

Dolor Abdominal Recurrente en Edad Pediátrica.

Rodrigo Ibarra-Silva*

Norberto Sotelo-Cruz**

Jaime Gabriel Hurtado-Valenzuela***

RESUMEN

El Dolor Abdominal Recurrente (DAR) representa hasta el 10% de la consulta pediátrica diaria. En la mayoría de los casos su etiología se orienta más a factores psicológicos más que orgánicos, aunque, a decir verdad, este factor representa un papel importante en su fisiopatología, no hay que apresurar el diagnóstico sin considerar un protocolo de estudio que nos permita en la mayoría de las veces encontrar causas de origen orgánico que podamos tratar médicamente. La presente revisión pretende exponer conceptos útiles de aplicar en la evaluación de pacientes catalogados como portadores de DAR para una mejor cobertura diagnóstica y de tratamiento.

Palabras Clave: Dolor abdominal recurrente (DAR).

SUMMARY

The recurrent abdominal pain represents the 10% of the pediatric consult. In most of the cases its origin is orientate to psychological factors more than organic causes, but this factor represents an important role on its fisiopathology. There's no reason to hurry on make a diagnosis, we have to considerate a protocol that allow us to find the organic causes for being treated with medications. This article expose useful concepts to apply in the evaluation of patients with recurrent abdominal pain for give them a better diagnostic and treatment.

Key Words: Recurrent abdominal pain (DAR).

INTRODUCCIÓN

El **DAR** se define como aquel dolor abdominal de por lo menos 3 meses de evolución, que afecta la actividad normal del niño, tanto en el hogar como la escuela. (1). La frecuencia de esta entidad ha sido calculada en alrededor de 10% de las consultas pediátricas. Predomi-

na en la edad escolar con franco predominio en mujeres (2:1)^{1,2}.

El concepto más utilizado para explicarlo es el **Modelo Biopsicosocial** que establece la combinación de enfermedad orgánica, trastorno funcional, trastorno somatomorfo, síntomas que acompañan al desarrollo normal, una alteración entre el paciente y la sociedad, y una particular interpretación de los síntomas o reacciones de tipo familiar. Este concepto nos permite retomar algo que muchos hemos olvidado, ver al paciente como un ser

* Adscrito al Servicio de Medicina Interna.

** Jefe de Medicina Interna.

*** Coordinador de Especialidades Médicas.

biopsicosocial y no sólo como ser con una enfermedad, lo que para muchos actualmente resulta difícil de enfrentar³.

Clásicamente se ha intentado dividir el estudio del **DAR** en dos grandes grupos:

- a. Orgánico (10-15%).
- b. Funcional (85-90%)

Sin embargo, es una clasificación somera que expone un amplio margen de error diagnóstico, dada la diversidad de patologías que pueden condicionar DAR (Cuadro 1) y nos conduce a clasificar de manera inadecuada a los pacientes estableciendo un supuesto origen Funcional o Psicológico⁴.

Cuadro 1
Causas de DAR⁴.

Psicogénico	Fobia Escolar Reacción de adaptación Depresión
Disfuncional	Intolerancia a la lactosa Constipación Dolor menstrual Síndrome de intestino irritable Migraña abdominal Intolerancia al gluten
Orgánico	Esofagitis Úlcera péptica Infección urinaria Litiasis biliar Enfermedad inflamatoria intestinal Enteroparasitosis Gastritis Sobreingesta de carbohidratos Divertículo de Meckel Quistes de ovario Pancreatitis

El curso clínico de los pacientes suele ser inespecífico y la integración del diagnóstico depende de la conjunción del interrogatorio a los padres, la cooperación del niño al interrogarlo y explorarlo, y de la sagacidad del clínico.

Típicamente el dolor abdominal se presenta preferentemente de día, en forma episódica, por espacio de minutos a horas con períodos intercríticos asintomáticos; la ubicación generalmente es periumbilical y raramente se irradia. La ausencia del dolor en los periodos de sueño es una importante variable^{2,5}.

Pueden haber signos agregados que refuercen el diagnóstico como lo son las náuseas, cansancio y fatiga, estos síntomas se presentan en alrededor del 50% de los casos. La palidez y constipación se encuentran en cerca de un tercio de

los pacientes; y menos frecuente es la asociación con cefalea, vómitos y diarrea⁵.

La integración sindrómica del DAR, nos puede dar tranquilidad para iniciar en los pacientes un protocolo de estudio de escrutinio paulatino; sin embargo, hay “Alertas Rojas” que nos pueden obligar a la hospitalización mediata por su premura diagnóstica como lo son: Pérdida de peso, sangrado digestivo, dolor abdominal atípico, vómitos frecuentes, diarrea crónica, dolor que despierta al niño, desaceleración del crecimiento y retraso del desarrollo puberal².

Dentro los estudios a considerar en el abordaje diagnóstico de los pacientes con DAR, están en primera fase, los que nos hagan descartar patologías de mayor frecuencia a edad pediátrica que cursen con dolor abdominal en su curso clínico (Biometría hemática, marcadores inflamatorios de infección VSG, PCR, PCT), examen general de orina, prueba de Guayaco, coproparasitoscópico y azúcares reductores. Dentro los estudios de gabinete existen una variedad de ellos que pueden ser de gran utilidad diagnóstica (Radiografía simple de abdomen, Ecografía abdominal, Tránsito intestinal superior, Enema opaco, Tomografía axial computarizada abdominal, Endoscopia y Colonoscopia), sin embargo, el solicitar cada uno de ellos habrá de tener una justificación precisa de orientación diagnóstica. Dentro de estos el más socorrido, más por presión familiar que apoyo diagnóstico, en la mayoría de los casos es la Radiografía anteroposterior de abdomen.

Hay reportes que incluso, tras el agotamiento clínico, de laboratorio y de gabinete, que no permita establecer la causa del DAR, sugieren la realización de Laparoscopia abdominal con lo que han podido ampliar las posibilidades de encontrar causas orgánicas de este padecimiento⁵.

Dada la complejidad diagnóstica que representa el DAR en edad pediátrica, ante su inespecificidad clínica se ha propuesto una nueva clasificación para su más fácil abordaje diagnóstico y tratamiento^{2,5}.

1. DAR asociado a síntoma de Dispepsia: Dolor epigástrico asociado con la ingesta, sensación de plenitud, náuseas o vómitos, pirosis, regurgitación e hipo o eructos.

2. DAR asociado a alteraciones del ritmo intestinal: Se caracteriza por dolor en la región infraumbilical, que se alivia con la defecación o se asocia a alteraciones en el ritmo defecatorio o en las características de las heces.

3. DAR como dolor abdominal paroxístico periumbilical: Dolor localizado en el área umbilical, de intensidad variable, de difícil descripción, no se irradia ni se relaciona con las comidas. Dificulta el sueño, pero no despierta. Puede acompañarse de fatiga, mareo o cefalea. Se adquiere posturas extrañas buscando alivio. Tiene frecuente relación con problemas psicosociales.

En base a esta clasificación la orientación diagnóstica es más específica lográndose disminuir el tiempo de estudio, gastos e incremento en la ansiedad de los padres.

TRATAMIENTO:

El tratamiento propuesto por grupo clínico es el siguiente:

1. *DAR asociado a síntoma de Dispepsia:*

a. Antagonistas de receptores H₂ (Ranitidina 5-10 mg/kg/día).

b. Inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol: 0,7mg/kg/día).

Este manejo se dará por lapso promedio de 4 a 5 semanas y reevaluar. En falla terapéutica esta justificada la búsqueda de *Helicobacter pylori* y de ser positiva iniciar tratamiento de erradicación.

2. *DAR asociado a alteraciones del ritmo intestinal:*

a. Modificación en la dieta (rica en fibra).

b. Espasmolíticos (Pargerverina, Butilhiocina).

c. Laxantes.

d. Antidiarreicos (Loperamida*).

*En niños escolares y Adolescentes.

3. *DAR como dolor abdominal paroxístico periumbilical:*

a. Modificaciones dietéticas.

b. Apoyo psicológico.

Definitivamente, el poder aplicar esta clasificación clínica en nuestros pacientes con DAR, nos permite una más rápida orientación diagnóstica y de resolución terapéutica. Sin embargo, habrá de considerarse que hay factores dentro del curso clínico de estos pacientes, considerados de mal pronóstico, descritos por J. Apley desde 1958¹, que influyen para que, a pesar de un buen control clínico y terapéutico el curso clínico de algunos pacientes sea de recurrencia sintomática (Cuadro 2)¹.

Cuadro 2 Factores de mal pronóstico en el DAR ^{1,2} .		
FACTOR	MEJOR PRONOSTICO	PEOR PRONOSTICO
• Familia	Normal	Patológica funcional
• Sexo	Niña	Niño
• Edad de presentación	> de 6 años	< de 6 meses
• Periodo antes del tratamiento	< de 6 meses	> de 6 meses

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Apley J, Naish W. Recurrent abdominal Pains: A field survey of 000 school children. Arch Dis Child. 1958; 33: 165-170.
- 2.- Apley J. The child with recurrent abdominal pain. Pediatr Clin North Am. 1957; 14, 63-72.
- 3.- Boyle JT, Homal Lambert J. Biopsychosocial issues in functional abdominal pain. Pediatr Ann. 2001; 30: 32-40.
- 4.- Hyam JS, Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model medical practice. J Pediatr. 1998; 133: 473-78.
- 5.- Blanco JH, Casasa JM; cols. La Laparoscopia en el dolor abdominal crónico en la infancia. Cir Ped. 2005; 18: 61-4.
- 6.- Guerrero S, cols. Dolores abdominales recurrentes en atención primaria, estudio del dolor abdominal recurrente funcional. An Esp Pediatr. 2000; 53: 458-68.