

Dolor abdominal crónico y recurrente

Octavio Berbel Tornero¹, Fernando Clemente Yago², Carlos García Rodríguez³, Antonio Pereda Pérez¹

¹Hospital Universitario La Fe de Valencia. ²Hospital General Universitario de Alicante.

³Complejo Hospitalario de Ourense.

El dolor abdominal de larga duración en niños constituye un motivo frecuente de consulta en asistencia primaria y hospitalaria suponiendo el 24% de las consultas pediátricas. Entre 13-17% de los escolares experimentan dolor abdominal semanalmente. Suponen un elevado gasto sanitario (830 billones dólares por año en Estados Unidos).

DEFINICIÓN

El dolor abdominal cuya duración supera el mes se define como dolor abdominal crónico (DAC) y si supera los tres meses se denomina dolor abdominal recurrente, definido según los clásicos criterios de John Apley y Nora Naish desde 1957, establecidos en un estudio sobre 1000 niños en edad escolar, e incluían aquellos que presentaban al menos tres episodios de dolor suficientemente grave como para afectar su actividad, en un periodo de no menos de tres meses.

CLASIFICACIÓN (Tabla I)

En los menores de 4 años el DAC se establece como un “*diagnóstico*”, debiéndose descartar siempre organicidad así como un trastorno somatomorfo.

En los mayores de 4 años el DAC no es un diagnóstico sino un “*síntoma*” pudiéndose establecer el diagnóstico de funcional siguiendo los criterios del comité Roma III. Se debe descartar organicidad y tener en cuenta la posibilidad de un trastorno somatomorfo. El dolor abdominal funcional es la causa más frecuente de dolor abdominal crónico; es un diagnóstico específico y por tanto, el término “dolor abdominal recurrente”, tal y como se utiliza clínicamente y en la bibliografía, como diagnóstico, debe abandonarse en este grupo de edad.

FISIOPATOLOGÍA

Se establece la existencia de una reactividad intestinal anormal frente a diferentes estímulos: fisiológicos (alimentos, distensión del intestino, cambios hormonales), nociceptivos (procesos inflamatorios) o psicológicos estresantes (separación de los padres, ansiedad). Se asocia con una hiperalgesia visceral y una disminución del umbral algico en respuesta a cambios de presión intraluminales. Se reconocen dos tipos de hiperalgesia: a) Primaria: ocasionada por estímulos dolorosos precoces o múltiples. Originaría una sensibilización de las neuronas de los ganglios de la cadena dorsal, produciéndose dolor ante estímulos habitualmente por debajo del umbral de dolor, hiperalgesia, o incluso por estímulos que normalmente no producen dolor, alodinia; y b) Secundaria: por el incremento de la percepción consciente del dolor. Estaría ocasionada por cambios bioquímicos en la vía sensitiva aferente, que envía los estímulos dolorosos de la médula espinal a la corteza cerebral. Los procesos inflamatorios de la mucosa causados por infecciones, alergias o enfermedades inflamatorias primarias pueden provocar una sensibilización de los nervios aferentes, iniciándose la hiperalgesia visceral. Algunos pacientes inician el cuadro de dolor a partir de una gastroenterocolitis aguda, más frecuentemente por *Campylobacter* o *Salmonella*.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Un interrogatorio y un examen físico completos son los componentes de mayor importancia en la valoración de cualquier enfermo con DAC. Deben seguirse las siguientes premisas:

- Establecer la mejor relación de confianza posible con el niño y sus padres.

- Valorar la actitud del niño, de sus padres y la relación entre ambos.
- Realizar una historia psicosocial familiar. Investigar la presencia de trastornos orgánicos digestivos en los padres, trastornos psiquiátricos familiares y valorar la presencia de: factores o eventos estresantes de la vida, síntomas emocionales-conductuales y situación del funcionamiento familiar. La presencia de una historia psicosocial “patológica” no descarta organicidad.

La historia clínica debe ser completa pero destacando la búsqueda de síntomas vagales y cefalea, relación horaria y con la ingesta, así como la presencia de pirosis. La exploración completa debe incluir una detallada exploración abdominal con localización de dolor y su irradiación en el episodio agudo. Con todo ello podremos hacer una primera valoración del cuadro, que nos oriente sobre las pruebas complementarias iniciales. En ocasiones puede estar indicada la colaboración del paidopsiquiatra, o incluso iniciar un tratamiento de forma empírica. Todo ello debe ser explicado de forma sencilla a los padres, desde nuestra primera impresión diagnóstica, así como qué es lo que esperamos de los exámenes complementarios. Es habitual la persistencia de los síntomas (29% de los niños mantienen episodios de dolor tras varios años de seguimiento) y es aquí donde la confianza en el pediatra ayuda al paciente a superarlos, para que no supongan un impedimento para su vida ordinaria. La cronicidad del dolor funcional depende más de las características de los padres que del propio niño.

A) **Dolor abdominal crónico orgánico.** La causa orgánica debe considerarse siempre en primer lugar, principalmente en menores de 7 años y sobre todo menores de 3-4 años. La prevalencia de organicidad depende de la definición, edad del niño, población estudiada y exploraciones complementarias utilizadas (y su interpretación) situándose entre el 5-40%.

La presencia de síntomas o signos de alarma, o los hallazgos anormales o inexplicables en la exploración física, constituye una indicación para practicar pruebas diagnósticas que deben solicitarse de forma escalonada (Tabla II). En ausencia de síntomas o signos de alarma no es probable que los estudios diagnósticos sirvan para reve-

TABLA I. Clasificación del dolor abdominal crónico.

Menores de 4 años

1. DAC orgánico
2. DAC por somatización
3. DAC (“DIAGNÓSTICO”)

Mayores de 4 años

1. DAC orgánico
2. DAC por somatización
3. DAC funcional (“SÍNTOMAS”) (criterios de Roma III):
 - a. Dispepsia funcional
 - b. Síndrome de intestino irritable
 - c. Migraña abdominal
 - d. Dolor abdominal funcional
 - Síndrome de dolor abdominal funcional

DAC: dolor abdominal crónico

lar procesos orgánicos. Las principales enfermedades orgánicas relacionadas con el DAC figurarán en la tabla II.

- B) **Dolor abdominal crónico por somatización.** En el transcurso del estudio mientras se descarta causa orgánica, o desde el inicio si existe una gran sospecha de trastorno somatomorfo, debe solicitarse la valoración del paidopsiquiatra a quien corresponde el diagnóstico y tratamiento. Existen unos factores favorecedores o predisponentes que pueden desencadenar patología en una personalidad vulnerable, así como la presencia de unos factores precipitantes y otros factores mantenedores que pueden cronificar el proceso. Los factores de riesgo figuran en la tabla IV.
- C) **Dolor abdominal crónico funcional.** Una vez descartada enfermedad orgánica o trastorno por somatización, podemos establecer el diagnóstico de dolor abdominal recurrente o dolor abdominal funcional, en dependencia de la edad, es decir, menores o mayores de 4 años respectivamente, como hemos comentado. En el segundo grupo debemos aplicar los criterios de Roma III para tipificar las diferentes categorías (Tabla I).

TABLA II. Signos de alarma en la historia clínica y examen físico. Exploraciones complementarias.

Signos de alarma en la historia clínica

- Localización dolor lejos de la zona periumbilical o irradiación a miembros y espalda
- Dolor persistente en los cuadrantes superior o inferior derechos
- Cambios en el ritmo o características de las deposiciones
- Presencia de sangre en heces
- Estado nauseoso y los vómitos
- Disfagia
- Artritis-a-rtralgia
- Diarrea nocturna
- Dolor nocturno que despierta al niño (no así el que dificulte conciliar el sueño)
- Presencia de fiebre
- Síndrome miccional
- Pérdida de peso no voluntaria o la detención de la talla
- Antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, celiaca o úlcera péptica
- Anorexia
- Eritema nodoso

Signos de alarma en el examen físico

- Evidencia de pérdida de peso
- Dolor a la presión localizado en los cuadrantes superior o inferior derechos
- Distensión o un efecto masa localizados
- Hepatomegalia y esplenomegalia
- Dolor a la presión en el ángulo costovertebral o en la columna vertebral
- Anomalías perianales (úlceras perirrectales y/o fisuras anales)
- Hematoquecia

Exploraciones complementarias iniciales¹

Estudios de laboratorio basal

- Hemograma
- Bioquímica sanguínea
- Velocidad de sedimentación globular
- Sedimento
- Parásitos en heces
- Heces: sangre oculta, leucocitos, eosinófilos

Estudio de imagen basal

- Ecografía abdominal y pélvica (No está justificada la realización de una radiografía simple de abdomen, siendo su indicación excepcional)

¹Con los datos actuales no deben incluirse exploraciones para descartar enfermedad celiaca o *Helicobacter pylori* en el estudio inicial basal. En un segundo o tercer nivel asistencial, y según la sospecha clínica, podrían realizarse **estudios complementarios específicos**, entre los que destacan: serología enfermedad celiaca, biopsia intestinal, detección de antígeno en heces *Helicobacter pylori*, endoscopia, C¹³ Urea en aire espirado para determinación del *Helicobacter pylori*, test de lactosa +/- proteína de vaca, pHmetría 24 horas, tránsito intestinal superior, enema opaco, manometría anorrectal, colonoscopia, tomografía axial computarizada y otras exploraciones. Cápsula endoscópica. Laparoscopia

Los trastornos funcionales se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, no explicados por alteraciones bioquímicas y estructurales. Los trastornos funcionales pediátricos relacionados con dolor abdominal y sus características, siguiendo los criterios de Roma III, se citan a continuación.

Dispepsia funcional

Criterios de diagnóstico: deben cumplirse al menos una vez por semana al menos dos meses antes

del diagnóstico y deben de incluir todos los criterios siguientes:

- Dolor persistente o recurrente o molestias centradas en el abdomen superior (sobre el ombligo).
- Sin evidencia de que la dispepsia sea aliviada exclusivamente con la defecación o asociada con el comienzo de un cambio en la frecuencia de las heces o en su forma.
- Sin evidencia de enfermedad orgánica (inflamatoria, anatómica, metabólica o neoplásica) que pudiera explicar los síntomas.

TABLA III. Principales enfermedades orgánicas relacionadas con el dolor abdominal crónico.

- Intolerancia a carbohidratos: lactosa, fructosa, sorbitol, deficiencia de sacarasa/maltasa
- Estreñimiento
- *Helicobacter pylori*
- Enfermedad celiaca
- Parásitos: giardia y criptosporidium, blastocystis hominis
- Infección bacteriana intestinal: campylobacter, yersinia, clostridium difficile
- Infección urinaria
- Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis, duodenitis
- Esofagitis, gastritis y colitis eosinófila
- Anomalías anatómicas: malrotación, membrana, estrechez, duplicaciones intestinales, invaginación recurrente
- Anomalías genitourinarias: hidronefrosis, estenosis unión pieloureteral, nefrolitiasis, quiste ovárico, embarazo
- Enfermedad hepatobiliar/pancreática: hepatitis, colecistitis, quiste de colédoco, pancreatitis
- Fiebre mediterránea familiar
- Metabólicos: diabetes mellitus, intoxicación por plomo, aminoacidopatías

Síndrome del intestino irritable

Criterios de diagnóstico: deben cumplirse al menos una vez por semana al menos dos meses antes del diagnóstico y deben de incluir todos los criterios siguientes:

- Molestia o dolor abdominal asociado a dos o más de las siguientes características, al menos 25% del tiempo: mejora con la defecación, comienza asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones, comienza asociado con un cambio en la forma de las heces.
- Ausencia de enfermedad orgánica (inflamatoria, anatómica, metabólica o neoplásica) que expliquen los síntomas.

TABLA IV. Factores de riesgo

Factores favorecedores o predisponentes

- Individuales:
 - Dificultad para la expresión del lenguaje (alexitimia)
 - Características temperamentales del niño (perfeccionistas, responsables)
 - “Amplificación somatosensorial”
 - Cambios organización personal de la vida (factor edad)
 - Ansiedad de separación de la figura materna
- Familiares:
 - Trastornos del vínculo
 - Negación conflictos
 - Dificultad resolución problemas
 - Inadecuación aportes afectivos
 - Sobreprotección excesiva

Factores precipitantes

- Acontecimientos vitales estresantes o “life events”
 - Pérdida o duelo
 - Nacimiento de un hermano
 - Fracasos escolares
 - Frustración amorosa
 - Acoso o violencia escolar
 - Maltrato o abusos
- Mecanismo de “identificación proyectiva”: dolor abdominal en algún familiar cercano

Factores mantenedores

- Ganancia primaria y secundaria
- Distorsiones cognitivas
- Alteraciones perceptivas
- Factores iatrogénicos
- Antigüedad del cuadro
- Comorbilidad

Apoyan el diagnóstico:

- Frecuencia anormal de las deposiciones: 4 o más deposiciones por día y 2 o menos deposiciones por semana.
- Consistencia anormal de las heces: si son grumosas o duras, blandas o líquidas.
- Anomalías en la defecación: si existe un esfuerzo excesivo, urgencia defecatoria o sensación de evacuación incompleta.
- Sensación de plenitud o distensión abdominal.

Migraña abdominal

Criterios de diagnóstico: deben cumplirse dos o más veces en los doce meses precedentes y deben de incluir todos los criterios siguientes:

- Intensos episodios paroxísticos de dolor abdominal agudo, de una hora o más de duración.
- Intervalos libres de semanas a meses.
- El dolor interfiere con la actividad habitual.
- El dolor se asocia con dos o más de los siguientes síntomas: anorexia, náuseas, vómitos, cefalea, fotofobia y palidez.
- Ausencia de enfermedad orgánica (inflamatoria, anatómica, metabólica o neoplásica) que expliquen los síntomas.

Criterios de apoyo son la historia familiar de migraña y una historia de cinetosis.

Dolor abdominal funcional

Criterios de diagnóstico: deben cumplirse al menos una vez por semana al menos dos meses antes del diagnóstico y deben de incluir todos los criterios siguientes:

- Dolor abdominal continuo o episódico.
- Criterios insuficientes para encuadrarlo en otros trastornos gastrointestinales que puedan explicar el dolor abdominal.
- Ausencia de enfermedad orgánica (inflamatoria, anatómica, metabólica o neoplásica) que expliquen los síntomas.

Síndrome de dolor abdominal funcional: los criterios deben cumplirse al menos una vez por semana al menos dos meses antes del diagnóstico y deben incluir niños con dolor abdominal funcional en al menos 25% del tiempo o más de lo siguiente:

- Interfiere con la actividad normal diaria.
- Síntomas somáticos adicionales como cefalea, dolor miembros o dificultades para dormir.

TRATAMIENTO

Trastorno orgánico, psicossomático o funcional se implican en un número no despreciable de pacientes, y debería ser tenido en cuenta desde el punto de vista terapéutico.

1. Tratamiento DAC orgánico: se aplicara en tratamiento etiológico correspondiente según la enfermedad orgánica diagnosticada.

2. Tratamiento DAC por somatización: le corresponde al Paidopsiquiatra establecer el tratamiento y colaboración con el pediatra de atención primaria u hospitalario.
3. Tratamiento DAC funcional: debe seguir un modelo asistencial biopsicosocial. La mayoría de los niños, en particular en atención primaria, mejoran con medidas sencillas, con provisión de confianza, reconfortándolos y con el tiempo. Es muy importante:
 - Establecer una relación de confianza niño-padres-profesional sanitario por la recurrencia y cronificación del dolor (29% mantienen episodios de dolor tras varios años de seguimiento). La cronicidad del dolor funcional depende más de las características de los padres que del niño.
 - Resumir los síntomas del niño y explicar con términos sencillos que, aunque el dolor es real y frecuente, pocos de ellos sufren una enfermedad orgánica.
 - Puede compararse con la cefalea, un trastorno funcional que experimenta la mayoría de los adultos, y que muy raras veces se asocia con una enfermedad grave.
 - Aportar ejemplos, claros y apropiados para la edad, de los procesos que se asocian con la hiperalgesia, como las cicatrices en fase de curación, y las interacciones del cerebro y el intestino, como la diarrea y los vómitos que pueden experimentar los niños en situaciones estresantes (p. ej., antes de un examen o de una competición deportiva importante).
 - Establecer unos objetivos de tratamiento razonables, dirigido sobre todo a la recuperación de un funcionalismo normal, más que a la desaparición completa del dolor.

Aunque la mayoría de los niños mejoran con medidas sencillas, se ha recomendado una amplia gama de intervenciones: dietéticas, farmacológicas y psicossociales. a) *Modificaciones dietéticas:* faltan pruebas de alta calidad sobre la efectividad de las intervenciones dietéticas. Los suplementos de fibra, las dietas sin lactosa o los suplementos con lactobacillus no han demostrado una eficacia. b) *Medidas farmacológicas:* las pruebas son insuficientes acerca de su

beneficio. Hay pocos motivos para su uso fuera de ensayos clínicos. Los médicos pueden decidir prescribir los fármacos en niños con síntomas graves que no han respondido al tratamiento simple. Y c) *Medias psicosociales* (terapias cognitivas conductuales y familiar). Son las únicas medidas que pueden ser útiles para los niños con dolor abdominal crónico o recurrente.

Tratamiento de la dispepsia funcional

La tasa de respuesta al placebo es alta. Puede ser útil la retirada de AINEs y alimentos que agravan los síntomas (café, picantes, comidas grasas). Puede realizarse un tratamiento empírico con antagonistas de los receptores de histamina 2, inhibidores de la bomba de protones y sucralfato, aunque no hay evidencia científica del beneficio de estos fármacos. En ocasiones un procinético, antiemético o antidepresivo tricíclico a dosis bajas puede mostrar una discreta eficacia.

Tratamiento de síndrome de intestino irritable

El tratamiento suele empezar con cambios en la dieta. Pueden limitarse los alimentos con alto contenido en grasa, y en los niños con síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento puede administrarse una dieta rica en fibra, aunque no hay evidencia que los suplementos de fibra disminuyan la frecuencia de ataques de dolor. No debe restringirse la lactosa a menos que las pruebas de laboratorio documenten la malabsorción de la misma pues no hay evidencia que su supresión disminuya los síntomas. Tasa alta de respuesta a placebo, no obstante, cuando los síntomas persisten a pesar de cambios de la dieta, pueden utilizarse diversos fármacos. Hay evidencia que el tratamiento durante 2 semanas con aceite de peppermint (no disponible en España) puede ser beneficioso. El tratamiento anticolinérgico puede utilizarse con predominio de diarrea o con deposiciones variables. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen la siguiente línea de tratamiento.

Tratamiento migraña abdominal

Prevención de los episodios. Evitar los desencadenantes alimentarios, luminosos y emocionales. Los

fármacos más utilizados son el propranolol, la ciproheptadina, sumatriptan y pizotifen con resultados variables.

Tratamiento del dolor abdominal funcional

Al igual que con los otros trastornos funcionales la terapéutica empieza con el restablecimiento de la confianza de los padres y el niño. Puede emplearse una modificación en la dieta pero en general la mejoría es mínima. La intervención sobre los factores psicosociales es lo más importante, asociado o no a antidepresivos tricíclicos. Existen resultados favorables con la utilización de citalopram.

PUNTOS A RECORDAR

1. El origen orgánico del dolor abdominal crónico o recurrente no es frecuente en los niños, pero debe mantenerse siempre un alto índice de sospecha.
2. La detección de los síntomas y signos de alarma es prioritario para detectar organicidad.
3. Una valoración diagnóstica adicional no es necesaria si el niño no presenta síntomas o signos de alarma.
4. La presencia de una historia psicosocial "patológica" no descarta organicidad.
5. Es frecuente la persistencia de los síntomas tras varios años de seguimiento.
6. La cronicidad del dolor funcional depende más de las características de los padres que del propio niño.
7. No es posible aplicar un tratamiento específico pues no existe una clara evidencia de su beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

1. AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on chronic abdominal pain. Chronic abdominal pain in children: a technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenter Nutr* 2005; 40: 249-61.
2. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology, and Nutrition. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics* 2005; 115: 812-5.

3. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33: 165-70.
4. Baber KF, Anderson J, Puzanovova M, Walker LS. Rome II versus Rome III classification of functional gastrointestinal disorders in pediatric chronic abdominal pain. *J Pediatr Gastroenter Nutr.* 2008; 47: 299-302.
5. Berbel O, Ortuño J, Pereda A. Dolor abdominal crónico y dolor abdominal recurrente. *An Pediatr Contin* 2006; 4: 205-12.
6. Berbel O, Ochando O, Ortuño J, Pereda A. Dolor abdominal funcional: "criterios para un cambio". *Pediatrka* 2007; 27: 5-8.
7. Berbel O, Ochando O, Ortuño J, Pereda A. Orientación al diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal crónico y dolor abdominal recurrente en el niño y adolescente. *Pediatrka* 2007; 27: 9-17.
8. Gieteling MJ, Bierma Zeinstra SMA, Passchier J, Berger MY. Prognosis of chronic or recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenter Nutr.* 2008; 47: 316-26.
9. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23: CD003019.
10. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23: CD003017.
11. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23: CD003014.
12. Ochando G, Millán MC, Pereda A. Dolor abdominal de origen psicossomático. *An Pediatr Contin* 2006; 4: 213-8.
13. Pereda A, Berbel O, Maluenda C. Dolor abdominal crónico y recurrente en el niño y adolescente. En: Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, 2ª edición. Madrid: Ergon; 2008. p. 41-50.
14. Ramchandani PG, Hotopf M, Sandhu B, Stein A, ALSPAC Study Team. The epidemiology of recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, populationbased study. *Pediatrics* 2005; 116: 46-50.
15. Rasquin-Weber A, Imán PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45: 60-8.
16. Rasquin A, di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527-37.