

Dolor abdominal recurrente

Rodrigo De Vivero, M.D.*

RESUMEN

El dolor abdominal recurrente (DAR) es un problema frecuente en la consulta médica y en la subespecialidad médica y quirúrgica. El DAR es frecuentemente funcional, es decir, sin una causa orgánica aparente. El diagnóstico diferencial debe incluir pérdida de peso, sangrado gastrointestinal, fiebre persistente, diarrea crónica y vómito importante. En este artículo se revisa el diagnóstico y tratamiento, pruebas diagnósticas y manejo farmacológico y ambiental.

Palabras clave: Dolor abdominal recurrente; Niños; Diagnóstico; Tratamiento.

Del dolor abdominal recurrente, DAR, lo describió Apley en 1958 para caracterizar su presencia en preescolares, escolares y adolescentes por lo menos de 3 episodios de dolor abdominal en un lapso de 3 meses, lo bastante intensos como para alterar las actividades normales del niño, después de descartar la organicidad.

Es más frecuente entre 6 y 14 años, con un pico inicial entre 5 y 7 años, sin diferencias en cuanto a sexo, y un segundo pico entre 8 y 12 años, con predominio en el sexo femenino. Afecta de 10% a 15% de la población escolar; en adolescentes hasta 75 % cursan con DAR, pero sólo en 21% la intensidad del dolor, repercute en las actividades cotidianas.

Se han descrito un gran número de causas de dolor abdominal recurrente, de las cuales se estima que 10% a 15% se pueden explicar con base en una alteración estructural, o bioquímica, es decir DAR de origen orgánico, y en los casos restantes (85% a 90%), a pesar de los avances en los métodos diagnósticos, no se encuentra organicidad, y se definen como DAR de tipo funcional. Es importante, cuando nos enfrentamos a este tipo de pacientes; desde el primer momento, descartar los procesos orgánicos que pueden requerir un tratamiento específico.

Dentro de las causas orgánicas se incluyen: esofagitis, úlcera péptica, duodenitis, infección por *Helicobacter pylori*, infección urinaria, enfermedad hepatobiliar, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), parásitos intestinales (ascariasis, giardiasis), porfiria, malrotación intestinal, obstrucción intestinal recurrente, pancreatitis, litiasis urinaria, dolor músculo-esquelético referido, intolerancia a carbohidratos, etc.

* Profesor Auxiliar de Cátedra, Universidad de Cartagena, Cartagena.

Recibido para publicación diciembre 1, 2004

Aprobado para publicación enero 28, 2005

Hay unos datos que orientan y que deben poner alerta ante la posibilidad de enfermedad orgánica:

- . Pérdida de peso, visceromegalias.
- . Vómito (bilioso, sanguinolento).
- . Alteraciones del sueño.
- . Dolor localizado, lejos de ombligo.
- . Irradiación a espalda, hombros, extremidades.
- . Disuria, hematuria.
- . Enfermedad perianal y otros sistemas.
- . Historia familiar de EII, EAP.
- . Alteración de paraclínicos: (VSG, anemia, hipoalbuminemia).

El dolor abdominal de origen funcional, que corresponde a la gran mayoría, agrupa una gran variedad de manifestaciones clínicas, lo que hace imposible incluirlos dentro de un solo grupo, se ha ampliado el concepto de causalidad, hasta un modelo integrado biopsicosocial y permite que los síntomas sean entendidos como múltiples alteraciones fisiológicas (aumento de sensibilidad, alteraciones en motilidad, disregulación cerebro-intestino) y unas influencias psicosociales y socioculturales modificables (modelo conceptual).

Durante los últimos 20 años, se han establecido grupos de trabajo para el estudio de estos pacientes y se han agrupado por síntomas, lo que permite un estudio y manejo más adecuado, así se han establecido los criterios de Roma II, para trastornos funcionales gastrointestinales, en los que se incluyen los diferentes cuadros que cursan con dolor abdominal. Es importante tener en cuenta esta clasificación y conocer sus criterios diagnósticos, porque son susceptibles de manejo, por lo menos sintomático.

Dispepsia funcional. Doce semanas, no necesariamente continuas, en el último año de:

- . Dolor o malestar en la parte superior del abdomen.
- . Sin evidencia (endoscópica) de enfermedad orgánica.

- . No hay evidencia de mejoría exclusivamente con la defecación, o con cambios en la frecuencia y/o en la consistencia de las evacuaciones. La dispepsia puede ser de 3 tipos:
- . Dismotilidad. Llenura, saciedad temprana, náuseas, distensión.
- . Tipo úlcera: dolor epigástrico.
- . Inespecífica.

Síndrome de intestino irritable. Doce semanas, no necesariamente continuas en los últimos 12 meses de:

- . Malestar o dolor abdominal con 2 de 3 características.
- . Mejora con defecación.
- . Se inicia con cambio en la frecuencia de las evacuaciones.
- . O se inicia con cambios en la consistencia de las evacuaciones.
- . No hay alteraciones estructurales o metabólicas que expliquen los síntomas.

Migraña abdominal. Durante los 12 meses precedentes:

- . 3 ó mas episodios de dolor abdominal intenso, agudo, en la línea media, que dura de 2 horas a varios días, con intervalos de semanas o meses libres de síntomas, sin evidencia de enfermedades estructurales, bioquímicas, metabólicas, gastrointestinales y de SNC.
- . 2 de los siguientes síntomas:
- . Cefalea durante episodios.
- . Fotofobia durante episodios.
- . Antecedentes familiares de migraña.
- . Cefalea confinada a un solo lado.
- . Aura: visual, sensorial o motora.

Aerofagia. Por lo menos 12 semanas, no necesariamente continuas, en los últimos 12 meses, presencia de 2 ó de los siguientes signos o síntomas.

- . Deglución de aire.
- . Distensión abdominal debido a aire intraluminal.
- . Eructos frecuentes, flatulencia.

Dolor abdominal funcional

- . Dolor abdominal, continuo o casi continuo en escolares o adolescentes.
- . Ninguna relación del dolor con sucesos fisiológicos (alimentación, defecación, menstruación) o sólo ocasional.
- . Asociado con alguna alteración en las actividades diarias.
- . Dolor no fingido.
- . Criterios insuficientes para otros trastornos funcionales gastrointestinales que expliquen el dolor.

En estos pacientes, no hay un patrón definido de síntomas, la localización es periumbilical. No se relaciona con

comidas, defecación o ejercicio, no altera el sueño, puede haber síntomas asociados como cefalea, fotofobia, náusea y vómito, se presenta en mayores de 5 años, el examen físico y las pruebas de laboratorio son normales.

Es importante recalcar acerca de la realidad del dolor y no catalogarlo como manipulación o fingimiento. Si bien se han visto algunas características de personalidad, baja autoestima, mayor estrés escolar y en el hogar, familias disfuncionales y “dolorosas”, estos hallazgos no son constantes, en relación con el componente familiar. La alteración más frecuente es depresión materna.

La principal motivación para consultar ante un cuadro de DAR, es el temor a padecer alguna enfermedad de base, maligna, así que, en la gran mayoría de los casos, con pruebas sencillas, hemograma VSG, urianálisis y coprológico se puede estimar el bienestar del niño, la ecografía a pesar de ser un método fácil, económico, en el contexto de DAR aporta poco, las otras pruebas, endoscopia, y otros métodos imagenológicos, dependerán de las manifestaciones.

Al *H. pylori* se le ha culpado de agente etiológico en el DAR; sin embargo, la evidencia actual demuestra que es poco frecuente como causa DAR, excepto en el contexto de enfermedad ulceropéptica.

Como los mecanismos por los que se produce el dolor no son claros, se han formulado diversas hipótesis:

- . Hipersensibilidad a nivel intestinal, o de sistema nervioso (alteraciones en los receptores sensoriales, modulación de transmisión sensorial en SNC y SNP. Alteraciones en la percepción cortical, serotonina (5HT): sus receptores están comprometidos en el proceso sensorial a nivel mucoso). Esta hipersensibilidad puede ser secundaria a procesos infecciosos gastrointestinales (mayor probabilidad de desarrollar EII, después de procesos gastroentéricos).
- . Trastornos en la motilidad intestinal. Se han documentado alteraciones manométricas antroduodenales en niños con DAR.
- . Estrés, ansiedad y depresión. Sus implicaciones como causantes de DAR han mostrado datos contradictorios, pero es importante tenerlos en cuenta, sobre todo porque es claro que sí influyen en el pronóstico.
- . Trastornos de acomodación gástrica.
- . Inflamación de la mucosa. Con frecuencia se ven inflamaciones inespecíficas en pacientes con dolor abdominal funcional, que pueden ser causa o consecuencia de la alteración en la motilidad.

DIAGNÓSTICO

La clave para el diagnóstico en pacientes con DAR es

una adecuada evaluación clínica completa, investigación de antecedentes, factores desencadenantes, análisis del entorno social, escolar, familiar, etc.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

La evaluación del niño con DAR se basa en la clínica, y determinar la presencia de signos de alarma que sugieran enfermedad orgánica, evitar exámenes innecesarios generalmente una biometría hemática, VSG, urianálisis, copro-parasitológico, urocultivo en niñas y sangre oculta en materia fecal. Aunque la ecografía se utiliza con bastante frecuencia, sin embargo, como su utilidad para definir la causa del dolor es muy baja, no se justifica su uso generalizado.

La endoscopia se indica en casos de sospecha de enfermedad ulcerosa péptica. Prueba de hidrógeno espirado, ante sospecha de malabsorción de azúcares.

TRATAMIENTO

Manejo específico para enfermedad orgánica, adecuación de dieta en casos de intolerancia a carbohidratos. Manejo sintomático para trastornos funcionales, de acuerdo con la presentación (procinéticos, anticolinérgicos, laxantes, fibra, etc.).

Ante el cuadro de dolor abdominal definitivamente funcional, se debe explicar a los padres y al paciente, la naturaleza de su trastorno. Hay que modificar conductas nocivas, evitar el uso de medicamentos (que se hayan utilizado antes en el paciente sin ningún beneficio), y en casos de clara relación entre sucesos psicológico y aparición del dolor; en niños con alteraciones afectivas, y franca disfunción familiar; se han utilizado también terapias de autohipnosis con buenos resultados.

PRONÓSTICO

El pronóstico para la vida de los trastornos funcionales es bueno, hay resolución completa en más de la mitad de los casos, aunque en 25% persisten con dolor abdominal en la edad adulta y 25% manifiestan otros trastornos psicósomáticos. La aparición temprana (antes de los 6 años), la duración mayor de 6 meses, antes del diagnóstico, el sexo masculino, así como los antecedentes familiares de trastornos funcionales empeoran el pronóstico.

SUMMARY

Recurrent abdominal pain, is a common pediatric problem encountered by primary care physicians, medical subspecialists and surgical specialists. Chronic abdominal pain in children is usually functional-that is, without objective evidence of an underlying organic disorder. The presence of weight loss, gastrointestinal bleeding, persistent fever, chronic severe diarrhea and significant vomiting is associated with a higher prevalence of organic disease. In this article, it examined the diagnostic and therapeutic value of a medical and psychologic history, diagnostic tests, and pharmacological and behavioral therapy.

Key words: Recurrent abdominal pain; Children; Diagnosis; Management.

BIBLIOGRAFÍA

- Boey C, Ching M, Khean L. Psychosocial factors and childhood recurrent abdominal pain. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 1250-1253.
- Chitkara D, Delgado-Aros S, Bredenoord A, *et al.* Functional dyspepsia, upper gastrointestinal symptoms, and transit in children. *J Pediatr* 2003; 143: 609-613.
- Croffie J, Fitzgerald J, Chong S. Recurrent abdominal pain in children. A retrospective study of outcome in a group referred to a pediatric gastroenterology practice. *Clin Pediatr* 2000; 39: 267-274.
- Drossman DA. 1999 The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut* 1999; 45 (Supl 2): 111-115.
- Mohajan L, Wyllie R. Chronic abdominal pain of childhood and adolescence. In Willie R, Hyams J (eds.). *Pediatric gastrointestinal disease, pathophysiology, diagnosis, management*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Co.; 1999. p. 3-13.
- Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, *et al.* Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (Supl 2): 1160-1168.
- Vasconez F, Sandoval G. Dolor abdominal recurrente. En: Velasco CA (ed.). *Enfermedades digestivas en niños*. Cali: Programa Editorial, Universidad del Valle; 2003. p. 39-45.
- Walker L, Garber J, Smith C, Van Slyke D, Claar R. The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *J Consulting Clin Psychol* 2001; 69: 85-91.
- Walker L, Lipani T, Greene J, *et al.* Recurrent abdominal pain. Symptom subtypes based on the Rome II criteria for pediatric functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 38: 187-191.
- Zeiter D, Hyams J. Dolor abdominal recurrente en niños. *Clin Pediatr Norte Am* 2002; 49: 51-68.