

Dolor abdominal crónico en pediatría (parte 1). Definición y clasificación

Iván Pedrero Olivares,* Tania Rocío Garibay Huarte**

RESUMEN

Objetivo: Analizar la comprensión médico-clínica del término «dolor abdominal crónico» en pediatría y orientar adecuadamente los criterios diagnósticos y el abordaje necesario para un tratamiento exitoso. **Métodos:** Se realizó una búsqueda básica en Medline, Scielo y PubMed del término «dolor abdominal crónico» con el fin de encontrar artículos de revisión respecto a la definición: abordaje diagnóstico y tratamiento, enfocado a la organización y protocolo para descartar causas orgánicas, antes de clasificarlo como dolor abdominal funcional. **Resultados:** No existen revisiones del tema lo suficientemente enfocadas a descartar la presencia de patologías de origen orgánico como causa de dolor abdominal crónico. **Conclusión:** Es un hecho que las patologías de origen funcional cubren el mayor porcentaje de los dolores abdominales crónicos en pediatría; sin embargo, no se cuenta con un protocolo diagnóstico para descartar el origen orgánico. Uno de los retos más comunes en la consulta pediátrica es el que padece de dolor abdominal. La mayoría de los casos son eventos agudos de origen infeccioso que pueden resolverse de manera rápida y sin intervenciones extraordinarias. Sin embargo, en ocasiones, los pacientes reinciden con la misma sintomatología y la terapéutica no funciona; es aquí donde el médico pediatra debe de orientar su conocimiento y clasificar adecuadamente a los pacientes para su correcto diagnóstico y tratamiento. En esta serie de dos artículos, se discute la entidad nosológica conocida como dolor abdominal crónico, diferente a las de dolor abdominal recurrente, dolor abdominal funcional, síndrome de intestino irritable o dispepsia funcional. Además, se presenta el abordaje diagnóstico para descartar las causas orgánicas de este padecimiento y terapéuticas sugeridas, ambos orientados por la sospecha clínica.

Palabras clave: Dolor abdominal, crónico, niños, orgánico, funcional.

ABSTRACT

Objective: To analyze the medical understanding of the term «chronic abdominal pain» in pediatrics and orient properly the diagnostic criteria and approach necessary for a successful treatment. **Methods:** We performed a basic search in Medline, Scielo and PubMed for the term «chronic abdominal pain» to find reviews regarding the definition, diagnosis and treatment approach, focused on the protocol to rule out organic causes before labeling it as «functional abdominal pain». **Results:** There are no reviews of the topic focused enough to rule out diseases of organic origin as a cause of chronic abdominal pain. **Conclusion:** It is a fact that the diseases of functional origin cover the largest amount of chronic abdominal pain in children, but there are no standard procedures to rule out organic origin. One of the most common challenges in the pediatric consult is the patient suffering abdominal pain. Most cases are acute infectious events that can be resolved quickly and without extraordinary interventions. However, sometimes patients relapse with the same symptoms and therapy does not work, this is where the pediatrician should guide his knowledge and carefully classify patients for proper diagnosis and treatment. In this series of two articles we will discuss the disease entity known as chronic abdominal pain, different from those of recurrent abdominal pain, functional abdominal pain, irritable bowel syndrome or functional dyspepsia. We also present the diagnostic approach to rule out organic causes of this disease and suggested treatment, both guided by clinical suspicion.

Key words: Abdominal pain, chronic, children, organic, functional.

* Pediatra Gastroenterólogo, Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI).

** Coordinadora de Enseñanza e Investigación. HRAEI.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal crónico es uno de los síntomas más comunes en pediatría; afecta aproximadamente al 34% de la población mundial menor de 18 años.¹ Cerca del 75% de los adolescentes presentan dolor abdominal crónico en algún momento de su vida.²

A finales de los 50, después de estudiar 1,000 pacientes escolares, Apley³ estableció el criterio para definir el dolor abdominal como aquel que se presenta por lo menos una vez al mes, durante tres meses consecutivos con intensidad suficiente para alterar el ritmo de vida cotidiano.⁴

El dolor abdominal crónico (DAC) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría; comprende de 2 a 4%. Habitualmente, se presenta entre los cinco y los 12 años, siendo más frecuente en el grupo de cinco a ocho años. No parece claro que exista predominio de género antes de los nueve años, pero a partir de entonces es más común en mujeres (5:1). El dolor abdominal crónico representa un trastorno común de la niñez y afecta entre el 10 y el 18% de los escolares.⁵ Incluso puede ser más común, ya que hasta un tercio de los niños al inicio de su escolarización pueden referirlo sin consultar por ello.⁶ En nuestro medio, se observa que el dolor abdominal crónico llega a representar el 22% de las primeras visitas durante el periodo escolar, decayendo en las vacaciones de manera extraordinaria, lo cual en la literatura mundial se considera como factor determinante de cómo el estrés y la fobia escolar modifican el comportamiento de la enfermedad.⁷

Es muy frecuente que el médico se enfrente a pacientes con dolor abdominal en el consultorio, en la sala de urgencias o durante la visita en salas de hospitalización; en la mayoría de los casos, este síntoma es parte de un síndrome de etiología a determinar, por lo que el abordaje diagnóstico es fundamental. Sin embargo, el abordaje se complica cuando el dolor abdominal se presenta como un síntoma pivote y solitario, que además se vuelve recurrente en la mayoría de los casos, por lo que definir un protocolo diagnóstico para este tipo de pacientes pediátricos es pertinente en la actualidad.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

En marzo de 2005, la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición, a través del Subcomité de Dolor Abdominal Crónico, publicó una Guía Clínica⁸ tras una revisión exhaustiva de la bibliografía existente, utilizando técnicas de grupo nominal, que permiten llegar a conclusiones basadas en la eviden-

cia disponible. Se revisan a continuación sus propuestas a partir de las cuales se recomienda modificar la nomenclatura en los siguientes términos:

1. Abandonar el término de *dolor abdominal recurrente* como diagnóstico definitivo y final de todo dolor abdominal que no sugiera, o en el que no se encuentre, enfermedad que lo justifique.
2. Utilizar la acepción de dolor abdominal crónico como aquél de larga duración (más de tres meses, mínimo una episodio por mes) y de intensidad suficiente para alterar el ritmo de vida cotidiano, pudiendo ser intermitente o constante, de etiología funcional u orgánica. En la práctica clínica, un dolor abdominal que dure más de uno o dos meses puede considerarse como crónico.
3. Utilizar el término de dolor abdominal funcional para aquel en el que no se han hallado signos demostrables de algún proceso patológico de tipo anatómico, metabólico, infeccioso, inflamatorio o neoplásico.
4. Tratar de clasificar en dolor abdominal funcional en alguno de los cuatro patrones de síntomas según los criterios de Roma III:
 - *Dispepsia funcional*: Dolor abdominal funcional con molestias en la parte superior del abdomen.
 - *Síndrome del intestino irritable*: Dolor abdominal funcional con trastornos en la defecación.
 - *Migraña abdominal*: Dolor abdominal funcional asociado a náuseas, vómitos, palidez con antecedentes maternos de cefaleas migrañosas.
 - *Síndrome de dolor abdominal funcional*: Sin las características de dispepsia, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal.

Es importante, al abordar un paciente con dolor abdominal crónico, certificar siempre la presencia o ausencia de causas orgánicas, ya que la literatura mundial reporta que 80 a 90% de los cuadros son funcionales y la terapéutica utilizada en pocas ocasiones remite los cuadros.

La fisiopatología del dolor abdominal se centra en la génesis del mismo. Desde su descripción como entidad clínica se han elaborado muchas teorías para intentar explicar su aparición; desde las más antiguas, como la teoría somatomórfica, hasta las más recientes que atribuyen la clínica a la reactividad intestinal. Pueden clasificarse en tres:

1. TEORÍA SOMATOMÓRFICA

La teoría somatomórfica trata de buscar una justificación psicosomática al dolor abdominal, con base en que cumple los criterios del Manual de diagnóstico y esta-

dístico de los trastornos mentales (DSM IV), referidos al «trastorno somatomorfo indiferenciado», al tratarse de síntomas gastrointestinales que, tras un examen físico adecuado, no pueden explicarse por una enfermedad médica conocida, que producen deterioro social o escolar con duración superior a seis meses y que los síntomas ni se producen intencionadamente, ni son simulados, ni pueden ser explicados por otro trastorno mental. Actualmente, se cree que los factores psicológicos del niño y los padres son más importantes a la hora de buscar asistencia médica que como factores desencadenantes del dolor.

2. TEORÍA DE LA ALTERACIÓN DE LA MOTILIDAD INTESTINAL

Relaciona la aparición y persistencia del dolor con una disregulación del sistema nervioso entérico. Las investigaciones recientes no han identificado anomalías motoras lo suficientemente importantes como para atribuir los síntomas que padecen los niños con dolor abdominal crónico.

3. TEORÍA DE LA ALTERACIÓN DE LA REACTIVIDAD INTESTINAL

La teoría de la reactividad intestinal intenta explicar el dolor abdominal a través de una sensibilización de la vía aferente debida a procesos alérgicos, inflamatorios o infecciosos de la mucosa intestinal. Esta sensibilización se traduce en hiperalgesia visceral y disminución del umbral del dolor como respuesta a los cambios de presión intraluminal que se producen al actuar los factores desencadenantes:

- *Fisiológicos*: alimentos, distensión intestinal y cambios hormonales.
- *Nociceptivos*: procesos inflamatorios.
- *Estímulos psicológicos estresantes*: ansiedad, separación de los padres, etcétera.

La terapéutica que se ha empleado para el dolor abdominal crónico se basa en las diferentes interpretaciones de las teorías mencionadas. Sin embargo, los resultados son muy variables, puesto que no se ha encontrado una etiología común para explicar la génesis del mismo.

El consenso general es que el dolor abdominal crónico es real y no imaginario y la patogenia no es clara, por lo que la orientación diagnóstica no debe de originarse por una clasificación fisiopatológica en este padecimiento, sino por una *orientación etiológica*, que puede dividirse sencillamente en: orgánico y funcional.

ABORDAJE CLÍNICO

El diagnóstico se debe orientar siempre con base en la clasificación etiológica, siendo el trastorno funcional un diagnóstico de exclusión.^{11,12}

Ante todo paciente que consulta por dolor abdominal crónico debe realizarse una historia clínica exhaustiva, recabando información sobre las características clínicas del dolor, los aspectos emocionales y de integración del niño en su medio familiar, social y escolar, así como datos sobre los posibles antecedentes familiares y personales relacionados con esta sintomatología.

Siempre se debe abordar el dolor abdominal crónico como un síntoma y no como un síndrome, por lo que se debe de tratar de orientar el diagnóstico, siendo el dolor el síntoma pivote y tratar de asociarlo a otros síntomas acompañantes como: pirosis, náuseas, plenitud postprandial, distensión abdominal, eructos, flatulencias, diarrea o estreñimiento.

Es recomendable explorar la repercusión que el dolor tiene en la vida del niño y su familia, y establecer desde la primera consulta una comunicación abierta con los padres para evitar exploraciones y estudios innecesarios, llegando así a establecer un diagnóstico y una terapéutica adecuada.

Antecedentes: Se deben buscar antecedentes familiares de trastornos digestivos orgánicos o funcionales.

Anamnesis: Se debe explorar la relación del dolor con la comida y los diferentes tipos de comida (lácteos, ácidos, irritantes, golosinas, líquidos, gaseosas, harinas, pan, huevos y derivados animales).

Es importante determinar el tipo de dolor (cólico, opresivo, ardoroso, transfictivo, etcétera); la localización en el abdomen y si éste es vespertino o matutino, su relación con el ejercicio y la posición de erguido, sentado o acostado.

También se debe de interrogar el entorno inmediato del niño, la relación entre los padres, la del niño con los padres y la del niño con profesores y compañeros de colegio.

Es útil anotar los posibles beneficios que obtiene el niño con los episodios de dolor abdominal. Es más probable que el dolor sea orgánico si presenta:

- Irradiación en el abdomen.
- Asociación con alimentos.
- Distensión abdominal, constipación o cambio en hábito gastrointestinal.
- Despierta al niño por la noche, una vez que se ha dormido.
- Pérdida de peso no voluntaria.
- Detención de la velocidad de crecimiento.
- Sangrado gastrointestinal.

- Vómitos significativos.
- Diarrea crónica severa.
- Dolor persistente en epigastrio o en fosa iliaca derecha.
- Fiebre no justificada.
- Disuria.
- Antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal.

Exploración física: Es obligatorio realizar un examen físico completo, valorando, según la sintomatología, la exploración anorrectal (inspección y tacto). Son signos de alarma en la exploración física:

- Hepatomegalia o esplenomegalia.
- Masas o distensión abdominal.
- Dolor a la palpación en ambas fosas iliacas.
- Anomalías perianales (úlceras o fístulas).

CONCLUSIONES

En los pacientes que se sospeche una entidad orgánica se debe de orientar el protocolo diagnóstico según los datos clínicos que se muestren. Solamente, al descartar completamente las entidades orgánicas se deberá abordar como un dolor abdominal crónico funcional.¹⁰⁻¹²

En nuestro medio, las causas orgánicas son diagnosticadas con mayor frecuencia, ya que la orientación diagnóstica es *clínica* y el entendimiento de la enfermedad se basa en la diferencia entre orgánico y funcional, por lo que el abordaje debe de ser completo, antes de catalogarlo como dolor abdominal funcional y clasificarlo según los criterios de ROMA III.^{10,12}

Si logramos realizar el abordaje adecuado, el porcentaje de éxitos terapéuticos se incrementará y la calidad de vida de los pacientes mejorará.

BIBLIOGRAFÍA

1. Faull C, Nicol AR. Abdominal pain in six-year-olds: an epidemiological study in a new town. *J Chil Psychol Psychiatry Allied Dis* 1986; 27: 251-260.
2. Hyams JS, Zeiter DK. Recurrent abdominal pain in children. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49 (1): 559-574.
3. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child* 1957; 33: 165-170.
4. Ocampo P, Cervantes B, Ramírez M, Sosa M. Dolor abdominal crónico recurrente en niños. *Acta Pediatr Mex* 2003; 24 (6): 351-353.
5. Boyle JT. Abdominal pain. In: Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB (eds). *Pediatric gastrointestinal disease*. Ontario: BC Decker; 2000: 129-149.
6. Bousoño C, Ramos PE, López BM, Sánchez UM, Galán JA. Dolor abdominal recurrente. *Protocolo. Acta Pediatr Esp* 1991; 49: 285-288.
7. Hyman PE. *Pediatric functional gastrointestinal disorders*. New York: Academy Professional Information Services; 1999.
8. 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 Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 249-261.
9. Pereda A, Manrique I, Pineda M. Dolor abdominal recurrente. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición en Pediatría de la AEP, 2002: 37-45.
10. Bufler Ph, Gross M, Uhlig HH. Recurrent abdominal pain in childhood. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108 (17): 295-304.
11. Urruzuno P, Bousoño C, Cilleruelo ML. Dolor abdominal. Guías prácticas sobre nutrición. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 452-458.
12. Berger MY, Gieteling MJ, Benninga MA. Chronic abdominal pain in children. *BMJ* 2007; 334: 997-1002.

Correspondencia:

Dr. Iván Pedrero Olivares

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.
Carretera Federal México-Puebla, km 34.5, 56530,
Zoquiapan, Ixtapaluca, Edo. de México.

Tel. 59 72 98 00, ext. 1371, 1372, Cel. (55) 3715 0970

E-mail: gastropedrero@gmail.com