



ELSEVIER

# Gastroenterología y Hepatología

[www.elsevier.es/gastroenterologia](http://www.elsevier.es/gastroenterologia)


## CARTA CIENTÍFICA

### Migraña abdominal como causa inusual de dolor abdominal crónico en el adulto



### Abdominal migraine, unusual cause of chronic abdominal pain in adults

La migraña abdominal es una causa subdiagnosticada de dolor abdominal recurrente en niños, sin embargo, se desconoce su frecuencia real en adultos, con pocos casos reportados. Este síndrome se define como un desorden funcional del espectro de las migrañas. Consiste en dolor abdominal severo de causa central usualmente con duración mayor a 1 h, que interfiere con las actividades de la vida diaria. El dolor se asocia con uno o más de los siguientes síntomas como: fotofobia, sonofobia, anorexia, palidez, cefalea, náuseas o vómitos. Los pacientes se mantienen asintomáticos intercrisis con un examen físico normal y sin hallazgos en las pruebas de imagen o de laboratorio. Estos elementos coinciden en la Clasificación Internacional de Cefalea (ICHD-3 beta)<sup>1</sup> y en la Clasificación de Roma IV<sup>2</sup>. Un diagnóstico acertado podría disminuir estudios y manejo innecesario en estos pacientes.

Presentamos una paciente, mujer de 60 años, con antecedentes de cáncer de mama bilateral 12 años antes de su consulta actual, tratada con mastectomía bilateral, radioterapia y hormonoterapia. Sin historia previa de cirugías abdominales u otros antecedentes médicos. Relata historia de 4 años de evolución, de episodios de dolor abdominal periumbilical autolimitados, mal caracterizado, con intensidad en la escala analógica visual de 8 sobre 10, no irradiado, sin desencadenantes ni agravantes, que alivian con el reposo e hidratación oral, de entre 6 y 48 h de duración. Estos episodios son precedidos de náuseas, vómitos y cefalea holocraneal pulsátil de moderada intensidad, con fotofobia, sonofobia y cacosmia. La paciente se mantenía asintomática entre episodios. Tras múltiples consultas en servicios de urgencia, se decide hospitalizar a la paciente para estudio. La exploración física no detecta hallazgos significativos y las exploraciones realizadas (análisis sanguíneos, tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste, endoscopia digestiva alta incluyendo test de la ureasa, colonoscopia, test de aire espirado con lactulosa, resonancia magnética cerebral, electroencefalograma) son normales, sin detectar hallazgos relevantes. La paciente es evaluada

conjuntamente por el equipo de neurogastroenterología y el de neurología especialista en cefalea, iniciando tratamiento con duloxetina 60 mg/día y propranolol 80 mg/día, con lo que permanece asintomática y es dada de alta a las 72 h y es seguida en consultas durante 12 meses, sin nuevos episodios de dolor, por lo que se establece el diagnóstico de migraña abdominal.

La prevalencia de este síndrome dependerá de su definición, pudiendo afectar hasta a un 9,2% de los niños, con mayor incidencia entre los 6 y 12 años, disminuyendo a menos del 1% a los 14 años<sup>3</sup>. El estrés, falta de sueño o ayuno pueden desencadenar un episodio. Como en otros cuadros funcionales, el desafío está en descartar otras causas orgánicas. Su fisiopatología no es del todo clara, involucrando al eje cerebro-intestino, desregulación vascular, factores genéticos y canalopatías que afectan el sistema trigémino-vascular. No hay estudios que sugieran vasoespasmos a nivel gastrointestinal. Se ha descrito asociación familiar y hasta un 70% de los niños con este cuadro desarrollan migraña en etapa adulta. Se puede asociar a otros síndromes episódicos como vómitos cíclicos<sup>4</sup> y a distintas psicopatologías como depresión, ansiedad o factores de riesgo psicosocial, pero se desconoce si son causa o efecto debido al dolor crónico.

El manejo debe centrarse en un correcto diagnóstico, explicando el cuadro al paciente y familia, favoreciendo una visión holística como el modelo biopsicosocial. La terapia cognitivo-conductual ha mostrado mejoría en series de casos pediátricos. No hay evidencia con cambios dietéticos (como dieta baja en FODMAP). Más del 80% de los casos se resuelven con reposo en un cuarto oscuro y analgesia de tipo antiinflamatorios no esteroideos. La evidencia en tratamiento farmacológico es limitada a reportes y recomendaciones de expertos. Se ha intentado terapia preventiva como propranolol, flunarizina, ácido valproico, amitriptilina, topiramato y ergotamínicos<sup>5</sup>. En resumen, frente a un paciente adulto con dolor abdominal crónico recurrente, sin cambio en el hábito intestinal, con períodos intercrisis asintomáticos, se debe plantear como una alternativa diagnóstica la migraña abdominal.

## Bibliografía

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalgia*. 2013;33:629–808, <http://dx.doi.org/10.1177/03331024134856823771276>.

## CARTA CIENTÍFICA

---

2. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150:1262–79.
3. Lewis ML, Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MAL. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. *J Pediatr*. 2016;177:39–43.e3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.04.008>.
4. Dignan F, Abu-Arafeh I, Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. *Arch Dis Child*. 2001;84:415–8, <http://dx.doi.org/10.1136/adc.84.5.415> 11316687.
5. Angus-Leppan H, Saatci D, Sutcliffe A, Guiloff R. Abdominal migraine. *BMJ*. 2018;360:k179, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k179>.

Christian von Mühlenbrock<sup>a,b</sup> y Ana María Madrid<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Departamento de Medicina Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [anamariamadrid@gmail.com](mailto:anamariamadrid@gmail.com) (A.M. Madrid).