Abdomen agudo en el adulto: abordaje, imagen y las causas que no se pueden pasar por alto

Basada en las guías de la WSES (apendicitis, colecistitis, diverticulitis, obstrucción por bridas, vólvulo, úlcera perforada e isquemia mesentérica), las Guías de Tokio 2018, la ESVS 2025, la IAP 2025, los criterios de imagen del ACR y las recomendaciones de AGA, IDSA, SIS, EAU, NICE, SAGES, ACOG y el consenso mexicano de AAA; la lista completa está al final. Adultos.

Versión 1.0 · 10 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Primero, ¿está inestable, tiene peritonitis o un dolor desproporcionado a la exploración?** Esos pacientes necesitan reanimación y cirujano antes que un diagnóstico fino.[2,19]
- **Analgesia desde el inicio:** los opioides no aumentan el error diagnóstico ni retrasan la decisión.[2,9]
- **Prueba de embarazo en toda mujer en edad reproductiva** con dolor abdominal, aunque los síntomas parezcan digestivos o urinarios.[2,24]
- **La localización orienta la imagen:** ecografía en el cuadrante superior derecho y la pelvis; TC con contraste IV en la FID, la FII, el CSI y el dolor no localizado con fiebre.[2–8]
- **Ni la leucocitosis ni la PCR confirman o descartan apendicitis;** la lipasa >3 veces lo normal sugiere pancreatitis, pero un valor menor no la descarta.[2,21]
- **Isquemia mesentérica:** sospéchala ante dolor desproporcionado, pide angioTC sin demora (aun con falla renal) y no la descartes con un lactato o un dímero D normal.[19,20]
- **Adultos mayores, embarazadas e inmunosuprimidos** se presentan de forma atípica y se complican más: umbral bajo para la imagen.[1,2,14,18]

2.4 %
menos probabilidad de sobrevivir por cada hora de retraso hasta la cirugía en la úlcera péptica perforada (cohorte danesa citada por la WSES)[18]

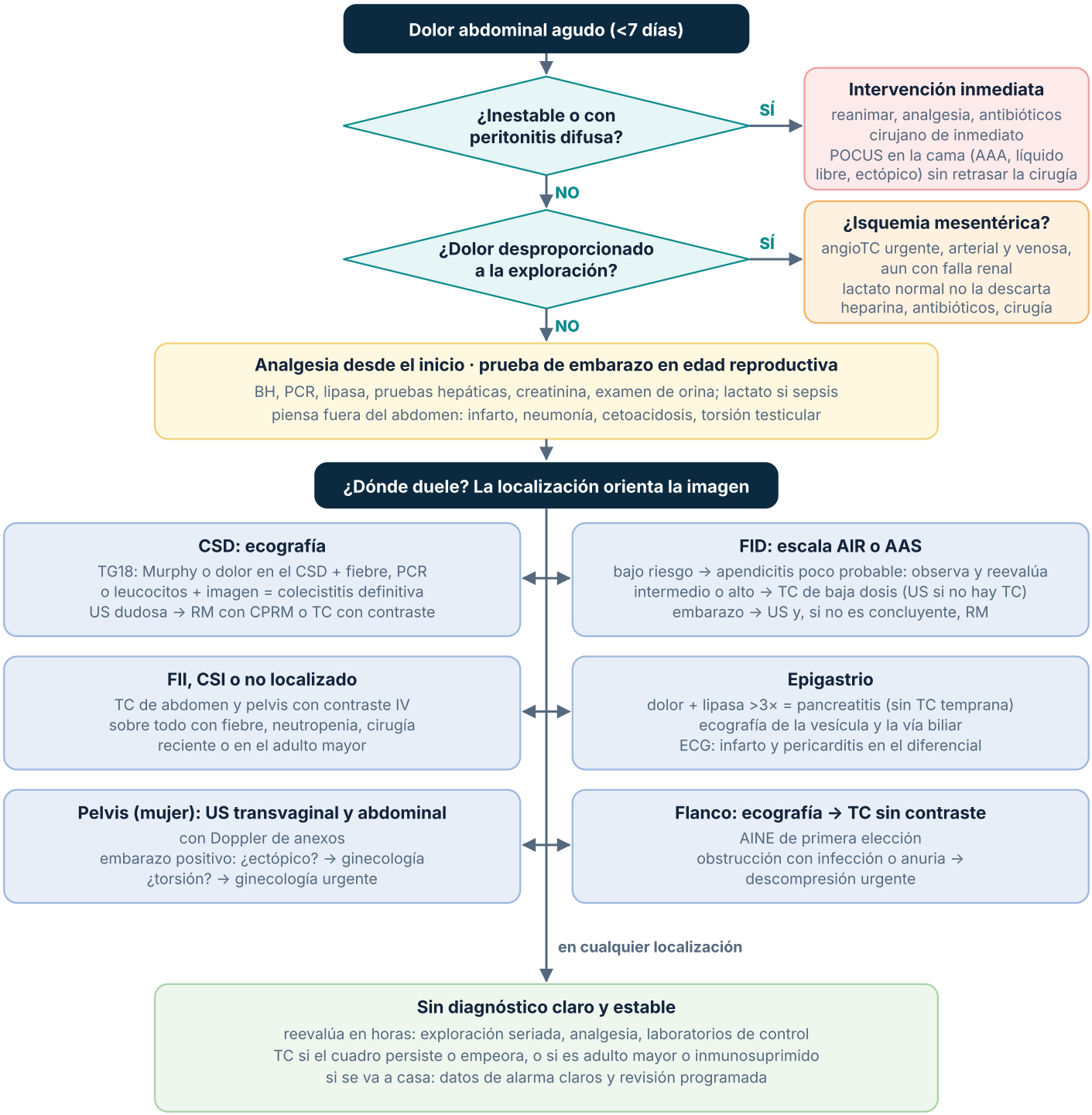
Cada 6 h
de retraso en la angioTC se duplica la mortalidad de la isquemia mesentérica aguda, que es de 30–70 %[19]

16 %
de los pacientes con litiasis urinaria confirmada no tienen hematuria microscópica[2]

Cómo leer las recomendaciones: las guías WSES de diverticulitis, vólvulo, úlcera e isquemia usan GRADE en el formato 1A–2D (1, fuerte; 2, débil; A–D, calidad de la evidencia), igual que la SIS (1-A, 1-B…); la WSES de colecistitis 2020, la edición 2025 de apendicitis, la IDSA, la IAP, la EAU y SAGES dan fuerza (fuerte, débil o condicional) y certeza; el consenso mexicano usa la clase y el nivel de la SVS (I-A); las Guías de Tokio 2018 no gradúan cada criterio; la ESVS, clase (I, IIa, IIb, III) y nivel (A–C); los ACR Appropriateness Criteria califican cada estudio como «habitualmente apropiado», «puede ser apropiado» o «habitualmente no apropiado». Van entre corchetes: [WSES 2B], [ESVS I, B]. **Siglas:** TC, tomografía computarizada; angioTC, angiografía por TC; US, ecografía; RM, resonancia magnética; CSD/CSI, cuadrante superior derecho/izquierdo; FID/FII, fosa ilíaca derecha/izquierda; CPRE, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; CL, colecistectomía laparoscópica; AAA, aneurisma de aorta abdominal; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; EPI, enfermedad pélvica inflamatoria.

· El algoritmo (página 2)
1 Los primeros minutos
2 Historia y exploración
3 Laboratorio
4 Imagen según la localización
5 Analgesia y antibióticos
6 Apendicitis
7 Colecistitis y colangitis
8 Pancreatitis aguda
9 Diverticulitis
10 Obstrucción intestinal y vólvulo
11 Úlcera péptica perforada
12 Isquemia mesentérica aguda
13 AAA, cólico renal y causas ginecológicas
14 Poblaciones especiales
15 Errores frecuentes y casos
16 Consulta rápida

El algoritmo[1–8,16,19,20,22,24]



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con las fuentes citadas; no reproduce figuras originales. La revaloración del paciente sin diagnóstico es práctica clínica razonable, no una recomendación graduada de las guías. El ECG en el dolor epigástrico atiende a que el infarto y la pericarditis están en su diagnóstico diferencial.[2]

1 Los primeros minutos[2,9,18–20,22]

El dolor abdominal agudo dura menos de 7 días y representa hasta 10 % de las consultas de urgencias. En una serie grande, 20 diagnósticos explicaron hasta 70 % de los casos, pero se identificaron más de 150 causas; las más frecuentes fueron la gastroenteritis aguda y el dolor abdominal inespecífico, seguidas de colelitiasis, urolitiasis, diverticulitis y apendicitis.[2] Antes de pensar en el diagnóstico, identifica rápido a quien está **inestable, tiene signos de peritonitis o un dolor desproporcionado a la exploración**: suele necesitar reanimación o cirugía urgente.[2]

NO TE LO PUEDES PERDER	PISTA	QUÉ HACER DE INMEDIATO
Rotura de AAA	Dolor abdominal o lumbar reciente con hipotensión; AAA conocido	Traslado inmediato a un centro con cirugía abierta y endovascular [consenso mexicano I-A]; hipotensión permisiva, sin reanimación agresiva con líquidos [I-B][22]
Isquemia mesentérica	Dolor desproporcionado a la exploración; FA, infarto reciente, enfermedad vascular; paciente crítico con vasopresores	AngioTC sin demora [WSES 1A]; anticoagulación, antibióticos, revascularización en un centro con experiencia[19,20]
Víscera perforada	Dolor súbito, peritonitis, neumoperitoneo	Reanimación, antibióticos de amplio espectro y cirugía cuanto antes[18]
Obstrucción con estrangulación	Signos de peritonitis; PCR >75 mg/L y leucocitos >10,000/mm³ la sugieren, con baja sensibilidad; la exploración detecta la estrangulación solo en 48 %	TC: asa cerrada, isquemia o líquido libre indican cirugía sin demora[16]
Embarazo ectópico roto	Mujer en edad reproductiva, amenorrea, sangrado, choque; presentación atípica frecuente	Prueba de embarazo; si está inestable, directo a urgencias y ginecología[24]
Causas fuera del abdomen	Dolor epigástrico o en el CSI; síntomas respiratorios; hiperglucemia	Piensa en infarto, pericarditis, neumonía, cetoacidosis y torsión testicular[2]

Causas de dolor súbito o intenso según la revisión de *Am Fam Physician*: disección aórtica, hemorragia intraabdominal, isquemia de un órgano sólido o hueco, obstrucción de la vía biliar o del uréter, perforación de víscera hueca y rotura de un aneurisma aórtico.[2]

2 Historia y exploración[2,16]

QUÉ PREGUNTAR

- Cómo empezó (súbito o progresivo), dónde está y a dónde migró o se irradia, cuánto dura y si hubo episodios previos.
- Náusea y vómito son más frecuentes en gastroenteritis, obstrucción intestinal, apendicitis e íleo.
- En mujeres: menstruación, sangrado, cólicos pélvicos y actividad sexual.
- Cirugías previas (bridas), hernias, fármacos (AINE, anticoagulantes, inmunosupresores), alcohol.
- Cuándo orinó por última vez: puede sugerir retención urinaria.

QUÉ EXPLORAR

- Signos vitales y peritonitis antes que nada.
- **Orificios herniarios** (pared y región inguinal): una hernia es causa de obstrucción.[16]
- Rovsing, psoas y obturador: **baja sensibilidad** para apendicitis; si están presentes, aumentan modestamente la probabilidad.
- **Signo de Carnett** (el dolor aumenta al tensar la pared): sugiere dolor de la pared abdominal, pero no basta para descartar patología intraabdominal.
- **Exploración pélvica** en la mujer con dolor abdominal bajo: masas anexiales y enfermedad pélvica inflamatoria.

LOCALIZACIÓN	CAUSAS FRECUENTES	NO OLVIDES
Epigastrio	Colecistitis, colangitis, colelitiasis; úlcera gástrica o duodenal, gastritis; pancreatitis	Infarto, angina, pericarditis; disección aórtica, isquemia mesentérica, AAA
Periumbilical	Apendicitis temprana; úlcera o perforación, gastritis	Disección aórtica, isquemia mesentérica, rotura de AAA; hernia umbilical o incisional
CSD	Colecistitis, colelitiasis, colangitis; TEP, pleuritis, neumonía; litiasis renal, pielonefritis	Apendicitis, absceso hepático, hepatitis; síndrome de Fitz-Hugh-Curtis
CSI	Úlcera, gastritis; pancreatitis; neumonía; litiasis, pielonefritis	Infarto, pericarditis; isquemia mesentérica; trombosis de la vena esplénica
FID	Apendicitis, colitis, diverticulitis, EII; litiasis, pielonefritis	Torsión anexial, embarazo ectópico, quiste roto, EPI
FII	Diverticulitis, colitis, EII; litiasis, pielonefritis	Torsión anexial, embarazo ectópico, quiste roto, EPI
Suprapúbico	Apendicitis, colitis, diverticulitis; cistitis, retención urinaria, litiasis	Embarazo ectópico, EPI
Cualquier sitio	Estreñimiento, hernia, herpes zóster, adenitis mesentérica, obstrucción intestinal	Isquemia mesentérica, abstinencia de opioides, crisis drepanocítica, peritonitis bacteriana espontánea

Selección adaptada de la tabla de diagnóstico diferencial por localización de *Am Fam Physician* 2023. En la misma serie, cerca de 10 % de los pacientes tenía una causa urinaria y 10 % de los pacientes de 65 años o más, una causa respiratoria.[2]

3 Laboratorio[2,19–21,24,26]

ESTUDIO	QUÉ APORTA Y QUÉ NO
Prueba de embarazo	En toda mujer en edad reproductiva, aunque los síntomas sean inespecíficos: el ectópico puede parecer un cuadro digestivo o urinario[2,24]
Biometría hemática y PCR	Orientan a infección, inflamación o sangrado y a la gravedad, pero **ningún valor confirma ni descarta apendicitis**[2]
Lipasa	>3 veces el límite superior sugiere pancreatitis en el contexto adecuado; un valor menor **no la descarta**, y valores altos pueden tener causas no pancreáticas[2,21]
Pruebas hepáticas	Transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina y DHL orientan a patología hepatobiliar o isquémica; en la colecistitis ayudan a estimar el riesgo de coledocolitiasis[2,13]
Creatinina y examen general de orina	Lesión renal prerrenal, intrarrenal o posrenal; infección urinaria o litiasis. **16 % de las litiasis confirmadas no tiene hematuria**[2]
Lactato	Pídelo si sospechas sepsis o isquemia mesentérica, aunque puede ser normal al inicio. En la isquemia mesentérica, >2 mmol/L se asocia a isquemia intestinal irreversible, pero **ni el lactato ni el dímero D bastan para confirmarla o descartarla** [ESVS III, C][2,19,20]
Hemocultivos	En la sospecha de infección intraabdominal con fiebre más hipotensión, taquipnea o delirium, o si hay riesgo de resistencia [IDSA, condicional, muy baja][26]

4 Imagen según la localización[1–8,13,23]

ESCENARIO	PRIMER ESTUDIO (ACR)	MATICES
No localizado con fiebre, o posoperatorio o neutropenia	TC de abdomen y pelvis con contraste IV	Fiebre o neutropenia sugieren absceso, infección atípica o tumor[2,3]
CSD (sospecha biliar)	Ecografía	Si es negativa o dudosa: RM con colangiorresonancia o TC con contraste; gammagrafía (HIDA) si se sospecha colecistitis alitiásica[5]. La WSES también prefiere la ecografía [WSES, fuerte, alta]; la TC rinde poco para la colecistitis[13]
FID (sospecha de apendicitis)	TC de abdomen y pelvis con contraste IV	La WSES 2025 propone primero una escala de riesgo (AIR o AAS) y, en adultos, TC de baja dosis (<2–3 mSv) como preferida; ecografía si no hay TC o si se quiere evitar radiación[1,4]
FII (sospecha de diverticulitis)	TC de abdomen y pelvis con contraste IV	En el paciente inmunocompetente sin factores de riesgo de complicación, el diagnóstico clínico es razonable (el ACR lo acepta con un cuadro típico y un episodio previo similar); la WSES sugiere TC como primera opción[2,6,14]
CSI	TC con contraste IV (ecografía si se sospecha esplenomegalia)	En una serie, la TC no fue diagnóstica en 73 % y el alta más frecuente fue dolor inespecífico[2]
Pélvico en edad reproductiva	Ecografía transvaginal y transabdominal con Doppler de anexos	Con prueba de embarazo positiva o negativa; si se sospecha una causa no ginecológica y la prueba es negativa, la TC es una alternativa[8]
Flanco (sospecha de litiasis)	Ecografía; TC sin contraste para confirmar	La EAU considera la TC sin contraste el estándar para el dolor agudo de flanco; la de baja dosis tiene sensibilidad de 93 %. Un consenso no pide imagen en <35 años con cuadro típico, hematuria, alivio con analgésico y litiasis previa[2,23]
Embarazo	Ecografía; RM sin contraste si no es concluyente	US y RM son las técnicas de elección cuando responden la pregunta clínica; no diferir una TC clínicamente necesaria; valorar el protocolo y la exposición (ACOG)[1,2,4,28]

Ecografía en el punto de atención: útil, según la localización, para AAA, colecistitis y colelitiasis, apendicitis, diverticulitis, litiasis renal, embarazo ectópico, perforación, pericarditis y neumonía.[2] La **radiografía simple** no sirve para la isquemia mesentérica [WSES 1B] y no detecta los signos tempranos de estrangulación; sí puede mostrar el neumoperitoneo o el «grano de café» del vólvulo.[16–19]

5 Analgesia y antibióticos[2,9,18,21,23,26,27]

ANALGESIA: SÍ, DESDE EL INICIO

- En la revisión Cochrane (8 ensayos), los opioides **no aumentaron el riesgo de error diagnóstico ni de error en la decisión** de tratamiento, y mejoraron el dolor y la comodidad.[9]
- La revisión de *Am Fam Physician* la recomienda con nivel A: mejora la comodidad, no altera la exploración y puede facilitarla.[2]
- **Cólico renal:** AINE como primera opción según el riesgo cardiovascular [EAU, fuerte]; opioide o ketamina como segunda [débil].[23]
- **Pancreatitis:** opioide o AINE; los opioides alivian mejor el dolor intenso [IAP, fuerte].[21]

ANTIBIÓTICOS: CUÁNDO Y CUÁNTO

- Empíricos y cuanto antes si hay peritonitis, perforación, isquemia o sepsis: cubrir gramnegativos, grampositivos y anaerobios.[18,19]
- Hemocultivos si hay fiebre con hipotensión, taquipnea o delirium, o riesgo de resistencia [IDSA, condicional].[26]
- Cultivo intraabdominal cuando se hace control del foco; no de rutina en la apendicitis no complicada [IDSA, condicional].[26]
- **Tras un control adecuado del foco, no más de 4 días** [SIS 1-A], también en el paciente de alto riesgo con sepsis [SIS 1-B]; en la apendicitis complicada, 2–3 días [WSES 2025].[1,27]

6 Apendicitis: WSES Jerusalén 2025[1,4,25]

Definiciones: no complicada = inflamación con hiperemia o flemón; complicada = gangrena o necrosis extensa, perforación, absceso o peritonitis difusa. El **apendicolito** es factor de riesgo de perforación y de falla del tratamiento no quirúrgico, pero no define por sí solo la apendicitis complicada.[1]

TEMA	QUÉ RECOMIENDA
Diagnóstico	Escalas de riesgo clínico-laboratoriales (**AIR, AAS**; en niños, PAS) para descartar al de bajo riesgo e identificar al de riesgo intermedio que necesita imagen u observación [condicional, moderada]. En cuadros dudosos, la TC sigue siendo el estándar por su mayor sensibilidad
Imagen	Adultos: TC de baja dosis (<2–3 mSv) preferida; escala + US como alternativa si no hay TC o se quiere evitar radiación [condicional, moderada]. TC sobre US en obesidad [condicional, baja] y en el adulto mayor [condicional, muy baja]. Embarazo: **RM si la US es negativa o no concluyente** y persiste la sospecha [condicional, moderada]
No complicada	**Antibióticos como alternativa a la apendicectomía**, con vigilancia clínica y decisión compartida [condicional, moderada]; conlleva riesgo de recurrencia y de apendicectomía posterior, que la WSES estima en 15–20 % sin precisar el plazo. Manejo ambulatorio posible si hay seguimiento y acceso a atención [condicional, moderada]. Sin seguimiento rutinario más allá de 30 días ni apendicectomía de intervalo sin síntomas [condicional]. En el embarazo y en el adulto mayor se prefiere la cirugía, con antibióticos como alternativa si el riesgo quirúrgico es alto [condicional, muy baja]. En el embarazo, SAGES 2024 coincide: apendicectomía mejor que manejo no quirúrgico, y laparoscópica mejor que abierta [condicional][25]
Si se opera	Apendicectomía laparoscópica **dentro de las 24 h** del ingreso [fuerte, moderada]. Una dosis de antibiótico profiláctico preoperatorio [fuerte, moderada], sin antibióticos adicionales mientras espera la cirugía [misma recomendación]; sin antibióticos posoperatorios en la no complicada [condicional, baja]. Si en la laparoscopia el apéndice es normal y no hay otra causa del cuadro, extirparlo [condicional, muy baja]
Complicada	Antibiótico terapéutico mientras espera la cirugía y después de ella [fuerte]; **2–3 días** tras un control adecuado del foco, no 5–7 [condicional, moderada]. Solo aspirar, sin lavado [condicional, moderada]; sin drenajes de rutina [condicional, baja]
Absceso periapendicular	**<35 años:** apendicectomía laparoscópica temprana; manejo no quirúrgico y apendicectomía de intervalo (6–12 semanas) si faltan recursos [condicional, moderada]. **≥35 años:** no operar de entrada por el riesgo de neoplasia apendicular (hasta 14.3 %) [condicional, moderada]; manejo no quirúrgico y **apendicectomía de intervalo a las 6–12 semanas** [fuerte, moderada]

7 Colecistitis y colangitis[5,10–13]

COLECISTITIS AGUDA: CRITERIOS TG18

A. Inflamación local: signo de Murphy; masa, dolor o hipersensibilidad en el CSD.
B. Inflamación sistémica: fiebre, PCR elevada, leucocitosis.
C. Imagen característica.
Sospecha: 1 de A + 1 de B. **Definitiva:** A + B + C. Descarta hepatitis aguda, otras causas de abdomen agudo y colecistitis crónica.[10]

Grado III (grave): disfunción de cualquier órgano: hipotensión que requiere noradrenalina (o dopamina ≥5 µg/kg/min), alteración de la conciencia, PaO_2/FiO_2 <300, oliguria o creatinina >2.0 mg/dL, INR >1.5, plaquetas <100,000.
Grado II (moderado): leucocitos >18,000, masa dolorosa en el CSD, más de 72 h de evolución o inflamación local marcada (gangrena, absceso, peritonitis biliar, colecistitis enfisematosa).
Grado I (leve): ninguno de los anteriores.[10]

COLANGITIS AGUDA: GRAVEDAD Y DRENAJE (TG18)

Sospéchala ante fiebre, escalofríos, dolor abdominal, ictericia o alteración de la conciencia; los dos pilares del tratamiento son el **drenaje biliar** y los **antibióticos**.

Grado III: disfunción orgánica (mismos criterios que en la colecistitis) → soporte orgánico y **drenaje biliar urgente**.
Grado II: al menos 2 de: leucocitos >12,000 o <4,000, temperatura ≥39 °C, edad ≥75 años, bilirrubina total ≥5 mg/dL, albúmina <0.7 × el límite inferior → **drenaje biliar temprano** (endoscópico o percutáneo).
Grado I: casi siempre basta el tratamiento inicial con antibióticos; drena si no responde.
En el choque, el tratamiento inicial no espera al diagnóstico definitivo.[12]

COLECISTITIS	TG18 (TOKIO)	WSES 2020
Grado I y II	CL temprana si el índice de comorbilidad de Charlson es ≤5 y el ASA ≤2 (grado II, en manos experimentadas). Si no: antibióticos y soporte, y CL cuando mejore; en el grado II que no responde, drenaje vesicular urgente o temprano[11]	**CL temprana lo antes posible: dentro de los 7 días del ingreso y los 10 días del inicio** [fuerte, moderada]; si no es posible, después de 6 semanas [débil][13]
Grado III o alto riesgo	CL temprana solo en un centro avanzado, con falla orgánica favorable (cardiovascular o renal que revierte rápido), sin factores predictivos negativos (ictericia con bilirrubina ≥2, disfunción neurológica o respiratoria) y con Charlson ≤3 y ASA ≤2. Si no: **drenaje vesicular urgente** y CL diferida[11]	En el paciente de alto riesgo, la **CL inmediata es superior al drenaje percutáneo** y es la primera opción [fuerte, alta]. Si no es candidato a cirugía: drenaje endoscópico o percutáneo, o antibióticos y observación[13]
Antibióticos	Inicio con el diagnóstico, con líquidos y analgesia[12]	Sin antibióticos posoperatorios de rutina en la no complicada si la colecistectomía controló el foco [fuerte, alta][13]

Las fuentes difieren en el paciente grave: TG18 reserva la cirugía temprana del grado III para centros avanzados y criterios estrictos, y propone drenaje en el resto; la WSES 2020 prefiere la CL al drenaje percutáneo incluso en el paciente de alto riesgo cuando hay experiencia quirúrgica. La WSES también sugiere CL en cirrosis Child A y B, en mayores de 80 años y en el embarazo [débil, baja], y estimar el riesgo de coledocolitiasis con pruebas hepáticas y ecografía en todos.[11,13]

8 Pancreatitis aguda: IAP 2025[21]

TEMA	QUÉ RECOMIENDA
Diagnóstico	**2 de 3:** dolor abdominal superior agudo; lipasa o amilasa >3 veces el límite superior; imagen compatible [fuerte, baja]. Busca la causa: litiasis, alcohol, fármacos, triglicéridos, calcio, CPRE reciente; **ecografía de la vesícula y la vía biliar** en todos
Gravedad	SIRS al ingreso y persistente a las 48 h, sola o con PCR o IL-6 alta, predice pancreatitis grave [fuerte, moderada]. La **falla orgánica persistente (>48 h)** es el principal determinante de mortalidad [fuerte, alta]
TC	Solo si hay duda diagnóstica, falta de respuesta o deterioro; para valorar la gravedad, **a las 72–96 h** del inicio, no antes [fuerte, moderada]
Líquidos	**Ringer lactato** [fuerte, moderada] a ritmo **moderado: 1.5 mL/kg/h**, con bolo si hay hipovolemia o hipotensión [fuerte, moderada]; la reanimación agresiva tuvo peores desenlaces en ensayos
Nutrición	Vía oral en cuanto tenga apetito y no vomite, con dieta sólida baja en grasa [fuerte, moderada]; si no tolera, sonda enteral dentro de las 72 h [fuerte, alta]
Antibióticos	**Profilácticos no** [fuerte, alta]; solo con infección extrapancreática demostrada o fuerte sospecha de necrosis infectada [fuerte, moderada]
Vía biliar	CPRE temprana **solo si hay colangitis** [fuerte, alta]; no en la biliar sin colangitis, leve o grave; **CPRE electiva si la imagen muestra un lito en el colédoco** [fuerte, alta]. **Colecistectomía en el mismo internamiento** en la biliar leve [fuerte, moderada]; diferirla en la moderada o grave, sobre todo necrosante

9 Diverticulitis[6,14,15]

SITUACIÓN	WSES 2020	AGA 2021
Diagnóstico	Valoración completa con clínica, laboratorio e imagen [2D]; **TC con contraste** como primera opción [2B]; US por operador experto, con TC si es dudosa [2B]	TC si no hay un diagnóstico previo confirmado por imagen o si el cuadro es grave
No complicada	En el inmunocompetente sin inflamación sistémica, **sin antibióticos** [1A]; si se necesitan, vía oral [1B]. Manejo ambulatorio sin comorbilidades y revaloración en 7 días [2B]	Antibióticos **selectivos**: comorbilidad o fragilidad, síntomas refractarios o vómito, PCR >140 mg/L o leucocitos >15 × 10^9/L
Gas pericólico o a distancia	Pericólico: prueba de manejo no quirúrgico con antibióticos [2C]. A distancia, sin líquido difuso: no quirúrgico solo en seleccionados con vigilancia estrecha [2D]	—
Absceso	**<4–5 cm:** antibióticos solos [2C]. **Mayor:** drenaje percutáneo más antibióticos; si no es factible, antibióticos y, si fallan, cirugía [2C]	—
Peritonitis difusa	**Hartmann** en el paciente crítico o con muchas comorbilidades [2B]; resección con anastomosis, con o sin estoma, en el estable sin comorbilidades [2B]; cirugía de control de daños en el inestable [2C]; lavado laparoscópico solo en muy seleccionados [2A]	—
Después	Sin colonoscopia de rutina tras una no complicada confirmada por TC [2B]; antibióticos 4 días tras el control del foco [2B]; la cirugía electiva depende del paciente, no del número de episodios [2D]	Colonoscopia según antecedentes y evolución, **6–8 semanas** después; resección electiva personalizada, no por número de episodios

El paciente **inmunosuprimido** tiene alto riesgo de que falle el tratamiento no quirúrgico [WSES 2D] y suele presentarse con enfermedad grave o complicada (AGA).[14,15]

10 Obstrucción intestinal y vólvulo[16,17]

OBSTRUCCIÓN POR BRIDAS (BOLONIA)

- **TC** cuando la causa no está clara o puede haber contraindicación para el manejo no quirúrgico: predice estrangulación y necesidad de cirugía con ~90 % de exactitud.
- **Asa cerrada, isquemia o líquido libre** → cirugía sin demora. La exploración detecta la estrangulación solo en 48 %.
- Manejo no quirúrgico en todos los demás: ayuno, descompresión con sonda y líquidos y electrolitos IV; contraindicado si hay peritonitis, estrangulación o isquemia.
- **Contraste hidrosoluble oral:** si no llega al colon en la radiografía a las 24 h, predice falla del manejo no quirúrgico; además reduce la necesidad de cirugía y la estancia.
- Hasta **72 h** de manejo no quirúrgico se consideran seguras.

16

VÓLVULO DE SIGMOIDES (WSES 2023)

- Laboratorio con gasometría y lactato para buscar isquemia [1C].
- Radiografía simple: **signo del grano de café** [1C]; TC si hay duda o se sospecha isquemia o perforación [1C].
- Sin isquemia ni perforación: **destorsión endoscópica** como primera línea [1C].
- Resección urgente si falla la destorsión o el colon no es viable o está perforado [1C].
- Tras una destorsión exitosa, **sigmoidectomía lo antes posible, incluso en el mismo internamiento**, para evitar la recurrencia [1C]; los procedimientos sin resección son inferiores [1C].

17

11 Úlcera péptica perforada: WSES 2020[18]

TEMA	QUÉ RECOMIENDA
Diagnóstico	**TC** [1C]; radiografía de tórax y abdomen si no hay TC pronto [1C]. Si no se ve aire libre y persiste la sospecha, TC con contraste hidrosoluble oral o por sonda [2D]
Reanimación	Reconocer pronto la sepsis [1B] y reanimar rápido al inestable [1C]. La hipoalbuminemia es el mejor predictor aislado de mortalidad
Cirugía	Con neumoperitoneo importante, fuga de contraste o peritonitis [1C], **lo antes posible**, sobre todo si llegó tarde o tiene >70 años [1B]. Laparoscopia en el estable [2B]; abierta en el inestable [1D]. Úlcera <2 cm: cierre primario [2C]. Control de daños en el choque séptico con alteración fisiológica grave [2D]
Sin cirugía	Solo en seleccionados, sin fuga en el estudio con contraste ni peritonitis o sepsis, con vigilancia y disposición a operar; precaución en mayores de 70 años, en quienes la falla del manejo no quirúrgico eleva la mortalidad. Evitar el tratamiento endoscópico de la perforación [2C]
Antibióticos	Amplio espectro lo antes posible [1C]; curso corto, de 3–5 días o hasta normalizar los marcadores inflamatorios [2C]

12 Isquemia mesentérica aguda[19,20]

TEMA	WSES 2022	ESVS 2025
Sospecha	Dolor intenso **desproporcionado a la exploración = isquemia mesentérica hasta demostrar lo contrario** [1C]. Embólica: FA, infarto reciente, valvulopatía. Venosa: trombofilia, cáncer. No oclusiva: paciente crítico con vasopresores y falla orgánica [2C]. En ≥75 años es una causa de abdomen agudo más frecuente que la apendicitis	Menciona la sospecha de isquemia mesentérica en la solicitud de la angioTC
Laboratorio	Ningún parámetro confirma o descarta la isquemia; lactato, leucocitosis y dímero D elevados pueden orientar	No usar una sola medición de lactato o dímero D para confirmar o descartar [III, C]
Imagen	**AngioTC sin demora** ante cualquier sospecha [1A]; radiografía simple no [1B]	AngioTC urgente en fases arterial y venosa, cortes ≤1 mm, **sin importar la función renal** [I, B]
Tratamiento	Líquidos, corrección de electrolitos y sonda nasogástrica [1B]; antibióticos de amplio espectro [1C]; anticoagulación plena antes del procedimiento; laparoscopia o laparotomía inmediata si hay peritonitis [1C]; revascularización endovascular como primera opción si hay experiencia [1C]; control de daños y revisión del intestino [1B]. Trombosis venosa: heparina no fraccionada en infusión [1B]	Centros con equipo multidisciplinario 24/7 [I]; revascularizar antes de resecar [IIa, C]; endovascular como primera línea en la oclusión embólica o trombótica de la AMS [IIa, B]; antibióticos [I, C]; resección sin reconstrucción y segunda revisión [IIa, C]

13 AAA, cólico renal y causas ginecológicas[2,8,22–24]

CAUSA	QUÉ HACER
AAA sintomático o roto	TC ante sospecha de AAA con dolor abdominal o lumbar reciente, pero **si está inestable y el diagnóstico es claro, directo a quirófano sin más imagen** [I-A; IIa-C]. Rotura: evaluación y **traslado inmediato** a un centro con reparación abierta y endovascular [I-A], con meta puerta-intervención <90 min; **evitar la reanimación agresiva con líquidos** e hipotensión permisiva hasta controlar el sangrado [I-B]; endovascular como primera opción si la anatomía y el equipo lo permiten [I-A]. Un protocolo predefinido reduce la mortalidad (consenso mexicano 2026, clase y nivel SVS)[22]
Cólico renal	AINE de primera elección [fuerte]; si el dolor no cede con analgesia, descompresión o extracción ureteroscópica [fuerte]. **Riñón obstruido con infección o anuria = urgencia urológica:** descompresión urgente con catéter doble J o nefrostomía, antibióticos inmediatos y tratamiento definitivo del lito hasta que ceda la sepsis [fuerte]. Bloqueador α como terapia expulsiva en litos distales de 5–10 mm [fuerte; uso fuera de indicación][23]
Embarazo ectópico	Presentación atípica frecuente: dolor, amenorrea, sangrado, pero también síntomas digestivos o urinarios. Inestable o con dolor o sangrado preocupante → directo a urgencias; si no, valoración temprana por ginecología[24]
Torsión anexial	Síntomas inespecíficos de dolor abdominal bajo; náusea, vómito, signos peritoneales, edema ovárico y líquido libre aumentan la probabilidad. Ecografía con Doppler: el flujo venoso ovárico ausente o anormal es el signo más sensible, y **un flujo arterial conservado no la descarta** (en una serie, 62 % de las pacientes con solo alteración venosa tenían torsión). Detectarla pronto es esencial: **valoración ginecológica urgente** ante la sospecha[2,8]

14 Poblaciones especiales[1–4,14,18,19,21,25,28]

Adulto mayor

- Exploración más sutil y causas extraabdominales más frecuentes (10 % de los de 65 años o más tuvo una causa respiratoria).[2]
- En ≥75 años, la isquemia mesentérica es más frecuente que la apendicitis.[19]
- Sospecha de apendicitis: TC de baja dosis mejor que US [WSES 2025, condicional].[1]
- Úlcera perforada en >70 años: operar lo antes posible [WSES 1B].[18]

Embarazo

- Ecografía primero; **RM sin contraste** si no es concluyente; no negar una TC necesaria (ACOG).[1,2,4,28]
- Apendicitis: apendicectomía laparoscópica preferida [WSES 2025; SAGES].[1,25]
- Colecistitis: CL mejor que manejo no quirúrgico [SAGES, condicional].[25]
- Pancreatitis biliar leve: colecistectomía temprana, de preferencia en el 2.º trimestre e inicio del 3.º [IAP, fuerte].[21]

Inmunosuprimido

- Presentación atípica, signos sutiles e infecciones oportunistas.[2]
- Dolor no localizado con neutropenia: TC con contraste.[3]
- Diverticulitis: alto riesgo de que falle el manejo no quirúrgico [WSES 2D].[14]
- Umbral bajo para la imagen y la valoración quirúrgica.

15 Errores frecuentes y casos

ERRORES FRECUENTES

- **No dar analgesia «para no enmascarar».** Los opioides no aumentan el error diagnóstico.[9]
- **Olvidar la prueba de embarazo** porque el cuadro parece digestivo o urinario.[2,24]
- **Descartar apendicitis por leucocitos o PCR normales.** Ningún valor la descarta; usa una escala (AIR o AAS) y la imagen.[1,2]
- **Descartar pancreatitis por una lipasa <3 veces lo normal.** No la descarta.[2,21]
- **Descartar litiasis porque no hay hematuria.** Falta en 16 %.[2]
- **Esperar al lactato para pedir la angioTC.** Un lactato normal no descarta isquemia mesentérica; cada 6 h de retraso duplica la mortalidad.[19,20]
- **Diferir la angioTC por la creatinina** cuando se sospecha isquemia mesentérica: la ESVS la pide sin importar la función renal.[20]
- **Pedir TC temprana en la pancreatitis «para ver la gravedad».** Si el diagnóstico es claro, la TC para valorar la gravedad va a las 72–96 h; la gravedad la marca la falla orgánica persistente.[21]
- **Dar antibióticos a toda diverticulitis no complicada** en el inmunocompetente sin inflamación sistémica.[14,15]
- **Reanimar con líquidos agresivos al AAA roto** o a la pancreatitis.[21,22]

Caso 1. Dolor que no cuadra con la exploración

Mujer de 78 años con fibrilación auricular, sin anticoagulante, con dolor abdominal intenso de 4 horas. Abdomen blando, apenas doloroso. Lactato 1.6 mmol/L, creatinina 1.9 mg/dL. ¿Qué haces?

Respuesta. Dolor desproporcionado a la exploración con FA es isquemia mesentérica hasta demostrar lo contrario. El lactato normal no la descarta, y la creatinina no debe retrasar la angioTC: pídela urgente, en fases arterial y venosa, mencionando la sospecha. Mientras tanto, líquidos, sonda, antibióticos de amplio espectro, heparina y aviso a cirugía y radiología intervencionista.[19,20]

Caso 2. Apendicitis con absceso a los 52 años

Hombre de 52 años con 5 días de dolor en la FID. TC: apendicitis con absceso periapendicular de 4 cm, sin peritonitis difusa. ¿Lo operas hoy?

Respuesta. No de entrada. En ≥35 años la WSES sugiere evitar la apendicectomía temprana por el riesgo de neoplasia apendicular (hasta 14.3 %) [condicional, moderada]: manejo no quirúrgico con antibióticos y **apendicectomía de intervalo a las 6–12 semanas** [fuerte, moderada]. Si tuviera <35 años, se sugiere apendicectomía laparoscópica temprana.[1]

Caso 3. Colecistitis en un paciente frágil

Hombre de 81 años, EPOC y cardiopatía (ASA 3), con 2 días de dolor en el CSD, Murphy positivo, 38.6 °C y leucocitos 15,000. Ecografía con colecistitis litiásica. Sin disfunción orgánica. ¿Qué grado tiene y qué propone cada guía?

Respuesta. Colecistitis definitiva (A + B + C), grado I (no cumple criterios de II ni de III). Con ASA 3, TG18 lo considera de riesgo quirúrgico: primero antibióticos y soporte, y CL cuando mejore. La WSES 2020 sugiere CL también en mayores de 80 años y prefiere la CL temprana al drenaje percutáneo en el alto riesgo cuando hay cirujano con experiencia. Es una decisión compartida con cirugía, el paciente y su familia.[10,11,13]

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Medicina en Resumen condensa guías y artículos recientes para médicos. Cuando las fuentes difieren, lo señalamos y mostramos las variantes. La información se basa en la bibliografía citada y no sustituye el criterio del médico tratante ni los protocolos locales. Más guías y videos en **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen

Referencias

Los superíndices remiten a la lista de referencias. Los recuadros "Errores frecuentes", los casos, el esquema del algoritmo y la consulta rápida son material educativo propio basado en estas fuentes.

1. Podda M, Ceresoli M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2025 edition of the World Society of Emergency Surgery Jerusalem guidelines. JAMA Surg 2026 (publicado en línea el 28 de enero). doi:10.1001/jamasurg.2025.6218
2. Yew KS, et al. Acute abdominal pain in adults: evaluation and diagnosis. Am Fam Physician 2023;107(6):585–596.
3. Scheirey CD, Fowler KJ, Therrien JA, et al. ACR Appropriateness Criteria: acute nonlocalized abdominal pain. J Am Coll Radiol 2018;15:S217–S231. doi:10.1016/j.jacr.2018.09.010
4. Kambadakone AR, Santillan CS, Kim DH, et al. ACR Appropriateness Criteria: right lower quadrant pain, 2022 update. J Am Coll Radiol 2022;19:S445–S461. doi:10.1016/j.jacr.2022.09.011
5. Russo GK, Zaheer A, Kamel IR, et al. ACR Appropriateness Criteria: right upper quadrant pain, 2022 update. J Am Coll Radiol 2023;20:S211–S223. doi:10.1016/j.jacr.2023.02.011
6. Weinstein S, Kim DH, Fowler KJ, et al. ACR Appropriateness Criteria: left lower quadrant pain, 2023 update. J Am Coll Radiol 2023;20:S471–S480. doi:10.1016/j.jacr.2023.08.013
7. Soleimani S, Kamel IR, Chang KJ, et al. ACR Appropriateness Criteria: acute left upper quadrant pain. J Am Coll Radiol 2025;22:S481–S491. doi:10.1016/j.jacr.2025.08.046
8. Brook OR, Dadour JR, Robbins JB, et al. ACR Appropriateness Criteria: acute pelvic pain in the reproductive age group. American College of Radiology, 2023.
9. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Database Syst Rev 2011;(1):CD005660. doi:10.1002/14651858.CD005660.pub3
10. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018;25:41–54. doi:10.1002/jhbp.515
11. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018;25:55–72. doi:10.1002/jhbp.516
12. Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018;25:31–40. doi:10.1002/jhbp.509
13. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg 2020;15:61. doi:10.1186/s13017-020-00336-x
14. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg 2020;15:32. doi:10.1186/s13017-020-00313-4
15. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical Practice Update on medical management of colonic diverticulitis: expert review. Gastroenterology 2021;160:906–911. doi:10.1053/j.gastro.2020.09.059
16. ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update. World J Emerg Surg 2018;13:24. doi:10.1186/s13017-018-0185-2
17. Tian BWCA, Vigutto G, Tan E, et al. WSES consensus guidelines on sigmoid volvulus management. World J Emerg Surg 2023;18:34. doi:10.1186/s13017-023-00502-x
18. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg 2020;15:3. doi:10.1186/s13017-019-0283-9
19. Bala M, Catena F, Kashuk J, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World J Emerg Surg 2022;17:54. doi:10.1186/s13017-022-00443-x
20. Koelemay MJ, Geelkerken RH, Kärkkäinen J, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2025 clinical practice guidelines on the management of diseases of the mesenteric and renal arteries and veins. Eur J Vasc Endovasc Surg 2025;70:153–218. doi:10.1016/j.ejvs.2025.06.010
21. Párniczky A, Mikó A, Uc A, et al. International Association of Pancreatology revised guidelines on acute pancreatitis 2025. Pancreatology 2025;25:770–814. doi:10.1016/j.pan.2025.04.020
22. Flota-Cervera LF, Cossío-Zazueta A, Anaya-Ayala JE, Raffoul-Orozco AK. Segundo consenso de postura sobre los aneurismas de aorta abdominal en México. Arch Cardiol Mex 2026;96(Supl 5):1–31. doi:10.24875/ACM.M26000104
23. Skolarikos A, Davis NF, Gambaro G, et al. EAU Guidelines on Urolithiasis. European Association of Urology, 2026.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management (NG126). 2019, actualizada en junio de 2026.
25. Kumar SS, Collings AT, Wunker C, et al. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. Surg Endosc 2024;38:2947–2963. doi:10.1007/s00464-024-10810-1
26. Bonomo RA, et al. 2024 Clinical Practice Guideline Update by the Infectious Diseases Society of America on complicated intra-abdominal infections: risk assessment, diagnostic imaging, and microbiological evaluation. Clin Infect Dis 2024;79(Suppl 3):S81–S87. doi:10.1093/cid/ciae346
27. Huston JM, Barie PS, Dellinger EP, et al. The Surgical Infection Society guidelines on the management of intra-abdominal infection: 2024 update. Surg Infect (Larchmt) 2024;25(6). doi:10.1089/sur.2024.137
28. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 723: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol 2017;130(4):e210–e216 (actualización interina sobre RM y gadolinio).

16 Consulta rápida

Primero	¿Inestable o con peritonitis difusa? → reanimar y cirujano de inmediato; POCUS solo si no retrasa la cirugía. ¿Dolor desproporcionado? → angioTC urgente. Analgesia siempre; prueba de embarazo en edad reproductiva.
Imagen	CSD y pelvis: US. FID, FII, CSI y no localizado con fiebre: TC con contraste IV. Flanco: US → TC sin contraste. Embarazo: US → RM.
Apendicitis	AIR/AAS; riesgo intermedio o alto → TC de baja dosis. No complicada: cirugía en <24 h o antibióticos (riesgo de recurrencia; decisión compartida). Absceso ≥35 años: no operar de entrada; intervalo a las 6–12 semanas.
Biliar	TG18: A + B + C. CL temprana (WSES: ≤7 días del ingreso y ≤10 del inicio). Colangitis: grado II, drenaje temprano; grado III, urgente.
Pancreatitis	2 de 3. Ringer 1.5 mL/kg/h; vía oral pronto; sin antibióticos profilácticos; sin CPRE temprana de rutina si no hay colangitis; CPRE electiva si hay coledocolitiasis demostrada; colecistectomía en el mismo internamiento si es biliar leve.
Diverticulitis	TC. No complicada, inmunocompetente sin inflamación sistémica: sin antibióticos de rutina; valorar factores de alto riesgo. Absceso <4–5 cm: antibióticos; mayor: drenaje.
Isquemia mesentérica	Dolor desproporcionado → angioTC sin demora, aun con falla renal; lactato normal no la descarta.
Mujer en edad reproductiva	Prueba de embarazo. Ectópico o torsión anexial: ginecología urgente; un flujo arterial conservado no descarta torsión.
AAA roto	Inestable con diagnóstico claro: directo a quirófano; hipotensión permisiva; centro con reparación abierta y endovascular.
Cólico renal	AINE primero. Obstrucción con infección o anuria: descompresión urgente.
Antibióticos	Hasta 4 días tras un control adecuado del foco (SIS); 2–3 días en la apendicitis complicada operada (WSES 2025).