalda o pelvis pueden a veces percibirse como procedentes del abdomen. Por ejemplo, los pacientes con ataques cardíacos o neumonía, en ocasiones, se quejan de dolor en la parte superior del abdomen en lugar de dolor en el pecho. Existen muchas causas para el dolor, y la tabla a continuación muestra algunas de las más comunes:

Causas no abdominales	Dolor abdominal o de la pared torácica	Condiciones inflamatorias del abdomen superior	Cánceres del abdomen superior	Problemas vasculares	Condiciones inflamatorias en la porción media e inferior del abdomen	Obstrucción intestinal	Problemas del tracto urinario:	Problemas pélvicos en las mujeres:
Neumonía (infección de los pulmones)	Herpes (infección por herpes zóster)	Enfermedades ulcerosas (úlcera duodenal, úlcera gástrica)	Hepatocarcinoma (cáncer de hígado)	Insuficiencia vascular mesentérica (arterias o venas bloqueadas)	Enteritis (infecciones del intestino delgado, enfermedad de Crohn)	Adherencias (cicatrices que se forman en el abdomen luego de una operación o proceso inflamatorio)	Tumores de los riñones o de la vejiga	Quistes o cáncer ováricos
Infarto de miocardio (ataque cardíaco)	Costocondritis (inflamación de los cartílagos en las costillas)	Esofagitis (enfermedad de reflujo gastroesofágico)	Colangiocarcinoma (cáncer del conducto biliar o de la vesícula biliar)			Colitis (infección o inflamación del colon)		Tumor
	Lesión (traumatismo, distensión muscular)	Gastritis (irritación del revestimiento o estomacal)	Cáncer pancreático		Inflamación	Cálculos renales		Embarazo ectópico (embarazo fuera del útero)
Pleuresía (irritación del revestimiento de los pulmones)	Irritación de los nervios (neuropatía)	Pancreatitis (inflamación del páncreas)	Cáncer del estómago	Diverticulitis (inflamación de las bolsas que se forman en el colon)			Cáncer de colon	Fibromas en el útero (matriz)
	Hernias (protrusión de los órganos a través de la pared abdominal)	Colecistitis (inflamación de la vesícula biliar)	Linfoma (cáncer de las células del sistema inmunológico)		Aneurisma aórtico abdominal (ensanchamiento de la arteria principal en el abdomen)	Tumores malignos del útero o del cuello del útero (cérvix)		
Embolia pulmonar (coágulos en los pulmones)	Cicatrices	Coleocolitiasis (paso de cálculos biliares a través del conducto biliar)	Colitis (infección o inflamación del colon)	Apendicitis	Cáncer de colon	Infecciones del tracto urinario (riñones, vejiga)	Endometriosis	
		Adherencias (cicatrices)						

Nunca es normal sentir dolor, pero no siempre se trata de una emergencia médica. Debe conversar con su médico respecto a un dolor leve o crónico, no relacionado con señales de peligro (“banderas rojas”), cuando sea conveniente para usted. No obstante, no espere para hablar con su médico sobre un dolor fuerte o que levante banderas rojas, pues talvez él o ella le recomiende que vaya a verlo(a) o que acuda a la sala de emergencia, dependiendo de la queja específica que usted presente. Entre las banderas rojas que deben propiciar una conversación con su médico están: fiebre, diarrea, estreñimiento persistente, sangre en las heces, náuseas o vómitos persistente, vómitos con sangre, abdomen tenso y muy doloroso, ictericia (piel de color amarillo) o hinchazón del abdomen.

El historial clínico del paciente es la información más útil con que cuenta el médico para determinar la causa del dolor abdominal. Las características del dolor (si es agudo o sordo, tipo cólico, para retorcerse, ardiente, desgarrador, penetrante), así como la ubicación y relación con los alimentos o movimientos intestinales son pistas importantes. Otros factores que son igualmente útiles incluyen el patrón del dolor, duración, irradiación (propagación) hacia otras zonas del cuerpo y su relación con otros síntomas como ictericia (piel amarilla), náuseas, vómitos, sangrado, diarrea y estreñimiento.

Los hallazgos durante el examen físico también son de utilidad. Entre los hallazgos principales están: zonas doloridas, la presencia o ausencia de ruidos intestinales o distensión abdominal, masas, agrandamiento de órganos y evidencia de sangre en las heces. De acuerdo al historial clínico y al examen físico, el médico podrá (o no) tener una idea clara sobre la causa del dolor. En ciertas ocasiones, se establece un diagnóstico y se inicia el tratamiento. En otras circunstancias, se aplican pruebas de diagnóstico para confirmar o excluir un diagnóstico específico; para este efecto, pueden solicitarse varios exámenes, entre los cuales los más frecuentes son: análisis de sangre, muestras de orina y heces, radiografías del abdomen y endoscopía.

Los análisis de sangre incluyen recuentos sanguíneos completos, pruebas químicas (exámenes del hígado y riñones, niveles de minerales en la sangre y de las enzimas que se liberan ante una lesión del hígado o páncreas), y exámenes de serología que miden los niveles de anticuerpos a varias infecciones. Los exámenes de orina incluyen análisis de la misma, y cultivos de orina para infecciones bacterianas. Se pueden analizar las heces para determinar la presencia de sangre o pus (marcadores de inflamación, infección o tumores), grasa (evidencia de alteración digestiva o mala absorción), y de gérmenes.

Se usan muchas clases diferentes de radiografías y exámenes por imágenes para sacar fotografías del interior del cuerpo. Entre éstas se incluyen los estudios con bario (radiografía con toma de bario, seriadas gastrointestinales superiores, examen de tránsito por el intestino delgado), en los cuales el paciente traga sulfato de bario o al colon (enema de bario). El examen por tomografía computarizada consiste en una técnica sofisticada que reconstruye imágenes radiográficas seccionales cruzadas del cuerpo con la ayuda de un computador. La resonancia magnética (MRI) es una técnica similar que utiliza ondas de radio e imanes para obtener imágenes de los órganos internos. El ultrasonido emplea ondas de sonido de alta frecuencia para inspeccionar dentro del cuerpo humano y visualizar la anatomía interna. Las exploraciones de medicina nuclear se valen de isótopos para identificar partes del cuerpo y examinar su función.

La endoscopía implica utilizar instrumentos especiales para visualizar los órganos huecos del tracto digestivo. La endoscopía gastrointestinal superior usa un tubo que permite introducir instrumentos especiales para extirpar pólipos u obtener muestras para biopsia a ser examinadas bajo el microscopio. También es posible introducir tubos similares a través del recto para visualizar el colon (colonoscopia). Se han diseñado endoscopios especiales para visualizar los conductos biliares y el conducto pancreático, CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica retrógrada,) y USE (ultrasonido endoscópico). Una reciente invención consiste en tragar una cápsula que contiene una

cámara diminuta, una estación de radiodifusión y una antena que envía imágenes a un cinturón que se lleva alrededor del abdomen. Se pueden obtener fotografías de todo el intestino delgado debido a que el dispositivo se moviliza a través del intestino.

A pesar de que la tecnología detrás de estos exámenes suena impresionante, en la mayoría de pacientes se puede establecer una causa para el dolor abdominal mediante el historial clínico, examen físico y pocos análisis simples. No todo paciente necesita una serie completa de pruebas de diagnóstico.

Una vez que se establece un diagnóstico, se puede proseguir con el tratamiento para esa enfermedad. En ocasiones, se usan medicamentos para reducir la inflamación o afectar la función de un órgano y así aliviar el dolor. Por ejemplo, las úlceras pueden tratarse con medicamentos que reducen la secreción de ácido estomacal, y conforme la úlcera cicatriza, el dolor disminuye. A veces, es necesario realizar una cirugía para corregir el problema: el dolor causado por la colecistitis (inflamación de la vesícula biliar) generalmente se trata mediante la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía).

Rara vez es preciso tratar el dolor con medicamentos que lo disminuyen, llamados analgésicos. Normalmente, no debe usarse analgésicos simples, como la aspirina y el ibuprofeno, para dolores abdominales no diagnosticados porque podrían ocasionar otros problemas, como úlceras. O empeorar las ya existentes. Además presentan efectos adversos importantes. Su uso por periodos cortos, incluso menos de una semana se ha asociado a aumento del riesgo de eventos cardiovasculares (CV), sobre todo en pacientes con antecedentes previos de infarto de miocardio. Los AINE aumentaron la retención de líquidos y empeoraron la insuficiencia cardíaca, todo lo cual contribuye al riesgo de infarto de miocardio. Además, se ha descubierto que los AINE afectan la presión arterial e interactúan con fármacos antihipertensivos, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Además, los AINE pueden aumentar los niveles séricos de aldosterona, que se asocian con retención de sodio e hipertensión.

Eventos adversos gastrointestinales

Tracto gastrointestinal superior

Se ha estudiado ampliamente el riesgo de daño a la mucosa gástrica o duodenal inducido por los AINES. Lesiones endoscópicas como hemorragia subepitelial, petequias y erosiones pueden ocurrir en 30 a 50% de los pacientes que toman AINES, principalmente en el antro gástrico. Sin embargo, la mayoría de estas lesiones nunca se diagnostican ya que muy a menudo son asintomáticas, no son clínicamente relevantes y tienden a reducirse con el uso crónico. El mayor riesgo del uso de AINES en esta localización es el desarrollo de úlcera péptica sintomática o sus complicaciones (sangrado, perforación, obstrucción).

La complicación más común es el sangrado por úlcera péptica, aunque su incidencia ha disminuido durante las últimas décadas, ligada a un mejor manejo de sus factores de riesgo (infección por H. Pylori y uso de AINE). Sin embargo, su incidencia en pacientes de edad avanzada está aumentando. El uso de AINE aumenta cuatro veces el riesgo de complicaciones de la úlcera péptica en comparación con quienes no los usan. Se estima que uno de cada 20 usuarios de AINE desarrolla úlcera péptica sintomática, cifra que aumenta a uno de cada siete en pacientes de edad avanzada. Es importante destacar que, además del daño a las mucosas, alrededor del 40% al 50% de los usuarios de AINE reportan síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, palidez, distensión e hinchazón). Los síntomas no se correlacionan bien con el daño endoscópico, ya que muchos pacientes con síntomas graves no tienen lesiones endoscópicas y hasta el 50% de los pacientes con complicaciones no tenían síntomas previos (esto es especialmente común en pacientes de edad avanzada). Los principales factores de riesgo de

complicaciones superiores relacionadas con los AINE están bien establecidos. Además, no todos los AINE son igualmente dañinos, con riesgos relativos que oscilan entre 5 para el ketorolaco y el piroxicam. Las formulaciones de liberación lenta y una vida media más larga se relacionan con una mayor toxicidad. La infección por *H. pylori*, además de ser un factor de riesgo independiente bien conocido de daño gastrointestinal superior, también tiene un efecto sinérgico con los AINE sobre el riesgo de complicaciones superiores. Los factores de riesgo más importantes que relacionan el uso de AINES con complicaciones en el tubo digestivo alto son que el paciente tenga historia previa de úlcera péptica, complicada o no, edad mayor a 60-65 años, aumenta 4% por año. El uso de 2 AINES concomitantemente incrementa la toxicidad sin mejorar el efecto terapéutico. El uso concomitante de otros tratamientos como aspirina, anticoagulantes, IRSS aumentan el riesgo de úlcera y sangrado.

Aunque la mayor parte de la evidencia sobre la toxicidad de los AINE en el tracto gastrointestinal se centra en el área gastroduodenal, estos medicamentos pueden dañar todo el tracto gastrointestinal. La disponibilidad actual de técnicas para explorar el intestino delgado (cápsula endoscópica y enteroscopia) ha demostrado la alta frecuencia y relevancia clínica del daño relacionado con los AINE del tracto gastrointestinal inferior. Mediante cápsula endoscópica, se ha detectado lesión del intestino delgado hasta en un 60-70% de los usuarios crónicos de AINE (incluidos hallazgos leves como pliegues enrojecidos y áreas denudadas), con presencia de erosiones o úlceras en aproximadamente un 30-40% de los pacientes. El tratamiento con AINE también se asocia con daño colónico, provocando ulceración principalmente aislada o difusa, con mayor frecuencia en el ciego y el colon ascendente. A pesar de esta alta frecuencia de daño al intestino delgado inducido por los AINE, la mayoría de los pacientes son asintomáticos y no tienen consecuencias clínicamente relevantes. Muchos pacientes bajo tratamiento con AINE que informan síntomas abdominales sin daño endoscópico superior mejoran con la terapia supresora de ácido. Sin embargo, algunos de ellos no responden a este tratamiento. El daño gastrointestinal inferior no diagnosticado puede ser responsable de algunos de estos casos.

De vez en cuando los médicos recetan narcóticos para el dolor abdominal, pero su uso puede conducir al estreñimiento y otros síntomas abdominales. Otro abordaje consiste en usar medicamentos modificantes del dolor que cambian la manera en que las señales de éste se procesan en la médula espinal y cerebro. Entre los medicamentos más comúnmente utilizados para este fin están los antidepresivos, como la amitriptilina o trazodona, que pueden tomarse en dosis muy bajas para reducir los efectos colaterales al mínimo y presentar poco o nada de efecto antidepresivo. En algunos casos, los médicos que manejan el dolor emplean bloqueos nerviosos para identificar y tratar el mecanismo del dolor. Los antiespasmódicos se han utilizado durante décadas para el tratamiento del SII. Esto se basó en el concepto según el cual muchos de los síntomas del SII corresponden al espasmo del músculo liso del colon.

¿Cómo tratar el dolor abdominal?

Una vez que se determina el diagnóstico que genera ese dolor abdominal, se puede proseguir con el tratamiento. En ocasiones, se usan medicamentos de acuerdo al diagnóstico cuya función puede variar desde reducir la inflamación o afectar la función de un órgano y así aliviar el dolor. Por ejemplo, las úlceras pueden tratarse con medicamentos que reducen la secreción de ácido estomacal, y conforme la úlcera cicatriza, el dolor disminuye. En el dolor abdominal tipo espasmódico el medicamento a seleccionar va a ser un antiespasmódico por su acción de detención del espasmo que causa muchas veces el dolor. Otras veces, es necesario realizar una cirugía para corregir el problema: el dolor causado por la colecistitis (inflamación de la vesícula biliar) generalmente se trata extirpando la vesícula biliar (colecistectomía).

Se debe recordar que en Argentina, los antiespasmódicos de venta libre pueden o no tener presentaciones que vienen combinadas con un AINE como diclofenac o ibuprofeno, y su uso podría tener efectos adversos relacionados al uso de los antiinflamatorios en un dolor abdominal no diagnosticado.

Acuda a su médico y a los especialistas adecuados si le aqueja un dolor abdominal fuerte o persistente.

Domper Arnal, María-José et al. "Gastrointestinal and cardiovascular adverse events associated with NSAIDs." Expert opinion on drug safety vol. 21, 3 (2022): 373-384. doi:10.1080/14740338.2021.1965988 -

Prevención y tratamiento en lesiones agudas de la mucosa duodenal por antiinflamatorios no esteroideos. Dr. Rodolfo Corti y col. "Tópicos destacados en Patología Gastroduodenal". Content Medicine. Buenos Aires 2012.