

# Digestivo

DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN PSICOSOMÁTICO *pág. 213*COLESTASIS *pág. 219*

## Puntos clave

- El dolor abdominal cuya duración sea superior a 2-6 semanas se denomina crónico y justifica su estudio para descartar organicidad.
- En los menores de 7-11 años el dolor abdominal recurrente se establece como un “diagnóstico”, y no puede establecerse el diagnóstico de funcional.
- En los mayores de 7-11 años el dolor abdominal recurrente es un “síntoma” y se establece el diagnóstico de funcional según los criterios de Roma II, basados en un conjunto de síntomas, que a esta edad sí pueden ser expresados por el niño.
- Un interrogatorio y un examen físico completos son los componentes de mayor importancia en la valoración del dolor abdominal crónico o recurrente.
- La causa orgánica se debe considerar siempre en primer lugar, principalmente en menores de 7 años. La presencia de síntomas o signos de alarma es una indicación para practicar pruebas diagnósticas.
- El niño con dolor abdominal crónico o recurrente se debe tratar en el contexto de un modelo asistencial biopsicosocial.

## Dolor abdominal crónico y dolor abdominal recurrente

OCTAVIO BERBEL<sup>a</sup>, JUAN ORTUÑO<sup>b</sup> Y ANTONIO PEREDA<sup>b</sup><sup>a</sup>Centro de Salud Paterna. Paterna. Valencia. España.<sup>b</sup>Unidad de Gastroenterología. Hospital Infantil La Fe. Valencia. España.

oberbel@ono.com; yoeltiojuan@lycos.es; aperedap@medynet.com

La prevalencia del dolor abdominal de larga duración en niños es desconocida. Supone el 2-4% de las consultas pediátricas. Entre 13-17% de los escolares experimenta dolor abdominal semanalmente y el 8% de los atendidos por este motivo ya lo presentaba en el año previo<sup>1</sup>. En un estudio reciente longitudinal prospectivo sobre una población entre los 2 y los 6 años, la prevalencia a los 2, 3 y 6 años fue del 3,8, el 6,9 y el 11,8%, respectivamente<sup>2</sup>. A pesar de numerosos trabajos, libros y monografías, sigue provocando dudas y problemas a la mayoría de los profesionales sanitarios pediátricos. Aunque habitualmente se atribuye a un trastorno funcional, más que a una enfermedad orgánica, la mayoría requiere valoración para aliviar miedos y mejorar la calidad de vida.

## Definición y clasificación

En la actualidad, y en la práctica clínica, se considera que un dolor cuya duración supere las 2-6 semanas se denomina *dolor abdominal crónico* (DAC)<sup>3-5</sup> y debe ponerse en marcha su estudio para descartar organicidad o un trastorno somatomorfo, como luego veremos. Cuando este DAC supere los 3 meses se denomina *dolor abdominal recurrente* (DAR), definido según los clásicos criterios de John Apley y Nora Naish, desde 1957, establecidos en un estudio sobre 1.000 niños en edad escolar, e incluían a aquellos que presentaban, al menos, 3 episodios de dolor suficientemente grave como para afectar su actividad, en un período de no menos de 3 meses, con crisis continuas en

el año precedente al estudio<sup>6</sup>. En 1975, los mismos autores, manteniendo los criterios anteriores, excluyen a los niños menores de 3 años, así como a los que no habían presentado dolor en el último año y a los que no estaban acompañados de un progenitor<sup>7</sup>.

Para su clasificación hay que tener en cuenta las características psicoevolutivas de la infancia. Según la Teoría Evolutiva de Piaget, entre los 4 y los 7 años es el período del pensamiento intuitivo; de los 7 a los 11 años, el subperíodo de las operaciones concretas, y a partir de los 11 años y hasta los 15, el período de las operaciones formales. En consecuencia, en la práctica, los niños con DAR se pueden agrupar en mayores o menores de 7-11 años dependiendo de que puedan o no expresar los síntomas<sup>8,9</sup>. El intervalo de edad es amplio debido a la gran variabilidad que puede existir en el desarrollo individual.

En los menores de 7-11 años, el DAR se establece como un “diagnóstico”: siempre se debe descartar organicidad, así como un trastorno somatomorfo, y no se puede establecer el diagnóstico de dolor abdominal funcional, cuyo diagnóstico está basado en un conjunto de síntomas que a esta edad no pueden ser dados por el niño (tabla 1).

En los mayores de 7-11 años el DAR no es un diagnóstico sino un “síntoma”<sup>10</sup> y el diagnóstico funcional se puede establecer siguiendo los criterios del Congreso Internacional de Gastroenterología de Roma de 1997 (Roma II)<sup>11</sup>, basado en un conjunto de síntomas que, a esta edad, sí pueden ser expresados por el niño. Se debe descartar organicidad y tener en cuenta la posibilidad de un trastorno somatomorfo. Estos criterios para el dolor abdominal funcional

Lectura rápida



Introducción

Aunque habitualmente puede atribuirse a un trastorno funcional, más que a una enfermedad orgánica, la mayoría de los pacientes requiere valoración para aliviar los miedos y mejorar la calidad de vida.

deben validarse en estudios poblacionales, con el fin de determinar su utilidad para establecer distinciones clínicas entre los individuos y los grupos de pacientes<sup>4</sup>. Se establecen las siguientes categorías de trastornos funcionales que cursan con dolor abdominal:

- Dispepsia funcional.
- Síndrome de intestino irritable.
- Dolor abdominal funcional.
- Aerofagia.
- Migraña abdominal.

Dado que no todos los sujetos reúnen los criterios para asignarse a una de estas categorías, puede darse una combinación de estos diagnósticos (tabla 1). En un estudio reciente el 16% de los niños con dolor abdominal prolongado no pudieron ser incluidos bajo los criterios de Roma II<sup>12</sup>. El dolor abdominal funcional es la causa más frecuente de dolor abdominal crónico; es un diagnóstico específico y, por tanto, la denominación DAR, tal y como se utiliza clínicamente y en la bibliografía, como diagnóstico, debe abandonarse en este grupo de edad<sup>4</sup>.

Fisiopatología

Los estudios iniciales atribuyeron el dolor abdominal funcional a trastornos de la motilidad o psiquiátricos. Sin embargo, las investigaciones recientes no han identificado anomalías motoras lo suficientemente importantes como para atribuirles los síntomas de estos pacientes. Actualmente,

se cree que presentan más que un trastorno basal de la motilidad, una reactividad intestinal anormal frente a estímulos fisiológicos (alimentos, distensión del intestino, cambios hormonales), nociceptivos (procesos inflamatorios) o psicológicos estresantes (separación de los padres, ansiedad). Es decir, se asocia con una hiperalgesia visceral y una disminución del umbral algico en respuesta a cambios de presión intraluminales<sup>4,13,14</sup>. Se considera que los factores psicológicos son más importantes en el hecho de solicitar asistencia médica que como causantes del síntoma<sup>4</sup>.

Los procesos inflamatorios de la mucosa causados por infecciones, alergias o enfermedades inflamatorias primarias pueden provocar una sensibilización de los nervios aferentes, con lo que se inicia la hiperalgesia visceral<sup>4</sup>. Algunos pacientes inician el cuadro de dolor a partir de una gastroenterocolitis aguda, más frecuentemente por *Campylobacter* o *Salmonella*. Se piensa que probablemente tras la inflamación aguda de la mucosa intestinal se producen cambios en el aparato neuromuscular del intestino. El hecho de que las vías sensitivas de la piel y de los músculos abdominales establezcan sinapsis en las mismas interneuronas que los nervios aferentes viscerales produce una dispersión en la localización del dolor, dificultando la diferenciación del dolor musculoesquelético y visceral, lo que se conoce como convergencia viscerosomática<sup>8,15,16</sup>.

Aproximación diagnóstica

Metodología general para el diagnóstico de niños con DAC/DAR<sup>8,15</sup>

Un interrogatorio y un examen físico completos son los componentes de mayor importancia en la valoración de cualquier enfermo con DAC/DAR<sup>10</sup>. En primer lugar, conviene establecer la mejor relación de confianza posible con el niño y sus padres, compartiendo su preocupación y entendiendo el dolor como real, no imaginario; la simulación es infrecuente en la edad pediátrica. Es importante valorar la actitud del niño, la de sus padres y la relación entre ambos. Al realizar la historia psicosocial hay que investigar la presencia de trastornos orgánicos digestivos en los padres, así como de trastornos psiquiátricos familiares, y valorar la presencia de:

1. Factores o acontecimientos estresantes de la vida. No se asocian con la presencia de episodios de dolor ni con un incremento en los síntomas persistentes, su gravedad, su curso y su respuesta al tratamiento<sup>3</sup>.

Tabla 1. Clasificación del dolor abdominal crónico o recurrente según la edad de presentación

<b>Menores de 7-11 años</b>
DAC/DAR orgánico
DAC/DAR por somatización
DAR ("diagnóstico")
<b>Mayores de 7-11 años</b>
DAC/DAR orgánico
DAC/DAR por somatización
DAC/DAR funcional ("síntomas") (criterios de Roma II)
Dispepsia funcional
Síndrome de intestino irritable
Dolor abdominal funcional
Aerofagia
Migraña abdominal

DAC: dolor abdominal crónico; DAR: dolor abdominal recurrente.



2. *Síntomas emocionales-conductuales.* Tienen más síntomas de ansiedad y depresión que controles y, aunque no tienen más problemas de conducta, sí un mayor riesgo a desarrollar síntomas emocionales y trastornos psiquiátricos<sup>3</sup>.

3. *Funcionamiento familiar.* Hay evidencia de que los padres tienen más síntomas de ansiedad, depresión o somatización, aunque no difieren en el funcionamiento familiar, cohesión, conflictos y satisfacción marital<sup>3</sup>.

La presencia de estos 3 aspectos no sirve para diferenciar entre un trastorno orgánico o funcional<sup>3</sup>.

Tras la historia clínica y una exploración completa, podremos llevar a cabo una primera valoración del cuadro que nos oriente sobre las pruebas complementarias iniciales. En ocasiones, puede estar indicada la colaboración del paidopsiquiatra, o incluso iniciar un tratamiento de forma empírica. Todo ello debe explicarse de forma sencilla a los padres, desde nuestra primera impresión diagnóstica, tanto si sospechamos un problema orgánico o psicossomático, así como qué esperamos de los exámenes complementarios solicitados. Es habitual la persistencia de los síntomas, y es aquí donde la confianza en el médico ayuda al paciente a superarlos, para que no supongan un impedimento para su vida ordinaria.

### Metodología específica para el diagnóstico de niños con DAC/DAR

Bajo la premisas generales y, teniendo en cuenta la clasificación según el grupo de edad (tabla 1), comenzaremos el estudio específico de éste.

#### Primer paso

La causa orgánica (dolor abdominal crónico orgánico) se debe considerar siempre, en primer lugar, principalmente en menores de 7 años y, sobre todo, menores de 3-4 años.

La presencia de síntomas o signos de alarma, o los hallazgos anormales o inexplicables en la exploración física, constituye generalmente una indicación para practicar pruebas diagnósticas de etiología anatómica, infecciosa, inflamatoria o metabólica, según los síntomas específicos en cada caso; por el contrario, si faltan estos síntomas, no es probable que los estudios diagnósticos sirvan para revelar una importante cuantía de procesos orgánicos<sup>3,4</sup>. Los signos de alarma en la historia clínica y en el examen físico quedan reflejados en la tabla 2.

Las exploraciones analíticas se solicitan de forma escalonada. Los estudios de laboratorios basales figuran en la tabla 3, aunque actualmente no hay evidencia de su papel para distinguir entre trastorno orgánico y funcional, incluso con signos de alarma<sup>3</sup>.

Al igual que las exploraciones analíticas, las radiológicas deben solicitarse de forma escalonada. Ninguna de ellas debe realizarse de forma rutinaria en la primera evaluación, salvo que exista una sospecha clínica evidente de enfermedad orgánica o para que el paciente, sus padres y el médico se tranquilicen sobre la ausencia de procesos orgánicos, sobre todo si el dolor empeora significativamente la calidad de vida del paciente<sup>4</sup>. La técnica de elección es la ecografía abdominal y pelviana, cuya realización en ausencia de signos de alarma no tiene un rendimiento óptimo<sup>3</sup>. No está justificada la realización de una radiografía simple de abdomen<sup>8,15</sup>.

En un segundo nivel asistencial, y según la sospecha clínica, podrían realizarse estudios de endoscopia, biopsia y pH-metría de 24 h, técnicas que presentan anomalías en el 25-56% de estos pacientes, pero con gran variabilidad en los hallazgos, lo que cuestiona su especificidad y su generabilidad, por lo que se deben realizar sólo ante la presencia de signos de alarma<sup>3</sup>. Otras exploraciones posibles figuran en la tabla 3 cuya

**Tabla 2.** Signos de alarma en la historia clínica y el examen físico<sup>3,4,8,15</sup>

#### Signos de alarma en la historia clínica

Localización del dolor lejos de la zona periumbilical o su irradiación a los miembros y la espalda  
Dolor persistente en los cuadrantes superior o inferior derechos  
Cambios en el ritmo o características de las deposiciones  
Presencia de sangre en heces  
Estado nauseoso y los vómitos  
Dolor nocturno que despierta al niño (no así el que dificulte conciliar el sueño)  
Presencia de fiebre  
Síndrome miccional  
Pérdida de peso no voluntaria o la detención de la talla  
Antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal

#### Signos de alarma en el examen físico

Evidencia de pérdida de peso  
Dolor a la presión localizado en los cuadrantes superior o inferior derechos  
Distensión o un efecto masa localizados  
Hepato y esplenomegalia  
Dolor a la presión en el ángulo costovertebral o en la columna vertebral  
Anomalías perianales (úlceras perirectales y/o fisuras anales)

## Lectura rápida



### Definición y clasificación

**Dolor abdominal crónico:** dolor de 2 a 6 semanas de duración. No debe esperarse a cumplir 3 meses de sintomatología para empezar el estudio del dolor abdominal. **Dolor abdominal recurrente:** al menos 3 episodios de dolor suficientemente grave como para afectar su actividad, en un período de no menos de 3 meses, con crisis continuas en el año precedente al estudio.

En los menores de 7-11 años el dolor abdominal recurrente se establece como un "diagnóstico", y no puede hacerse el diagnóstico de funcional cuyo diagnóstico está basado en un conjunto de síntomas que, a esta edad, no pueden ser dados por el niño.

En los mayores de 7-11 años el dolor abdominal recurrente no es un diagnóstico, sino un "síntoma" y sí puede establecerse el diagnóstico de dolor abdominal funcional siguiendo los criterios de Roma II, cuyo diagnóstico está basado en un conjunto de síntomas que a esta edad sí pueden ser expresados por el niño.



Lectura rápida



Fisiopatología

Existe una hiperalgesia visceral y una disminución del umbral álgico en respuesta a cambios de presión intraluminales. Se considera que los factores psicológicos son más importantes en el hecho de solicitar asistencia médica que como causantes del síntoma.



indicación y realización deben reservarse al especialista<sup>8,16</sup>.

Las enfermedades orgánicas más frecuentes asociadas a dolor abdominal crónico figuran en la tabla 4. Para su diagnóstico se realizarán las exploraciones complementarias oportunas según la sintomatología predominante.

Segundo paso

En el transcurso del estudio mientras se descarta causa orgánica, o desde el inicio si existe una gran sospecha de trastorno somatomorfo (dolor abdominal crónico por somatización), debe solicitarse la valoración del paidopsiquiatra a quien corresponde el diagnóstico y tratamiento. No obstante, es preciso un alto índice de sospecha por el pediatra, y se debe establecer el diagnóstico siempre según los criterios positivos y no ser un diagnóstico de exclusión. Los signos de alarma y los factores etiopatogénicos implicados se comentan en el siguiente artículo de la sección de “Actualización”.

Tercer paso

Una vez descartada enfermedad orgánica, o trastorno por somatización, podemos estable-

**Tabla 3.** Exploraciones complementarias que realizar tras la historia clínica y exploración física completa

Primer nivel (estudio basal)<sup>3</sup>

- Hemograma
- Bioquímica sanguínea
- Velocidad de sedimentación globular
- Sedimento → urocultivo
- Parásitos en heces

Segundo nivel (exploraciones radiológicas iniciales)

- Ecografía abdominal y pelviana
- Radiografía abdominal (excepcional)

Tercer nivel (especialista y según la sospecha diagnóstica)

- Endoscopia
- Biopsia
- pH-metría de 24 h
- Test de urea marcada con C13 en aire espirado para la determinación de *Helicobacter pylori*
- Test de lactosa +/- proteína de vaca
- Tránsito intestinal superior
- Enema opaco
- Manometría anorrectal
- Colonoscopia
- Tomografía axial computarizada

cer el diagnóstico de dolor abdominal recurrente o dolor abdominal funcional (tabla 1), en dependencia de la capacidad para expresar los síntomas, es decir, menores o mayores de 7-11 años<sup>8</sup>, respectivamente, como hemos comentado. En el segundo grupo, debemos aplicar los criterios de Roma II para tipificar las diferentes categorías.

Los trastornos funcionales se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, no explicados por alteraciones bioquímicas y estructurales. La falta de pruebas fisiológicas clínicamente aceptables que definan estos trastornos es la razón que justifica la utilidad de basar el diagnóstico en los síntomas. Los trastornos funcionales pediátricos relacionados con dolor abdominal y sus características, siguiendo los criterios de Roma II, se citan a continuación y con ello nos permite finalizar la aproximación diagnóstica:

*Dispepsia funcional*<sup>11</sup>. Dolor o malestar centrado en el abdomen superior.

Criterios de diagnóstico: en niños suficientemente maduros para que proporcionen un historial cuidadoso de dolor de, al menos, 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses, precedentes de:

- Dolor persistente o recurrente o molestias centradas en el abdomen superior (sobre el ombligo).
- Sin evidencia de enfermedad orgánica (incluyendo endoscopia superior) que pudiera explicar los síntomas (tabla 4).
- Sin evidencia de que la dispepsia sea aliviada exclusivamente con la defecación o asociada con el comienzo de un cambio en la frecuencia de las heces o en su forma.

La dispepsia, según la sintomatología predominante, se clasifica en: dispepsia de tipo ulcero-so, cuando el síntoma predominante es el dolor; dispepsia de tipo dismotilidad, cuando predomina la plenitud abdominal, la saciedad precoz, la distensión abdominal o las náuseas, y la dispepsia inespecífica, cuando no se cumplen los criterios anteriores. En la práctica suele haber superposición de síntomas.

*Síndrome del intestino irritable (SII)*<sup>11</sup>. El dolor o molestia se localiza en la región infraumbilical y, con menos frecuencia, en el epigastrio. Es frecuente que pacientes con SII refieran igualmente síntomas de dispepsia, y a la inversa.

Criterios de diagnóstico: en niños lo bastante mayores como para que puedan proporcionar una historia de dolor de, al menos, 12 semanas, no necesariamente consecutivas, de síntomas



recurrentes o continuos en los 12 meses, precedentes de:

- Molestia o dolor abdominal que tenga 2 de estas 3 características: el dolor se alivia con la defecación y/o se asocia con un cambio en la frecuencia de las deposiciones y/o con un cambio en la forma de las heces.
- Ausencia de anormalidades metabólicas y estructurales que expliquen los síntomas (tabla 4).

Hay una serie de síntomas que apoyan acumulativamente el diagnóstico de SII:

- Frecuencia anormal de las deposiciones: se define como anormal más de 3 deposiciones por día o menos de 3 por semana.
- Consistencia anormal de las heces: si son grumosas o duras, blandas o líquidas.

- Anomalías en la defecación: si existe un esfuerzo excesivo, urgencia defecatoria o sensación de evacuación incompleta.
- Sensación de plenitud o distensión abdominal.

En la práctica clínica, el SII se puede subclasificar en: SII con predominio de estreñimiento o SII con predominio de diarrea. En un mismo paciente pueden darse los 2 patrones de forma intermitente.

*Dolor abdominal funcional*<sup>11</sup>. Definido por su típica localización periumbilical y su intensidad variable. Es un dolor de difícil definición por el niño, que no se irradia ni se relaciona con las comidas ni con la defecación, que dificulta el sueño, pero raramente despierta al niño y que, a menudo, va asociado a dificultades escolares y problemas de aprendizaje. El niño adquiere posturas extrañas buscando que le alivien.

Tabla 4. Principales enfermedades orgánicas relacionadas con el dolor abdominal crónico, según la sintomatología predominante<sup>10</sup>

Síntomas de dispepsia	Enfermedad por reflujo gastroesofágico, gastritis, duodenitis <i>Helicobacter pylori</i> Esofagitis y gastritis eosinófila Enfermedad de Crohn Enfermedad celíaca Discinesia biliar
Síntomas de síndrome de intestino irritable	Infecciosas: parásitos ( <i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i> ), infección urinaria Intolerancia a los hidratos de carbono: lactosa, fructosa, sorbitol deficiencia de sacarosa-isomaltasa Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa Colitis eosinófila Enfermedad celíaca
Síntomas de dolor abdominal funcional	Infecciosas: parásitos ( <i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i> ), infección urinaria Intolerancia a los hidratos de carbono: lactosa, fructosa, sorbitol deficiencia de sacarosa-isomaltasa Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa Colitis eosinófila Enfermedad celíaca Pancreatitis
Síntomas de aerofagia	Malabsorción: lactosa, sacarosa-isomaltosa, fibrosis quística, enfermedad celíaca Anatómicos: enfermedad de Hirschsprung, obstrucción parcial del intestino delgado Infecciosos: sobrecrecimiento bacteriano Dismotilidad: pseudoobstrucción intestinal
Síntomas de migraña abdominal/vómitos	Anomalías anatómicas: malrotación, membrana, estrechez, duplicaciones intestinales, invaginación recurrente Anomalías genitourinarias: infección urinaria, hidronefrosis, estenosis unión pieloureteral, nefrolitiasis, quiste ovárico, embarazo Enfermedad hepatobiliar/pancreática: hepatitis, colecistitis, quiste de colédoco, pancreatitis Infecciones: parásitos ( <i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i> ), fiebre mediterránea familiar Metabólicos: diabetes mellitus, intoxicación por plomo, aminoacidopatías

## Lectura rápida



### Aproximación diagnóstica

Un interrogatorio y un examen físico completos son los componentes de mayor importancia en la valoración de cualquier enfermo con dolor abdominal crónico o recurrente. Al realizar la historia psicosocial hay que valorar la presencia de factores estresantes de la vida, los síntomas emocionales-conductuales y el funcionamiento familiar.

La causa orgánica se debe considerar siempre en primer lugar, principalmente en menores de 7 años y, sobre todo, en menores de 3-4 años. La presencia de síntomas o signos de alarma o los hallazgos anormales o inexplicables, en la exploración física generalmente son una indicación para practicar pruebas diagnósticas.

Los estudios de laboratorios basales incluyen hemograma, bioquímica sanguínea, velocidad de sedimentación globular, sedimento y urocultivo y parásitos en heces. La técnica radiológica de elección es la ecografía abdominal y pelviana, y no debe realizarse de forma sistemática. No está justificada la realización de una radiografía simple de abdomen.



## Lectura rápida



En el transcurso del estudio, mientras se descarta una causa orgánica, o desde el inicio, si existe una gran sospecha de trastorno somatomorfo, debe solicitarse la valoración por paidopsiquiatría que establecerá el diagnóstico.

Una vez descartada la enfermedad orgánica y el trastorno por somatización, podemos establecer el diagnóstico de dolor abdominal funcional o dolor abdominal recurrente o dolor abdominal funcional, según la capacidad para expresar los síntomas, es decir, menores o mayores de 7-11 años. En el segundo grupo, debemos aplicar los criterios de Roma II para tipificar las diferentes categorías.



Criterios de diagnóstico: al menos 12 semanas de dolor continuo o casi continuo, en un niño de edad escolar o adolescente, sin relación, o sólo ocasional, con hechos fisiológicos como la comida o la defecación. Otras características son que hay afección de la actividad, que el dolor no es simulado y que hay criterios insuficientes para encuadrarlo en otros trastornos gastrointestinales que puedan explicar el dolor abdominal. Al igual que en otros trastornos funcionales debe descartarse causa orgánica (tabla 4).

Es el trastorno funcional en el que más probablemente se hallen implicados trastornos emocionales y es el equivalente en cuanto a sintomatología, diagnóstico y tratamiento al DAR en niños menores de 7-11 años.

*Aerofagia*<sup>11</sup>. Originada por la excesiva ingestión de aire, produce una distensión abdominal progresiva evidente en la exploración física, y presentan un abdomen blando, depresible, timpánico, sin dolor a la palpación superficial ni profunda y sin megalias.

Criterios de diagnóstico: presencia en al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses precedentes, de 2 o más de los siguientes síntomas: deglución de aire, distensión abdominal debida a aire intraluminal y eructos repetitivos o aumento de flato.

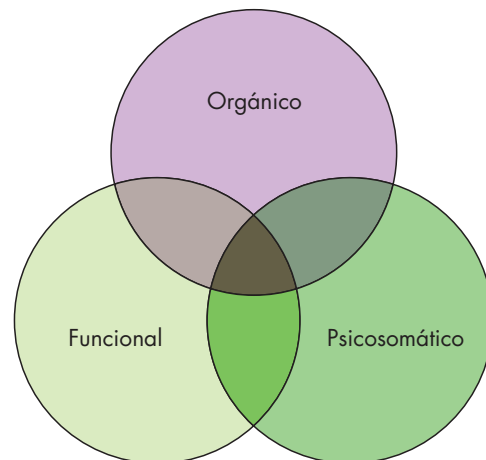
Puede estar relacionada con mascar chicle o ingesta de bebidas carbonatadas en exceso y suele identificarse, en estos pacientes, estrés y ansiedad, por lo que el tratamiento se basa en la modificación de los hábitos de estos niños. Debe descartarse organicidad (tabla 4).

*Migraña abdominal*<sup>11</sup>. Es un dolor abdominal que se presenta de forma paroxística localizado preferentemente en la línea media, que se caracteriza por presentar síntomas acompañantes, como náuseas y vómitos.

Criterios de diagnóstico:

- Tres o más episodios paroxísticos de dolor abdominal agudo en los últimos 12 meses, de 2 h a varios días de duración, y con intervalos libres de semanas a meses.
- Ausencia de enfermedades metabólicas, gastrointestinales (sobre todo si se asocia a vómitos), bioquímicas o del sistema nervioso central (tabla 4).
- Dos de los siguientes rasgos: cefaleas y fotofobia durante los episodios, historia familiar de migraña, cefalea limitada a un solo lado y aura o período de alarma consistente en trastornos visuales o síntomas sensoriales o síntomas motores.

Habitualmente se presentan de forma estereotipada. Los episodios a menudo comienzan



**Figura 1.** Relación entre las causas de dolor abdominal crónico/dolor abdominal recurrente (DAC/DAR).

por la noche o a primeras horas de la mañana. El letargo señala comunmente el final de cada episodio y, después de un período de sueño, los síntomas remiten. La migraña abdominal puede ser parte de la expresión clínica de la migraña. El antecedente familiar de migraña es orientativo, si bien sólo en el 65% de los pacientes se encuentra a un familiar en primero o segundo grado con migraña.

## Tratamiento

El tratamiento del DAC/DAR orgánico va dirigido a la causa desencadenante, aunque no es objeto de esta actualización. Asimismo, una vez establecido el trastorno somatomorfo por parte del paidopsiquiatra, corresponde a él su tratamiento. En cualquier caso, un trastorno orgánico, psicossomático o funcional se implican en un número no despreciable de pacientes, y debería tenerse en cuenta desde el punto de vista terapéutico (fig. 1).

El niño con dolor abdominal se puede evaluar y tratar de un modo más idóneo en el contexto de un modelo asistencial biopsicosocial. Aunque los factores psicológicos no ayudan al clínico a diferenciar entre el dolor orgánico y el funcional, es importante tener en cuenta dichos factores en la valoración diagnóstica y el tratamiento de estos niños<sup>4</sup>, pues si hay evidencia que la terapia cognitiva-conductual puede ser usada en mejorar el dolor y adaptabilidad en corto tiempo<sup>3</sup>.

La educación de la familia es una parte importante del tratamiento del niño con dolor abdominal funcional. A menudo resulta útil resumir los síntomas del niño y explicar con términos sencillos que, aunque el dolor es real, lo más probable es que no haya ninguna enfer-

medad subyacente grave o crónica. Puede ser útil explicar que supone un síntoma frecuente, y que pocos de los pacientes presentan una enfermedad. Puede compararse con la cefalea, un trastorno funcional que experimenta tarde o temprano la mayoría de los adultos, y que muy raras veces se asocia con una enfermedad grave. Es importante aportar ejemplos, claros y apropiados para la edad, de los procesos que se asocian con la hiperalgesia, como las cicatrices en fase de curación, y las interacciones del cerebro y el intestino, como la diarrea y los vómitos que pueden experimentar los niños en situaciones estresantes (p. ej., antes de un examen o de una competición deportiva importante)<sup>4</sup>. Se recomienda establecer unos objetivos de tratamiento razonables, dirigidos sobre todo a la recuperación de un funcionalismo normal, más que a la desaparición completa del dolor<sup>4</sup>.

### Tratamiento de la dispepsia funcional<sup>10</sup>

Al igual que con otros trastornos gastrointestinales funcionales, la tasa de respuesta al placebo es alta y pueden ser útiles los cambios simples en la dieta y el tratamiento empírico con antagonistas de los receptores de histamina 2, inhibidores de la bomba de protones y sucralfato, aunque no hay evidencia científica del beneficio de estos fármacos<sup>3</sup>. En ocasiones, un procinético puede ser útil en los pacientes con síntomas de dismotilidad, así como los antieméticos y antidepresivos tricíclicos a dosis bajas en pacientes que no están mostrando respuesta a los fármacos anteriores.

### Tratamiento de síndrome de intestino irritable<sup>10</sup>

El tratamiento suele empezar con cambios en la dieta. Pueden limitarse los alimentos con alto contenido en grasa, y en los niños con SII con predominio de estreñimiento puede administrarse una dieta rica en fibra, aunque no hay evidencia que los suplementos de fibra disminuyan la frecuencia de ataques de dolor<sup>3</sup>. No debe restringirse la lactosa a menos que las pruebas de laboratorio documenten su malabsorción, pues no hay evidencia que su supresión disminuya los síntomas<sup>3</sup>.

Estudios en adultos han demostrado una tasa alta de respuesta a placebo (40%); no obstante, cuando los síntomas persisten, a pesar de cambios de la dieta, pueden utilizarse diversos fármacos. Hay evidencia de que el tratamiento durante 2 semanas con aceite de *peppermint* (no disponible en España) puede ser beneficioso para niños con SII<sup>3</sup>. El tratamiento anticolinérgico debe utilizarse en el SII con predominio de diarrea o con deposiciones variables.

Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen la siguiente línea de tratamiento.

### Tratamiento del dolor abdominal funcional<sup>10</sup>

Al igual que con los otros trastornos funcionales, la terapéutica empieza con el restablecimiento de la confianza de los padres y el niño. Puede probarse una modificación en la dieta pero, en general, la mejoría es mínima. En ocasiones se han empleado anticolinérgicos y antidepresivos tricíclicos. Más importante que los fármacos es una apreciación completa de que el dolor continuo también puede ser el resultado de dificultades psicosociales que el niño experimenta en su entorno familiar y escolar.

### Tratamiento de la aerofagia<sup>10</sup>

El principal tratamiento lo constituye la psicoterapia. También puede reducirse el uso de chicles y bebidas carbonatadas.

### Tratamiento de la migraña abdominal<sup>10</sup>

En la actualidad se enfoca en la prevención de los episodios. Los fármacos más utilizados son el propranolol, la ciproheptadina, los antidepresivos tricíclicos y la carbamazepina. Hay datos limitados que sugieren que el pizotifen es eficaz para el tratamiento de la migraña abdominal<sup>3</sup>.

Para finalizar, y a la vista de la escasez de trabajos publicados acerca de los enfoques terapéuticos, es urgente realizar ensayos clínicos de todas las intervenciones que se emplean actualmente. Es necesario crear fármacos para modular las anomalías presentes en la función sensitivomotora del sistema nervioso entérico, con el fin de aliviar los síntomas específicos y valorar el papel de los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de los trastornos gastrointestinales funcionales asociados con el dolor abdominal<sup>4,17,18</sup>.

## Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr*. 1996;129:220-6.
2. Ramchandani PG, Hotopf M, Sandhu B, Stein A, ALSPAC Study Team. The epidemiology of recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, population-based study. *Pediatrics*. 2005;116:46-50.
3. ●● AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in chil-

## Lectura rápida



### Tratamiento

El niño con dolor abdominal se debe tratar en el contexto de un modelo asistencial biopsicosocial. La terapia cognitiva-conductual mejora el dolor y la adaptabilidad a corto plazo.

Se recomienda establecer unos objetivos de tratamiento razonables, dirigidos sobre todo a la recuperación de un funcionalismo normal, más que a la desaparición completa del dolor.

En líneas generales pueden ser útiles los cambios simples de dieta y el tratamiento empírico con diferentes fármacos en función de la sintomatología predominante: antagonistas de los receptores de histamina 2, inhibidores de la bomba de protones, sucralfato, procinético, antieméticos, anticolinérgicos y antidepresivos.



## Bibliografía recomendada

Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child*. 1958;33:165-70.

Apley J. The child with abdominal pains. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1976.

*Artículos iniciales de John Apley y Nora Naish, de lectura recomendada porque constituyen la base de los siguientes estudios e investigaciones referentes al niño con dolor abdominal.*

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. *JPGN*. 2005;40:249-61.

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology, and Nutrition. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*. 2005;115:812-5.

*Artículos recientes de consenso de la Academia Americana de Pediatría y de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica en los que se hace un revisión actualizada sobre el dolor abdominal crónico o recurrente en el niño; se establecen unas guías para el clínico de asistencia pediátrica.*

- dren: a technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *JPGN*. 2005;40:249-61.
4. ●● American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain; North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology, and Nutrition. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*. 2005;115:370-1.
5. Lake AM. Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 1999; 59:1823-30.
6. ● Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child*. 1958;33:165-70.
7. Apley J. The child with abdominal pains. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1976.
8. ● Pereda Pérez A, Manrique Martínez I, Pineda Gil M. Dolor abdominal recurrente. En: Moraga F, editor. *Protocolos de gastroenterología 2002* [citado 22 de noviembre de 2005]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/gastroenterologia/cuatro/dolorabdominalrecurrente.pdf>
9. Rowland M, Bourke B, Drumm B. Do the Rome criteria help the doctor or the patient? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;41 Suppl 1:S32-3.
10. Zeiter DK, Hyams JS. Dolor abdominal recurrente en niños. *Clin Pediatr North Am* (ed esp). 2002;1:51-8.
11. ●● Rasquin-Weber A, Imán PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999;45:60-8.
12. Schurman JV, Friesen CA, Danda CE, Andre L, Welchert E, Lavenbarg T, et al. Diagnosing functional abdominal pain with the Rome II criteria: parent, child, and clinician agreement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005;41:291-5.
13. Milla PJ. Irritable bowel syndrome in childhood. *Gastroenterology*. 2001;120:287-90.
14. Van Ginkel R, Voskuil WP, Benninga MA, Taminiu JA, Boeckxstaens GE. Alterations in rectal sensitivity and motility in childhood irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2001;120:31-8.
15. Pereda A, Maluenda C. Dolor abdominal recurrente. En: SEGHN, editor. *Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica*. Madrid: Ergon; 2004. p. 43-52.
16. Mearin F, Pérez-Oliveras M, Perello A, Vinyet J, Ibáñez A, Coderch J, et al. Dyspepsia and irritable bowel syndrome after a Salmonella gastroenteritis outbreak: one-year follow-up cohort study. *Gastroenterology*. 2005;129:98-104.
17. Hyams J, Colletti R, Faure C, Gabriel-Martínez E, Maffei HV, Morais MB, et al. Functional gastrointestinal disorders: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2002;35 Suppl 2:110-7.
18. Veldhuyzen van Zasten SJ, Talley NJ, Bytzer P, Klein KB, Whorwell PJ, Zinsmeister AR. Design of treatment trials for functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999;45 Suppl 2:69-77.