

Dolor abdominal crónico en el niño. Informe Clínico. Guía para el clínico en la asistencia pediátrica

Los niños y adolescentes con dolor abdominal crónico plantean unos problemas peculiares a sus cuidadores. Los niños afectados y sus familias experimentan unas sensaciones de estrés y ansiedad que pueden interferir en su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. Aunque el dolor abdominal crónico en el niño puede atribuirse habitualmente a un trastorno funcional, más que a una enfermedad orgánica, los numerosos conceptos erróneos y los conocimientos insuficientes entre los profesionales sanitarios, así como la aplicación inadecuada de los conocimientos, pueden contribuir a una ausencia de tratamientos eficaces. Este informe clínico va acompañado de un informe técnico sobre el dolor abdominal crónico en el niño y proporciona una guía al clínico para la valoración y el tratamiento de los niños con dolor abdominal crónico. Las conclusiones se basan en los datos revisados en el informe técnico y en el consenso alcanzado entre los miembros del subcomité.

ANTECEDENTES

A pesar de las décadas de observaciones clínicas que han originado numerosos trabajos, libros y monografías, el tema del dolor abdominal constante o intermitente y de larga duración en el niño sigue provocando dudas y problemas a la mayoría de los profesionales sanitarios pediátricos. En la definición de dolor abdominal crónico que se ha utilizado clínicamente y en la investigación durante los últimos 40 años, se ha aplicado el criterio de la aparición de 3 episodios dolorosos, como mínimo, durante al menos 3 meses, que interfieren en la función¹. En la práctica clínica, se considera habitualmente que un dolor cuya duración supere 1-2 meses puede considerarse como crónico. La presencia de un dolor abdominal crónico en los niños constituye a menudo un importante problema; aunque el síntoma suele indicar un trastorno benigno, los padres pueden estar tremadamente preocupados; el niño, angustiado; el médico se encuentra sometido a tensión ante la duda de solicitar pruebas y la posibilidad de que pase por alto un proceso grave oculto, y la familia puede quedar inmersa en complejidades psicosociales. El afrontamiento de este problema puede

ser laborioso y frustrante. Sin embargo, las causas orgánicas del dolor abdominal sólo se observan en un pequeño número de niños. En la mayoría de ellos el dolor es funcional, es decir, sin signos demostrables de un proceso patológico de tipo anatómico, metabólico, infeccioso, inflamatorio o neoplásico.

Se cree que en la fisiopatología del dolor abdominal funcional intervienen anomalías del sistema nervioso entérico (SNE), un rico y complejo sistema nervioso que envuelve la totalidad del tracto gastrointestinal. El SNE se conoce también como el “cerebro del intestino” o el “pequeño cerebro en el intestino”². El SNE interacciona con el sistema nervioso central y permite la comunicación bidireccional. La disregulación de esta comunicación cerebro-intestino desempeña un importante papel en la patogenia del dolor abdominal funcional. La mayor parte de las investigaciones acerca del dolor visceral infantil llevadas a cabo en los años ochenta y principios de los noventa se enfocaron sobre el papel de los trastornos de la motilidad o psiquiátricos. Sin embargo, las investigaciones recientes realizadas con técnicas más sofisticadas no han identificado anomalías motoras lo suficientemente importantes como para atribuirles los síntomas de estos pacientes. Actualmente se cree que los adultos y niños con trastornos intestinales funcionales, más que la presencia de un trastorno basal de la motilidad, pueden tener una reactividad intestinal anormal frente a estímulos fisiológicos (alimentos, distensión del intestino, cambios hormonales), estímulos nociceptivos (procesos inflamatorios) o estímulos psicológicos estresantes (separación de los padres, ansiedad)³. Además, entre los pacientes adultos que acudieron a clínicas de gastroenterología por presentar trastornos intestinales de tipo funcional, se hallaron a menudo alteraciones psicológicas, independientemente del diagnóstico final. Se concluyó que los factores psicológicos pueden haber sido más importantes en el hecho de solicitar asistencia médica que como causantes del síntoma⁴.

Cada vez hay más datos disponibles a favor de que el dolor abdominal funcional puede asociarse con una hiperálgesia visceral y una disminución del umbral álgico en respuesta a los cambios de presión intraluminal^{5,6}. Los procesos inflamatorios de la mucosa causados por infecciones, alergias o enfermedades inflamatorias primarias pueden provocar una sensibilización de los nervios aferentes, y se han asociado con el comienzo de la hiperálgesia visceral⁷. Para explicar el concepto de hipe-

Subcommittee on Chronic Abdominal Pain.
North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.

TABLA 1. Definiciones clínicas recomendadas para el dolor abdominal de larga duración, intermitente o constante en los niños

Dolor abdominal crónico	Dolor abdominal de larga duración, intermitente o constante, funcional u orgánico (debido a una enfermedad)
Dolor abdominal funcional	Dolor abdominal sin signos demostrables de algún proceso patológico de tipo anatómico, metabólico, infeccioso, inflamatorio o neoplásico. El dolor abdominal funcional puede presentarse con síntomas típicos de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, migraña abdominal o síndrome de dolor abdominal funcional
Dispepsia funcional	Dolor abdominal funcional o molestias en la parte superior del abdomen
Síndrome de intestino irritable	Dolor abdominal funcional asociado con trastornos de la defecación
Migraña abdominal	Dolor abdominal funcional con características migrañosas (dolor abdominal paroxístico asociado con anorexia, náuseas, vómitos o palidez, además de antecedentes maternos de cefaleas migrañosas)
Síndrome de dolor abdominal funcional	Dolor abdominal funcional sin las características de dispepsia, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal

ralgesia visceral al paciente y a su familia puede emplearse la comparación con una quemadura o una cicatriz: la piel puede quedar sensible durante un período prolongado y se perciben como nocivos algunos estímulos que normalmente no son molestos (como el contacto con los vestidos). En el adulto cada vez hay más pruebas de que un procesado anormal de las señales aferentes al sistema nervioso central puede desempeñar un papel en la fisiopatología de este proceso^{8,9}.

El dolor abdominal funcional es origen de muchos conceptos erróneos, tanto entre los profesionales sanitarios como los profanos. En una encuesta reciente efectuada por la American Academy of Pediatrics y la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, que cumplimentaron más de 300 pediatras generales, el 16% de los encuestados consideraba el dolor abdominal funcional como un diagnóstico oscuro o un cajón de sastre, y sólo el 11% lo consideraba como un diagnóstico específico con criterios claros (datos no publicados). Hay también una cierta ambigüedad y confusión en la nomenclatura, pues muchos clínicos emplean el término “dolor abdominal recurrente” para indicar un dolor abdominal funcional, psicológico o relacionado con el estrés. Además, muchos clínicos desconocen los diferentes patrones sintomatológicos con que puede presentarse el dolor abdominal funcional.

La revisión sistemática de la bibliografía médica sobre el dolor abdominal crónico en el niño, resumida en el informe técnico, ha servido para descubrir datos que pueden sorprender a muchos clínicos. Por ejemplo, aunque los niños con dolor abdominal crónico y sus padres sufren ansiedad o depresión con más frecuencia que los niños sin dicho dolor, la presencia de ansiedad, depresión, problemas conductuales o vivencias recientes negativas no parece ser útil para diferenciar entre el dolor abdominal funcional y el orgánico. De modo similar, aunque los niños con dolor abdominal crónico, respecto a los niños sin dicho dolor, tienen más probabilidades de sufrir cefaleas, artralgias, anorexia, vómitos, náuseas, flatulencias y síntomas de alteraciones intestinales, es improbable que la presencia de estos síntomas acompañantes ayude al médico a diferenciar entre los trastornos funcionales y los orgánicos. En cambio, la presencia de signos o síntomas de alarma (véase más adelante una lista en la tercera conclusión) puede sugerir una mayor probabilidad de enfermedad orgánica y una indicación para realizar pruebas diagnósticas; por el contrario, si faltan estos síntomas, no es probable que los estudios diagnósticos sirvan para revelar una importante cuantía

de procesos orgánicos. Además, no hay pruebas de que los síntomas emocionales o conductuales sirvan para predecir el curso clínico, o de que las familias de niños con dolor abdominal crónico difieran considerablemente en su funcionalismo. Aunque los clínicos prescriben una amplia gama de tratamientos, se ha realizado un escaso número de estudios sobre la terapia farmacológica o conductual en el niño, o bien los resultados de estos estudios no son concluyentes.

CONCLUSIONES

1. El término “dolor abdominal recurrente”, tal y como se utiliza clínicamente y en la bibliografía, debe abandonarse. El dolor abdominal funcional es la causa más frecuente de dolor abdominal crónico; es un diagnóstico específico que debe diferenciarse de las causas anatómicas, infecciosas, inflamatorias o metabólicas de dolor abdominal. El dolor abdominal funcional puede clasificarse como dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, migraña abdominal o síndrome de dolor abdominal funcional (tabla 1), o como una combinación de estos diagnósticos.

2. En general, el dolor abdominal funcional puede diagnosticarlo correctamente el médico de asistencia primaria en niños de 4-18 años de edad con dolor abdominal crónico si no hay síntomas o signos de alarma, la exploración física es normal y las pruebas de sangre oculta en heces son negativas, sin necesidad de recurrir a otras pruebas diagnósticas.

3. La presencia de síntomas o signos de alarma –entre ellos, aunque no de modo exclusivo, la pérdida de peso involuntaria, la desaceleración del crecimiento, las pérdidas sanguíneas gastrointestinales, los vómitos intensos, la diarrea crónica importante, el dolor persistente en los cuadrantes superior o inferior derechos, la fiebre de causa desconocida, los antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal 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. Hay que prestar atención a los vómitos de tipo bilioso, prolongados, cíclicos o los que suscitan cierta preocupación en el médico. Los signos de alarma en la exploración abdominal consisten en un dolor a la presión localizado en los cuadrantes superior o inferior derechos, una distensión o un efecto masa localizados, la hepatomegalia, la esplenomegalia, el dolor a la presión en

el ángulo costovertebral o en la columna vertebral, o las anomalías perianales.

4. También pueden realizarse pruebas 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.

5. El niño con dolor abdominal funcional 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 (causado por una enfermedad) y el funcional, es importante tener en cuenta dichos factores en la valoración diagnóstica y el tratamiento de estos niños.

6. 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 enfermedad subyacente grave o crónica. Puede ser útil explicar que el dolor abdominal crónico constituye un síntoma frecuente en los niños y adolescentes, y que pocos de ellos sufren una enfermedad. El dolor abdominal funcional 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).

7. 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. El retorno a la escuela puede estimularse si se identifican y afrontan los obstáculos que se oponen a ello.

8. Es preferible prescribir juiciosamente los medicamentos para el dolor abdominal funcional, formando parte de un enfoque individualizado con múltiples facetas para aliviar los síntomas y la discapacidad. Es razonable considerar el empleo transitorio de los medicamentos que puedan servir de ayuda para reducir la frecuencia o la intensidad de los síntomas. El tratamiento puede incluir los fármacos antiácidos para el dolor asociado con la dispepsia, los agentes antiespasmódicos, los relajantes del músculo liso, los agentes psicotrópicos a dosis bajas, los laxantes no estimulantes o los antidiarreicos para el dolor asociado con una alteración del tránsito intestinal.

9. Es necesario realizar ulteriores investigaciones para eliminar las grandes lagunas respecto a los conocimientos sobre el dolor abdominal crónico en el niño.

FUTURAS INVESTIGACIONES

En las investigaciones sobre el dolor abdominal crónico en los niños deben incorporarse diversas características metodológicas, con el objetivo de generar unos datos de alta calidad que sirvan para establecer unas futuras normas útiles en la práctica clínica. A este fin, se establecen las siguientes sugerencias específicas:

1. El fenotipo sintomatológico de los pacientes estudiados debe describirse detalladamente, no sólo en cuanto al dolor abdominal (intensidad, frecuencia, duración, localización), sino también a los síntomas gastrointestinales u otros asociados.

2. Los investigadores deben especificar el modo empleado en la valoración de los criterios de elegibilidad para participar en el estudio.

3. Los investigadores deben especificar la marcha diagnóstica realizada y aportar detalles sobre los procesos orgánicos hallados en la investigación diagnóstica.

4. Deben utilizarse parámetros evolutivos validados para evaluar la mejoría global y los cambios producidos en los síntomas individuales.

5. Deben examinarse las posibles diferencias con respecto al curso de la enfermedad y a la respuesta al tratamiento en los pacientes con diferentes fenotipos sintomatológicos.

6. Deben investigarse diversas poblaciones: pacientes de asistencia primaria, controles en la colectividad y niños de diferentes ámbitos culturales y étnicos.

7. Los criterios de Rome II¹⁰ (v. tabla 6 de la revisión técnica) deben validarse en una gama de ámbitos clínicos y poblacionales, con el fin de determinar la utilidad de los criterios para establecer distinciones clínicamente útiles entre los individuos y grupos de pacientes.

A la vista de la escasez de trabajos publicados acerca de los enfoques terapéuticos sobre este proceso, es urgente realizar ensayos clínicos de todas las intervenciones que se emplean actualmente en los niños con dolor abdominal funcional. Nosotros apoyamos las conclusiones del Functional Bowel Disorders Working Group Report en el First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, en el sentido de que es necesario “crear fármacos para modular las anomalías presentes en la función sensitivomotora del sistema nervioso entérico en los trastornos funcionales, con el fin de aliviar los síntomas específicos y valorar el papel adecuado de estos fármacos en el tratamiento de los niños y adolescentes”, así como “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”¹¹. Los equipos de trabajo de Rome II también aprobaron esta necesidad y recomendaron ciertas normas para la investigación mediante ensayos clínicos¹².

SUBCOMITÉ DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

Carlo Di Lorenzo, MD, copresidente

Richard B. Colletti, MD, copresidente

Harold P. Lehmann, MD, PhD

John T. Boyle, MD

William T. Gerson, MD

Jeffrey S. Hyams, MD

Harold P. Lehman, MD, PhD

Robert H. Squires, Jr, MD

Lynn S. Walker, MD

PERSONAL

Pamela T. Kanda, MPH

BIBLIOGRAFÍA

1. Appley J. The child with recurrent abdominal pain. *Pediatr Clin North Am*. 1967;14:63-72.
2. Cooke HJ. Role of the little brain in the gut in water and electrolyte homeostasis. *FASEB J*. 1989;3:127-38.

3. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2003;123:2108-31.
4. Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB, Costa PT Jr, Schuster MM. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. Comparison of community and medical clinic samples. *Gastroenterology*. 1988;95:709-14.
5. Van Ginkel R, Voskuijl WP, Benninga MA, Taminius JA, Boeckxstaens GE. Alterations in rectal sensitivity and motility in childhood irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2001;120:31-8.
6. Di Lorenzo C, Youssef NN, Sigurdsson L, Scharff L, Griffiths J, Wald A. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. *J Pediatr*. 2001;139:838-43.
7. Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet*. 2002;360:555-64.
8. Mertz H. Role of the brain and sensory pathways in gastrointestinal sensory disorders in human. *Gut*. 2002;51:129-33.
9. Naliboff BD, Derbyshire SW, Munakata J, et al. Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med*. 2001;63:365-75.
10. 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.
11. Raskin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999;45 Suppl 2:60-8.
12. Hyams J, Colletti R, Faure C, 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 W:110-7.
13. Veldhuyzen van Zanten 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.