

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal como síntoma tiene una importancia considerable dentro de una consulta de atención primaria pediátrica, no sólo por su frecuencia sino también por la ansiedad que genera en la familia que pide un diagnóstico y un tratamiento para el mismo. Son muchas las patologías que pueden cursar con dolor abdominal más o menos crónico, y, por ello, un paciente con dolor abdominal crónico se convierte en un reto para el especialista, que, partiendo de una historia clínica, exploración física y las pruebas complementarias necesarias, debe llegar a un diagnóstico.

DEFINICIÓN

El dolor abdominal crónico en niños se presenta normalmente como intermitente o recurrente (DAR). Este fue descrito por primera vez por Apley en 1958 como un dolor localizado en abdomen, de intensidad suficiente como para interrumpir la actividad habitual del niño, con tres o más episodios durante un periodo no inferior a 3 meses comprendidos en el último año, en niños mayores de 4 años⁽¹⁾.

En 1967, Apley establece dos grandes grupos dentro del DAR: DAR con enfermedades orgánicas y DAR con trastornos emocionales, advirtiendo que no se incluyeran pacientes en este segundo grupo por exclusión del primero, sino que fueran pacientes con criterios de trastorno emocional⁽²⁾.

Rappaport, en 1989, establece que los pacientes con DAR (15 % de la población escolar) en quienes no se llegue a objetivar una patología orgánica que lo justifique (90% de los casos) sean diagnosticados de Síndrome DAR, entendiendo como síndrome a una concurrencia de síntomas como dolor suficientemente intenso como para interrumpir la actividad diaria del niño, localización periumbilical del dolor, y una duración aproximada de 1-3 horas⁽³⁾. El dolor se acompaña en ocasiones de síntomas vagales como náuseas, vómitos, sudoración, rubor o palpitations, y una palpación dolorosa en cuadrante izquierdo. En los periodos intercrisis el paciente está totalmente asintomático.

Según la teoría multifactorial de Levine y Rappaport, el DAR sería el resultado de la interacción de una serie de causas primarias: predisposición, disfunción o trastorno orgánico, estilo y hábito de vida, temperamento y patrones de respuesta aprendidos y ambiente y acontecimientos críticos que hacen que un paciente con una misma patología esté asintomático y otro se encuentre incapacitado⁽⁴⁾.

Hyams y Himan hacen una descripción del DAR, pero no lo consideran como diagnóstico. Clasifican a los niños con dolor abdominal crónico o recurrente en tres grupos: un primer grupo en el que se identifica una causa fisiológica, una enfermedad orgánica, etc., como causa del dolor, un segundo grupo en el que no se puede demostrar causa alguna y en el que sólo encontramos la sintomatología (que son los trastornos funcionales gastrointestinales), y un tercer grupo formado por aquellos que no presentan enfermedad orgánica, sin patrón de síntomas, y que se diagnostican habitualmente de dolor abdominal de causa no orgánica o dolor abdominal funcional⁽⁵⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta a un 10-25% de la población infanto-juvenil (5-14 años), siendo más frecuente entre los 5 y 8 años de edad, con predominio en niñas sólo en la edad prepuberal⁽⁶⁾.

En un estudio realizado en adolescentes por Hyams en 1996 se observó que casi el 75% del total referían quejas de dolor abdominal. Hasta en un 17% la sintomatología era semanal y tenía una repercusión escolar en un 21% del total.

NECESIDAD DE UNIDAD DE CRITERIOS

Estos casos de dolor abdominal recurrente son difíciles tanto para el pediatra de atención primaria como para el especialista en gastroenterología infantil. En ocasiones se solicitan pruebas de laboratorio como hemograma, bioquímica sanguínea, VSG, analítica de orina, etc., con el fin de encontrar alguna "pista" que resulte orientativa. Ante la persistencia de los síntomas se hace obligado en numerosas ocasiones solicitar más pruebas y/o a realizar una hoja de interconsulta con el gastroenterólogo o con el psiquiatra infantil. Es muy importante que las pruebas que se soliciten se hagan siguiendo una lógica y una coherencia, porque, de lo contrario, un exceso de pruebas diagnósticas negativas no harían más que incrementar la ansiedad del paciente y su familia, que llegarían a preguntarse

cuestiones como: ¿qué es lo que están buscando?, ¿por qué no encuentran lo que va mal..?. Las preguntas “agresivas” sobre los factores psicosociales que pudieran estar contribuyendo a los síntomas deberían hacerse antes de iniciar una batería de pruebas que resultará larga y costosa. Por todo ello, es importante llegar a una unidad de criterios en cuanto a su diagnóstico y manejo.

MANEJO INICIAL DEL PROBLEMA

Es de suma importancia establecer una buena relación con el paciente y su familia, compartiendo su preocupación y entendiendo el dolor como real.

En la primera visita se valorará la actitud del niño y la relación entre los padres y el niño durante la entrevista. En la historia clínica se investigará la presencia de trastornos orgánicos digestivos en los padres y/o trastornos psiquiátricos en la familia, así como posibles problemas de relación entre los padres.

Una vez explorado el paciente podrá hacerse una primera valoración del cuadro, que oriente sobre las pruebas complementarias que se vayan a solicitar inicialmente. En ocasiones puede estar indicada ya desde un principio la colaboración del psiquiatra infantil o incluso iniciar un tratamiento de forma empírica.

Se debe explicar a los padres o familiares cuál es la primera impresión diagnóstica, tanto si se sospecha de un problema de origen orgánico como psicósomático, así como el motivo por el que se deriva a un psiquiatra infantil. Se establecerá un pronóstico que permitirá ganar la confianza del niño y su familia y se intentará evitar la realización de pruebas innecesarias para el diagnóstico y que únicamente servirán para reforzar el sentimiento de enfermedad del paciente. Es fundamental que el médico tenga una adecuada disponibilidad para que tanto el paciente como sus padres puedan comunicar cualquier cambio en los síntomas o sus inquietudes.

FORMAS CLÍNICAS DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Los niños con DAR presentan una clínica con tres patrones diferentes:

1.- DAR asociado a síntomas de dispepsia: dolor o molestias en epigastrio asociado con la ingesta, sensación de plenitud, náuseas, vómitos, pirosis, regurgitación. Es frecuente el antecedente familiar de úlcera péptica en estos niños, así como un bajo nivel económico, por la mayor frecuencia de *Helicobacter pylori*. Se consideran tres formas:

- Tipo ulceroso: con predominio del dolor
- Tipo dismotilidad: con predominio de molestias como saciedad precoz o sensación de plenitud o hinchazón
- Dispepsia inespecífica, no definida en los anteriores cuadros

2.- DAR asociado a alteraciones del ritmo intestinal: se caracteriza por dolor o molestia en región infraumbilical y menos frecuentemente en epigastrio, que se alivia con la defecación o se asocia a alteraciones en el ritmo defecatorio o en las características de las heces. Si no hay signos de alarma que hagan sospechar una enfermedad inflamatoria intestinal, y en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales, se puede establecer el diagnóstico de síndrome de intestino irritable, que puede presentar un patrón de estreñimiento (menos de tres deposiciones por semana) o de diarrea (más de tres deposiciones por día). Se debe pensar en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, ya que la demora habitual en su diagnóstico es de meses y no es infrecuente la apendicectomía previa al diagnóstico. La confirmación diagnóstica se realiza por colonoscopia y biopsia.

3.- DAR como dolor abdominal paroxístico periumbilical: definido por su típica localización periumbilical e intensidad variable. Es un dolor de difícil descripción por el niño, que no se irradia ni se relaciona con las comidas. Le dificulta el sueño, pero no llega a despertarlo. El niño adquiere posturas extrañas buscando que le alivien, puede acompañarse de fatiga, mareo o dolor de cabeza. Tiene frecuente relación con problemas psicosociales, entre los que se incluyen la ansiedad y/o depresión en el niño y en la familia, somatización y beneficio secundario. Así mismo, son frecuentes los problemas escolares por exceso o por defecto. Con todo lo anteriormente descrito y en ausencia de signos de alarma, se cumplen los criterios del síndrome de dolor abdominal funcional.

TABLA 1.- PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO (exclusión de causa orgánica)	
<p>1.- Por Historia Clínica: Deberá cumplir criterios de DAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • > 4 años • Dolor de intensidad que afecta a la actividad del niño • Más de 3 episodios en los últimos 3 meses <p>Signos de Alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor localizado lejos de la zona periumbilical o se irradia a miembros y espalda • Cambios en el ritmo o calidad de las deposiciones. Presencia de sangre en las heces • Presencia de náuseas y/o vómitos • El dolor le despierta por la noche • Presencia de fiebre • Síndrome miccional • Pérdida de peso no voluntaria y/o detención del crecimiento 	
<p>2.- Por la exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso o signos clínicos de desnutrición • Presencia de masas o visceromegalias • Úlcera perirrectal o fisura anal • Tacto rectal con presencia de fecalotas o dedil manchado de sangre 	
<p>3.- Por datos de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma alterado con anemia y/o trombocitosis • Aumento de los marcadores de enfermedad inflamatoria o infección: VSG y PCR • Alteraciones en el sedimento y/o bioquímica de orina • Presencia de sangre oculta en heces • Presencia de parásitos en heces 	
<p>4.- Estudios de imagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RX simple de abdomen: su aportación es muy escasa salvo en los casos de estreñimiento • Ecografía: las causas orgánicas de DAR que se pueden diagnosticar mediante ecografía son fundamentalmente del tracto urogenital (riñón, vías urinarias, y en niñas el quiste de ovario), hígado, vía biliar, páncreas y bazo. En tracto digestivo, únicamente quistes en mesenterio, omento y quiste duodenal • Tránsito intestinal superior: indicado en casos de dispepsia ulcerosa o enfermedad inflamatoria intestinal • Enema opaco: podría indicarse en el estreñimiento severo, pero sería más adecuada su realización tras una manometría ano-rectal alterada • Tomografía computerizada, endoscopia y colonoscopia 	

TABLA 2.- Confirmación/exclusión de trastorno somatomorfo	
Si el pediatra sospecha un trastorno somatomorfo, derivará al paciente al psiquiatra infantil para su diagnóstico	
Signos de alarma en el niño	Signos de alarma en la familia
Presencia de trastornos emocionales como: <ul style="list-style-type: none"> • Miedo excesivo • Enuresis • Trastornos del sueño • Trastornos del apetito • Trastornos de la personalidad (ansiedad, perfeccionismo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia paterna • Discusiones familiares • Enfermedad física o depresión en la madre • Excesiva rigidez de los padres

Tabla 3.- Diagnóstico del DAR	
DAR asociado a síntomas de dispepsia	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico • Disquinesia biliar • Úlcus péptico
DAR asociado a alteraciones del ritmo intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad inflamatoria intestinal • Estreñimiento • Intestino Irritable
DAR como dolor paroxístico periumbilical	<ul style="list-style-type: none"> • Cólico apendicular • Migraña abdominal • Porfiria Aguda Intermitente • Trastornos ginecológicos • Obstrucción de la unión urétero-piélica • Obstrucción parcial del intestino delgado • Dolores músculo-esqueléticos • Hernia de la línea alba • Discitis

Figura 1.- PROTOCOLO DIAGNÓSTICO (Modificado de Sanz)⁷

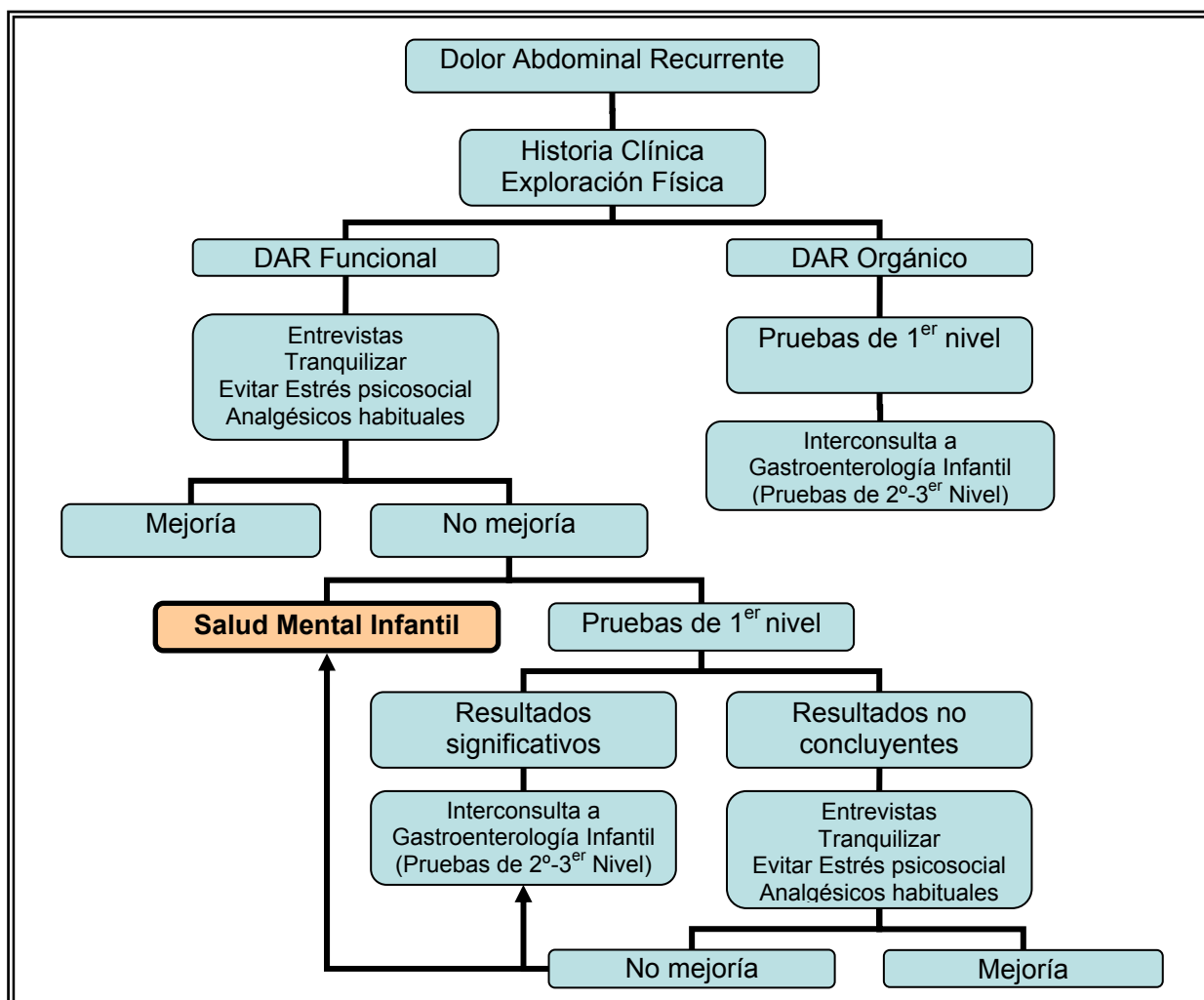
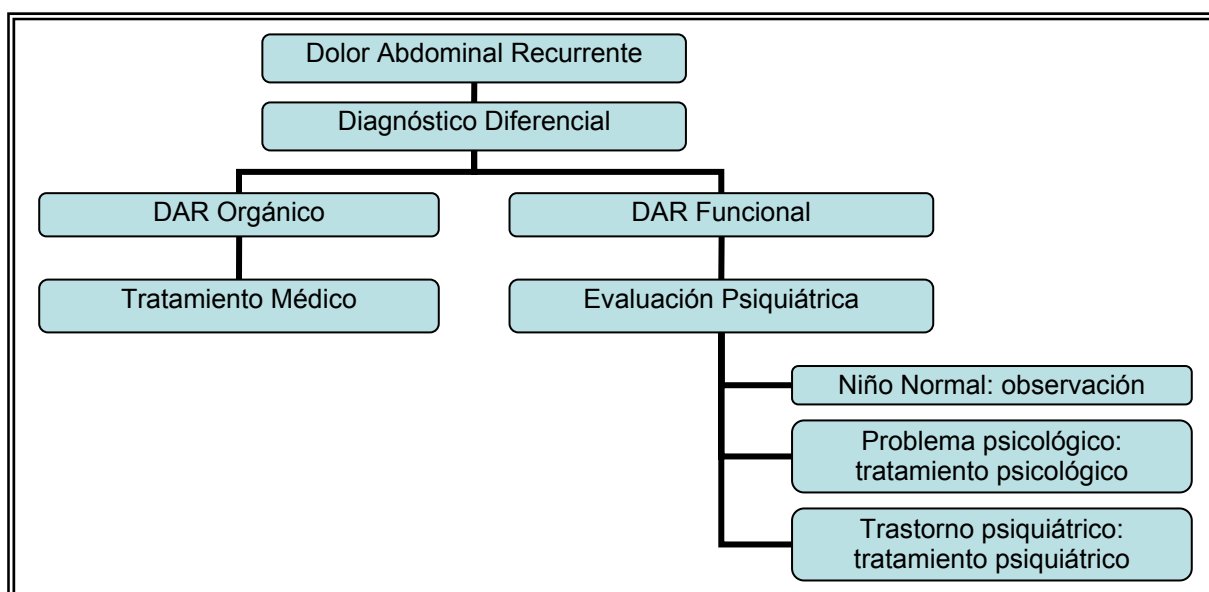


Tabla 4.- Pruebas complementarias	
Primer Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma con recuento y fórmula leucocitaria • VSG • Bioquímica sanguínea: glucosa, iones, AST, ALT, GGT, amilasa, colesterol, triglicéridos, proteínas totales • Sedimento y cociente Ca⁺⁺/creatinina en orina • Urocultivo • Estudio de heces: coprocultivo, parásitos, sangre oculta en heces • Ecografía abdominal y/o Rx simple de abdomen • Mantoux • Serología Helicobacter pylori
Segundo Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Test de hidrógeno espirado • Tránsito gastrointestinal superior y enema opaco • Endoscopia digestiva superior • Electroencefalograma • Urografía intravenosa, cistografía miccional seriada, colecistografía, pruebas de función renal, pruebas para descartar alergia gastrointestinal, celiaquía, valoración psicológica
Tercer Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Rectosigmoidoscopia, colonoscopia • Gammagrafía abdominal con Tc⁹⁹ • TC abdominal • Pb en sangre • Catecolaminas y porfirinas en sangre y orina • Test del sudor • Ph-metría • Biopsia intestinal • Rx Tórax • Laparoscopia

Figura 2.- ALGORITMO TERAPÉUTICO (Modificado de Sanz)⁷



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lissauer T, Clayden G. Gastroenterología. En Lissauer T, Clayden G, eds. Texto ilustrado de Pediatría. 1ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1998; 123-137.
- 2.- Apley J. El niño con dolor abdominal recurrente. Clin Pediatr Nort Am 1967; 14: 63-72.
- 3.- Rappaport J. Recurrent abdominal pain. Theories and pragmatics. Pediatrician 1989; 16: 78-84.
- 4.- Levine MD, Rappaport LA. Dolor abdominal recurrente en niños escolares. La soledad del médico distante. Clin Pediatr Nort Am 1984; 969-992.
- 5.- Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain in the biopsychosocial model of medical practice. J Pediatr 1998; 133: 473-478.
- 6.- Schraff L. Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. Clin Psychol Rev 1997; 17: 145-166.
- 7.- Sanz de la Garza CL, Gámez Guerrero S, Serrano Guerra E, Gutiérrez Casares JR. Dolores abdominales recurrentes en atención primaria: estudio del dolor abdominal recurrente funcional. An Esp Pediatr 2000; 53: 458-468.