

Dolor abdominal crónico en pediatría (parte 2). Diagnóstico y tratamiento

Iván Pedrero Olivares,* Tania Rocío Garibay Huarte**

RESUMEN

Objetivo: Analizar la comprensión médica-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 cuando un niño padece 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 reincidente 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 discutirán 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 mostrará 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 of 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 will display 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 Ixtapalucá (HRAEI)
** Jefa de Enseñanza e Investigación. HRAEI.

Este artículo también puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/emis>

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal crónico en pediatría es una entidad bien definida actualmente.¹ En los casos pediátricos, grupo etario de pacientes va de 0 a 18 años de edad, es más frecuente en etapas escolares entre los 5 y los 11 años y en etapas adolescentes entre los 15 y los 18 años. En nuestro medio, el diagnóstico debe de orientarse en forma adecuada para lograr el éxito terapéutico. La etiología más frecuente a nivel mundial es funcional y la valoración clínica debe descartar inicialmente los problemas orgánicos. Estos artículos ofrecen una orientación diagnóstica y terapéutica basada en el enfoque clínico para descartar adecuadamente las alteraciones orgánicas más frecuentes antes de etiquetar el padecimiento como un dolor abdominal funcional.

DISCUSIÓN

Con los nuevos procedimientos diagnósticos como la prueba de hidrógeno en aire espirado, y la endoscopia alta y baja en niños se ha visto que la etiología orgánica del dolor abdominal crónico (DAC) es más frecuente que lo señalado por Apley^{1,2} y, por lo tanto, la frecuencia de dolor abdominal funcional ha disminuido.³⁻⁷

Debe recordarse que el diagnóstico de DAC «funcional» es de exclusión y debe hacerse posterior al estudio exhaustivo de las causas orgánicas.⁷

Existen estudios estandarizados y controlados en la población pediátrica mexicana que presentan la frecuencia de las causas orgánicas del DAC en pediatría:

1. Ramírez Mayans y colaboradores⁴ estudiaron 100 niños con DAC y hallaron que la causa orgánica más frecuente fue la absorción intestinal deficiente de lactosa con duodenitis asociada a *Giardia lamblia*.
2. En otro estudio de 50 niños, estos mismos autores⁵ encontraron DAC en 25 de ellos, asociado a gastritis crónica; de éstos, en 16 era causada por *Helicobacter pylori*.
3. Méndez-Nieto, en un estudio de 40 niños, encontró *H. pylori* en el 60% de su muestra.⁶
4. Cervantes y asociados,⁷ en un estudio de 151 niños con DAC, encontraron 100% de la muestra con problema orgánico, siendo la enfermedad ácido-péptica con y sin asociación de *H. pylori* la más frecuente en un 52%, siguiendo en frecuencia a la intolerancia a la lactosa, la giardiasis y la constipación funcional crónica.

Así, las causas más frecuentes de DAC en niños mexicanos son:

- Enfermedad ácido-péptica con o sin asociación a *H. pylori*.
- Malabsorción de lactosa.
- Giardiasis con intolerancia a la lactosa secundaria.
- Constipación funcional crónica.

Siendo la orientación clínica la guía para el diagnóstico con base en la etiología descrita como más frecuente, se deben abordar inicialmente las causas orgánicas, dejando el dolor abdominal crónico funcional como diagnóstico de exclusión (*Figura 1*).

El enfoque debe inicialmente descartar las alteraciones infecciosas crónicas como parasitosis (*Giardia lamblia*) e infecciones bacterianas, ya sea en vía digestiva (*Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*) o en vías urinarias (*Escherichia coli*). El test de hidrógeno espirado descartará la presencia de intolerancia a la lactosa secundaria o malabsorción de lactosa, así como la presencia del examen físico (con tacto rectal) e interrogatorio dirigido descartarán la presencia de constipación crónica funcional.

Otras causas orgánicas de dolor abdominal crónico que deben descartarse antes de catalogarlo como funcional son: epilepsia abdominal, pancreatitis aguda o aguda recurrente, malformaciones del tubo digestivo (duplicación intestinal con mucosa ectópica, obstrucción gástrica o intestinal); en mujeres: quistes ováricos o alteraciones en órganos reproductores y masas abdominales.

Existen causas mencionadas en la literatura⁸ que se han descrito como causas orgánicas de DAC, tales como: deficiencia de sacarasa-isomaltasa, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, enfermedad hepatobiliar (hepatitis, colecistitis, quiste de colédoco), fiebre mediterránea familiar, diabetes mellitus, intoxicación por plomo y aminoacidopatías. Sin embargo, la presencia de datos clínicos aunados a dolor abdominal son determinantes en el diagnóstico de estas patologías, por lo que no se considerarán en el abordaje aquí descrito.

TERAPÉUTICA

Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento debe de orientarse según la causa etiológica (*Cuadro I*).⁸

CONCLUSIÓN

El éxito terapéutico del dolor abdominal crónico en pediatría recae en la fineza con la que se realice el diagnóstico, por lo que se debe orientar tanto etiológica como epidemiológicamente.

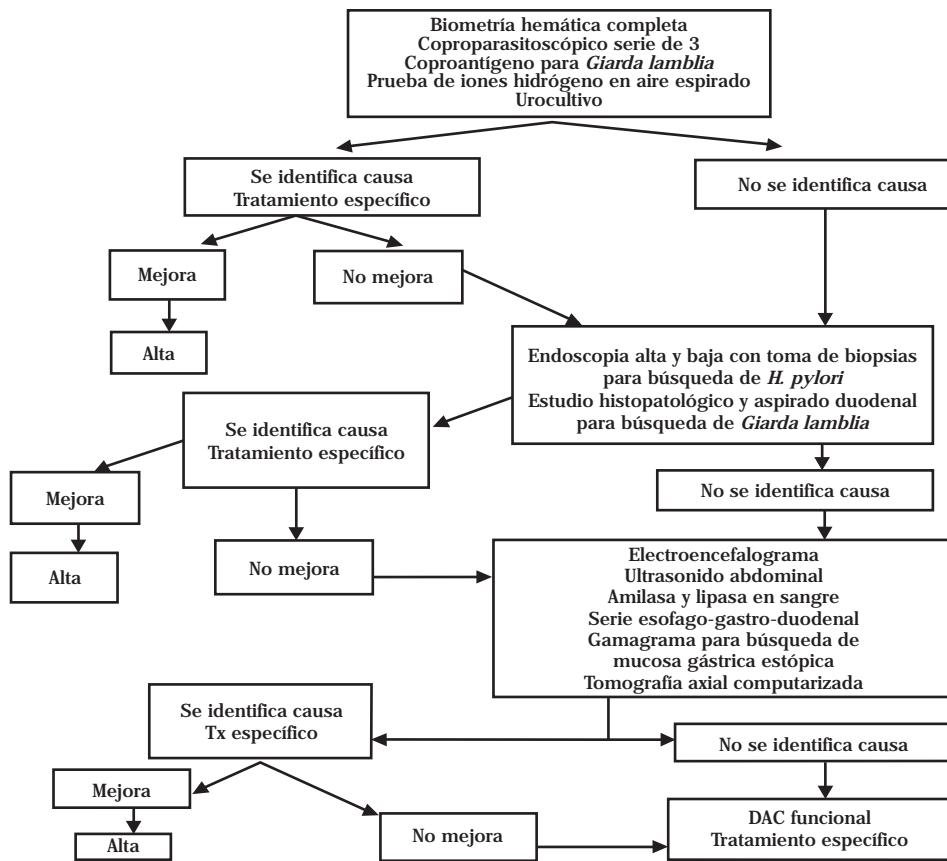


Figura 1.

Abordaje diagnóstico por dolor abdominal crónico en pediatría.

Cuadro I. Tratamiento sugerido por causa etiológica.

Enfermedad ácido-péptica

Disminuir factores de estrés ambiental y alimentarios, así como valorar el uso de antagonistas H₂ (3-5 mg/kg/día) o inhibidores de la bomba de protones (1-2 mg/kg/dosis). En caso de encontrar alteraciones en el estudio endoscópico se debe valorar el uso de protectores de mucosa (magaldrato, aluminio y magnesio o sucralfato)

Enfermedad ácido-péptica con *H. pylori*

Realizar manejo anterior, aunado a tratamiento de erradicación por 14 días:

Esquema 1: Omeprazol (1 mg/kg/d) 2 meses + amoxicilina (50 mg/kg/d) + claritromicina (30 mg/kg/d) por 14 días
 Esquema 2: salicilato de bismuto (10 mg/kg/do cada 6 h) + amoxicilina (50 mg/kg/d) + metronidazol (30 mg/kg/d) por 14 días
 Esquema 3: salicilato de bismuto (10 mg/kg/do cada 6 h) + metronidazol (30 mg/kg/d) + tetraciclina (30-50 mg/kg/d) por 14 días

Intolerancia a la lactosa

Dieta sin derivados de leche o alimentos contaminados con lactosa por 4 a 6 semanas

Giardiasis

Metronidazol 30 mg/kg/d dividida en 3 dosis
 Secnidazol 50 mg/kg/d dividida en 2 dosis

Constipación funcional crónica

Desimpactación. Dieta alta en fibra
 Polietilenglicol 0.5 a 1 g/kg/día, en 2 dosis VO

La alta prevalencia de dolor abdominal crónico de tipo funcional que no responde adecuadamente al tratamiento se explica por la falta de orden al realizar el diagnóstico y por no descartar de manera correcta la presencia de causas orgánicas.

La evidencia científica muestra que, por lo menos en nuestro país, la causa orgánica del DAC tiene una alta frecuencia y la respuesta al tratamiento, según la etología, es adecuada y segura.

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. Hyams JS, Treem WR, Justinich CJ, Davis P, Shoup M, Burke G. Characterization of symptoms in children with recurrent abdominal pain: Resemblance to irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 20 (2): 209-214.
3. Cervantes-Bustamante R, Ramírez-Mayans, JA, Orozco-Martínez S, Figueroa-Solano J. Absorción intestinal deficiente de lactosa (AIDL) en una población de niños mexicanos sanos por medio de la prueba de iones de hidrógeno en aire espirado. *Rev Gastroent Latinoamer* 1996; 26 (4): 247-249.
4. Ramírez-Mayans J, Rivera-Echegoyen M, Conti E. Frecuencia de *Giardia lamblia* en las heces de 100 niños con diarrea crónica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986; 48 (4): 247-249.
5. Ramírez-Mayans J, Chanis R, Cervantes R, Cuevas F. Gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori* como causa de dolor abdominal recurrente en niños. Estudio de 50 casos. *Acta Pediatr Mex* 1993; 14 (3): 119-121.
6. Méndez-Nieto CM, Ramírez-Mayans J, Cervantes R, Mata N, Cuevas F, Martínez C y cols. Diagnóstico de *Helicobacter pylori* en niños con dolor abdominal recurrente. *Acta Gastroenterol Latinoamer* 1994; 24: 169-174.
7. Cervantes-Bustamante R, Ramírez-Mayans JA, Ocampo del Prado LC. Dolor abdominal crónico recurrente en niños. *Acta Pediatr Mex* 2003; 24 (6): 351-353.
8. AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children: a technical report of the APP and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenter Nutr* 2005; 40: 249-261.

Correspondencia:

Dr. Iván Pedrero Olivares

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
Departamento de Pediatría
Servicio de Gastroenterología Pediátrica
Carretera Federal México-Puebla, km 34.5,
56530, Zoquiapan, Ixtapaluca, Edo. de México.
Tel: 5972-9800, ext. 1371, 1372
E-mail: gastropedrero@gmail.com