

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

manejo extrahospitalario

Definición

Tres o más episodios de dolor abdominal durante un periodo no inferior a tres meses, lo suficientemente intenso para perturbar la actividad normal del niño.^{1,2,3,4}

La Academia Americana de Pediatría (AAP) aconseja evitar el término de dolor abdominal recurrente (DAR) y sustituirlo por el de dolor abdominal crónico, por la errónea tendencia que existe, por parte de algunos profesionales, a relacionar esta entidad únicamente con trastornos funcionales.⁵

Epidemiología

La prevalencia exacta es desconocida, aunque existen estudios que indican que afecta entre el 10% y el 18% de los escolares.^{1,2,3,4} En nuestro medio puede llegar a representar el 22% de las primeras visitas durante el periodo escolar, decayendo en las vacaciones, lo cual involucra al estrés y a la fobia escolar de una manera clara.⁶

Suele aparecer en la edad escolar, entre los 5 y los 12 años. A partir de los 9 años es más común en mujeres (1.5:1).

Clasificación

Orgánico: constituye del 5-10% de los casos.

Funcional: en el 90-95% de los casos no se puede demostrar causa orgánica.

LA MAYORÍA DE LOS DAR SON FUNCIONALES PERO DEBEMOS DESCARTAR LAS CAUSAS ORGÁNICAS

Diagnóstico

Ningún esfuerzo diagnóstico es más importante que la *anamnesis*. Debemos plantear las siguientes cuestiones:

Antecedentes familiares de:

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad péptica
- Infección por *Helicobacter pylori*
- Enfermedades hematológicas
- Alteraciones nefrourológicas

Características del dolor y síntomas acompañantes

Localización: en el DAR funcional suele ser *peri umbilical*. Indicar al paciente que señale *con un dedo* donde le duele y *si se irradia*.

Intensidad: si afecta a la actividad normal del niño.

Duración: desde cuando presenta dolor y cuánto dura cada episodio (minutos, horas).

Tabla 1. Etiología del DAR orgánico.

GENITOURINARIO	Hidronefrosis Pielonefritis crónica Litiasis renal	Embarazo ectópico Dismenorrea Quiste ovárico
GASTROINTESTINAL	Estreñimiento Enfermedad Celiaca Intolerancia Lactosa Enfermedad por RGE Pancreatitis Crónica	Colelitiasis Malrotación Invaginación Divertículo de Merkel Enfermedad Inflamatoria Intestinal
INFECCIOSO	Helicobacter pylori Giardia lamblia Salmonella sp	Yersinia enterocolitica Campylobacter jejuni Tuberculosis Intestinal
HEMATOLOGÍA	Leucemia Linfoma	Anemia drepanocítica Talasemia
OTROS	Diabetes Mellitus Púrpura de Schönlein-Henoch	Migraña abdominal Intolerancias alimentarias

LA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN SON BÁSICAS
PARA UN CORRECTO ENFOQUE DIAGNÓSTICO

Frecuencia: diaria, semanal, mensual.

Tipo: continuo ó tipo cólico.

Si lo despierta por la noche.

Si mejora o empeora con algo.

Relación con la ingesta.

Consumo de zumos de frutas: especialmente cuando se consumen en cantidad excesiva, pueden producir flatulencia, distensión o sensación de plenitud abdominal y dolor abdominal por malabsorción de los hidratos de carbono de los zumos.⁷

Cambios del ritmo o calidad de las deposiciones:

- moco o sangre en las heces
- heces o ventosidades malolientes en exceso (Giardia lamblia)
- diarrea o estreñimiento

Nauseas y/o vómitos.

Pérdida de peso y/o detención del crecimiento.

Síntomas extra intestinales: fiebre, rash, dolor articular, úlceras peri rectales, aftas orales, hipertensión arterial, síndrome miccional.

Exploración física

Debe ser sistemática, sin olvidar los siguientes extremos:

- Estado general.
- Peso, talla y tensión arterial.
- Buscar *signos clínicos de desnutrición:* escaso panículo adiposo, escasa masa muscular, pelos ralos, nalgas en bolsa de tabaco, lengua seca, piel laxa (Enfermedad Celiaca).
 - Cabeza y cuello: presencia de adenopatías (TBC, leucemias y linfomas), aftas orales (Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermedad Celiaca, Enfermedad de Bechet).
 - Aparato digestivo. Observar, palpar y auscultar el abdomen buscando: distensión abdominal (Enfermedad Celiaca), masas, megalias. Examinar la región peri anal buscando úlceras peri rectales (Enfermedad Inflamatoria Intestinal) o fisuras anales.
 - Tacto rectal buscando fecalomas o dedil manchado de sangre.
 - Examinar de forma rutinaria la región inguinal buscando hernias.
 - Genitales externos: no olvidar exploración testicular.
 - Puño-percusión.
 - Aparato locomotor: búsqueda de signos

inflamatorios en las articulaciones (Enfermedad Inflamatoria Intestinal).

- Piel: búsqueda de rash (Enfermedad Inflamatoria Intestinal).

Signos de alarma

Los signos de alarma que nos deben alertar de una posible causa orgánica subyacente son:^{8,9,10}

1. Dolor localizado lejos de la zona peri umbilical, asimétrico y/o irradiado.
2. Cambios en el ritmo o en la calidad de las deposiciones. Diarrea crónica y /o sangre en las heces.
3. Pérdida de peso y/o desaceleración del crecimiento.
4. Dolor de presentación nocturna despertando al niño. No si le dificulta conciliar el sueño.
5. Síntomas extra intestinales como: fiebre, rash, dolor articular, úlceras peri rectales, aftas orales, hipertensión arterial , síndrome miccional.
6. Vómitos.
7. Hemorragia digestiva: melenas, rectorragia o hematemesis.
8. Edad: en los *menores de 3 años* el DAR es, generalmente, de causa orgánica.
9. Historia familiar: Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
10. Presencia de organomegalias o masas.
11. Fístula o absceso peri rectal.

EN LOS MENORES DE TRES AÑOS EL DAR ES,
GENERALMENTE, DE CAUSA ORGÁNICA

Pruebas complementarias

Sí existen signos o síntomas de alarma que nos sugieran organicidad es preciso realizar los estudios específicos para diagnosticar la enfermedad en cuestión.⁹

Ante todo paciente con DAR se realizará el siguiente *estudio básico inicial:*

- Hemograma, VSG,
- Bioquímica: glucosa, creatinina , amilasa, GOT-AST, GPT-ALT y ferritina.
- Sistemático, sedimento de orina y urocultivo.
- Parásitos en heces y Test de Graham.

Si toda la batería de pruebas es normal y persiste el dolor abdominal, se realizará *siempre* el estudio

ESTUDIO BÁSICO INICIAL

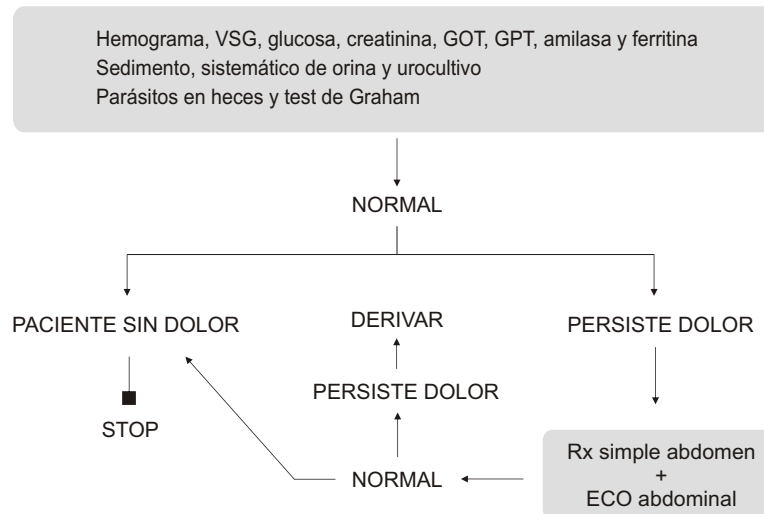


Gráfico 1. Estudio básico inicial en todo paciente con DAR.

por imagen siguiente:

- Radiografía simple de abdomen y
- Ecografía abdominal

La realización de otras pruebas diagnósticas solo estarían indicadas si se acompaña de otros síntomas, como:

DAR con diarrea, retraso ponderoestatural, anorexia o distensión abdominal. DAR y ferropenia aislada: *IgA*, *Anticuerpos antigliadina IgA* y *Anticuerpos antitransglutaminasa IgA*.

DAR con diarrea crónica: *coprocultivo*.

DAR con sospecha de Enfermedad Inflamatoria Intestinal o cuando los padres refieran la presencia de sangre en las heces: *sangre oculta en heces*.

DAR con dolor en epigastrio, pirosis, vómitos, o sensación de plenitud posprandial: *Antígeno en heces de Helicobacter pylori*.

Aunque el diagnóstico definitivo de la infección por *Helicobacter pylori* únicamente se puede realizar, de una manera fiable, por *endoscopia y biopsia*,¹¹ existe suficiente evidencia para recomendar, especialmente en el medio extrahospitalario, test no invasivos. De todos ellos el *test del aliento*, es el que ha mostrado resultados más fiables,¹¹ sin embargo su realización presenta dificultades estratégicas en nuestro medio.

El *test de antígeno en heces*, aunque menos

sensible que el anterior, es fácil de realizar. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de la enfermedad y su relación con el cáncer gástrico en la edad adulta, este Comité recomienda, por consenso, este test como método de screening en Atención Primaria.

Hay que tener en cuenta que su negatividad no descarta la enfermedad. Por tanto, si persisten los síntomas se deben realizar otras pruebas para descartar el diagnóstico.

Criterios de derivación

- 1.- Al Servicio de Urgencias del HUMIC:
DAR que presenta en algún momento de su evolución, masa abdominal, melenas o hematemesis.
- 2.- A la Unidad de Gastroenterología Pediátrica, con carácter *preferente*:
Rectorragias de repetición (dos o más episodios), una vez descartada fisura anal.
Sospecha de enfermedad celiaca
Sospecha de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
DAR en niños menores de 3 años.
- 3.- A la Unidad de Gastroenterología Pediátrica, con carácter *normal*:
Persistencia del dolor abdominal en un paciente en el que el estudio básico inicial de laboratorio y el estudio por imagen es normal.
Alteraciones en las pruebas complementarias que sugieran patologías subsidiarias de control y tratamiento por dicha Unidad.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Servicio de Urgencia HUMIC (urgente)	Unidad Gastroenterología Pediátrica (preferente)	Unidad Gastroenterología Pediátrica (normal)
<p>DAR que presenta en algún momento de su evolución:</p> <p style="padding-left: 20px;">masa abdominal melenas hematemesis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rectorragias de repetición (dos o más episodios), una vez descartada fisura anal. 2. Sospecha de Enfermedad Celiaca 3. Sospecha de Enferm. Inflamatoria Intestinal. 4. DAR en niños menores de 3 años. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persistencia del dolor abdominal en un paciente en el que el estudio básico inicial de laboratorio y el estudio por imagen es normal. 2. Alteraciones en las pruebas complementarias que sugieran patologías subsidiarias de control y tratamiento por dicha Unidad.

Tabla 2. Criterios de derivación del DAR.

Pronóstico

En la mayoría de los estudios se confirma la continuidad de los síntomas dolorosos a lo largo de los años.^{12,13} Los estudios corroboran la persistencia del síntoma en 50-75% de los casos por un período de 5 años.^{12,14} Las posibilidades de que se perpetúe el síntoma son mayores, cuando aparecen los siguientes factores: duración del dolor mas de 6 meses, aparición antes de los 5 años de edad, ser del sexo masculino y/o si otros miembros de la familia padecen trastornos funcionales.

Tratamiento

En el caso de patología orgánica el tratamiento deberá ser el específico de la misma. Es preciso buscar factores en el ámbito emocional, psicológico y social que puedan influir en el DAR e intentar solventarlos, derivando si es necesario al paciente a la Unidad de Salud Mental. Hay evidencias de que la terapia cognoscitivo conductual puede ser útil mejorando el dolor a corto plazo.^{9,15,16}

No existen evidencias significativas sobre la eficacia de los antiespasmódicos en el DAR en la bibliografía consultada.

No existe evidencia científica de que las dietas sin lactosa,^{17,18} o las dietas ricas en fibra^{18,19} mejoren la sintomatología en pacientes con DAR.

Bibliografía

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1.000 school children. Arch Dis Child. 1958;33:165-170.
2. Apley J. The child with abdominal pains, 2º ed. London-Blackwell, 1975.
3. Boyle JT. Abdominal pain. Walker-Smith .W.A, Watkins .J.B, Eds. Pediatrics gastrointestinal disease. Ontario : BC Decker, 2000 : 129-149.

4. P. Urruzuno Tellería, C. Busuño García y ML Cilleruelo Pascual. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica. Dolor abdominal. An Esp Pediatr. 2002; 56 : 452-458.
5. Chronic Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain and NASPGHAN Committee on Abdominal Pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr, March 2005; Vol 40(3): 245-248.
6. Bousoño .C, Ramos Palo .E, López Benito.M, Sánchez Uribelarra .M, Galán J.A. Dolor abdominal recurrente. Protocolo. Acta pediatr Esp 1991; 49: 285-288.
7. American Academy Of Pediatrics. Committee on Nutrition. The Use and Misuse of Fruit Juice in Pediatrics. Pediatrics. 2001; Vol. 107 No. 5.
8. Antonio Pereda Pérez, Ignacio Manrique Martínez, María Pineda Gil. Dolor abdominal recurrente. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición en pediatría. <http://www.aeped.es/protocolos/gastroentero/index.htm>. Fecha entrada: 23, octubre de 2005.
9. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. American Academy of Pediatrics. Chronic abdominal pain in children. Pediatrics . 2005; Vol. 115 N° 3: 370-381.
10. Ralph Pinnock. Starship Children's Hospital. Abdominal pain, recurrent in childhood. Paediatric clinical guidelines Revisada 2004. <http://www.starship.org.nz/Clinical%20Guideline%20PDFs/Abdominal%20Pain,%20Recurrent%20in%20Childhood.pdf>. Entrada a web: 23 octubre 2005.
11. Benjamin D yeols. Medical Position Statement: The North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition : Helicobacter pylori infection in Children: Recommendations for diagnosis and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr; 2000; 31: 490-497.
12. Sanz de la Garza C.L, Gámez Guerrero .S, Gutiérrez Casares J.R. Dolores abdominales recurrentes en atención primaria : estudio del dolor abdominal recurrente funcional. An Esp Pediatr. 2000; Vol 53. N° 5:458-468.
13. Wasserman AL, Whittington PF, Rivera FP. Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescent. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry 1985; 27:1791-84.
14. Christensen MF, Mortensen O. Longterm prognosis in children with recurrent abdominal pain. Arch Dis Child 1975; 50 :110-114.
15. Sanders MR, Rebetz M, Marrison M, et al. Cognitive behavior treatment nonspecific abdominal pain in children: an analysis of generalization maintenance and side effects. J Consult Clin Psychol 1989; 57: 290-294.
16. Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, Woolford H. The treatment of recurrent abdominal pain in children : a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. J Consult Clin Psychol. 2004 . 62:206-314.
17. Lebenthal E, Rossi TM, Nord KS, Branski D. Recurrent abdominal pain and lactose absorption in children, Pediatrics. 1981;67:828-832.
18. Joy A. Weydert, MD, Thomas M. Ball, MD, MPH and Melida F. Davis, PhD. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. Pediatrics January 2003; Vol 111, N° 1:1-11.
19. Feldman W, McGrrath P, Hogdson C, Ritter H, Shipman RT. The use of dietary fiber in the management of simple, childhood, idiopathic, recurrent, abdominal pain. Results in a prospective , double-blind, randomized, controlled trial. Am J Dis Child. 1985;67:828-832.