

### ACTUALIZACION

#### Dolor Abdominal Recurrente

Andrés De Tezanos Pinto<sup>1</sup>, Dra. Marianela Rojas<sup>2</sup>, Dra. Marcela Soto Ruz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Becario (APS) 2º año Programa de Pediatría. Departamento de Pediatría. Campus Norte. Universidad de Chile

<sup>2</sup>Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río

<sup>3</sup>Médico Pediatra. Supervisora de Especialistas en formación en Pediatría y Atención Primaria en Salud (APS)

El dolor abdominal recurrente (DAR) es un frecuente motivo de consulta en la práctica pediátrica y uno de los principales motivos de consulta y derivación al gastroenterólogo infantil. Se estima que cerca del 10-12% de los niños de edad escolar lo presentan (1), cifras que coinciden tanto en estudios norteamericanos (2) como en países asiáticos (3,4). Las cifras tampoco han variado de manera importante en estos últimos 60 años (1). En Chile los estudios muestran cifras similares (7).

El DAR se presenta principalmente en escolares y adolescentes, siendo cerca del 5-8% en el primer grupo y hasta el 20% en adolescentes (5), con una relación entre mujeres y hombres de 1,4:1 en general (6). En los hombres existe una relación inversa entre el DAR y la edad, siendo al revés en mujeres, en quienes aumenta en la adolescencia (8).

El DAR fue definido por primera vez por los doctores John Apley y Norah Nash en el año 57 como: al menos 3 episodios de dolor abdominal, durante al menos 3 meses, en niños mayores de 3 años (1). El concepto ha sido reevaluado en múltiples oportunidades, pero aún muchos autores se guían por esta definición. En el año 2006 la Roma III reevaluó el tema y redefinió distintas entidades dentro del concepto de DAR funcional, cada una con distintos criterios diagnósticos (ver anexo 1) (10).

Como concepto general, el DAR se caracteriza por ser un dolor vago, periumbilical o epigástrico, tipo cólico, de intensidad suficiente como para interrumpir las actividades cotidianas y que suele asociarse a náuseas, palidez o cefalea. Las crisis pueden durar desde unos minutos a varias horas, logrando estar asintomático

varios días o semanas entre episodios. No tiene relación con un determinado patrón de alimentación, micción, defecación, actividad física ni se asocia a la menstruación. Se presenta habitualmente a distintas horas del día, pero excepcionalmente despierta al paciente en la noche (5, 8).

La fisiopatología del DAR aún no está aclarada. La teoría más aceptada radica en una alteración del eje cerebro-intestino (11, 14). Estudios con neuroimágenes revelan que en niños con DAR existe una exagerada activación de vías del dolor frente a distintos estímulos, debido a una interpretación diferente del dolor en la corteza cerebral (15, 16). Esto determinaría una hipersensibilidad visceral y dismotilidad intestinal, lo que se asocia además a un umbral del dolor disminuido en estos pacientes (14, 17). Sin embargo, para que el dolor se haga recurrente o crónico, es necesario que existan individuos predispuestos que interactúen con factores biológicos, psicológicos y sociales que gatillarían y perpetuarían los desórdenes gastrointestinales funcionales (14).

A pesar de que en la mayoría de los casos corresponde a patología funcional, se ha reportado entre un 5-10% de patología orgánica como causa subyacente en atención primaria (8,9) con un gran espectro diagnóstico (ver tabla 1). En centros de atención terciaria y en otros países como India y Sri Lanka, se ha reportado hasta un 30% de patología orgánica en los pacientes con DAR (13). Por lo tanto es fundamental realizar una anamnesis detallada y examen físico completo, para descartar así cualquier sospecha de organicidad. Para esto resulta útil considerar distintos signos de alarma o "banderas rojas", que orientan hacia

patología orgánica y obligan a ampliar el estudio del paciente (ver tabla 2).

En cuanto al estudio del paciente con DAR funcional, se recomienda que sea lo más básico y sencillo posible. No es necesario un descarte exhaustivo de patologías de base, ya que esto sólo aumenta la ansiedad en los padres y provoca estrés en el niño, alterando la relación médico-paciente (4). Se debe aclarar desde un principio que la sospecha es de patología funcional, explicar a los padres en qué consiste y orientarlos hacia un manejo integral. En ningún caso se debe aminorar los síntomas, sino que se debe hacer refuerzo positivo frente al dolor; explicar que el dolor existe, pero que tiene un importante componente emocional asociado (4,5).

Como enfoque inicial se recomiendan exámenes generales, como hemograma completo con VHS, PCR, orina completa, urocultivo y examen parasitológico de deposiciones (4,5). Algunos autores recomiendan estudio para enfermedad celíaca inicialmente, especialmente en pacientes escolares, ya que en ellos el dolor abdominal puede ser la única manifestación de la enfermedad (12). También se recomienda endoscopia digestiva alta y estudio de *H. Pylori* en aquellos pacientes en los que predomina el dolor epigástrico (10). El resto del estudio debe ser enfocado según los hallazgos en la evaluación clínica del paciente, la presencia de síntomas de alarma y los hallazgos en los exámenes generales.

El tratamiento de los pacientes es motivo de controversia y aún no se ha logrado definir una línea terapéutica clara. A pesar de que históricamente se han usado múltiples tratamientos, hay pocos en los que la evidencia ha logrado demostrar real utilidad.

En todo DAR funcional se debe concientizar al niño y a su familia acerca de lo que el dolor significa para él, dando un enfoque biopsicosocial. En cuanto al tratamiento específico, existen distintas medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, que han mostrado efectividad variable (13):

- 1- Medicamentos: un meta-análisis del año 2007 encontró 3 estudios clínicos bien diseñados, los cuales analizaban el efecto de un

medicamento determinado en diferentes contextos clínicos (18). En un estudio se encontró un efecto beneficioso en el uso de aceite de menta para el tratamiento del síndrome de intestino irritable. Sin embargo el grupo estudiado es pequeño. Otros estudios han demostrado un efecto mínimo en el uso de pizotifeno (antagonista de serotonina) en pacientes con migraña abdominal, así como un efecto mínimo también en el uso de famotidina (antagonista de receptor H2 de histamina) en pacientes con dolor tipo dispepsia (19). No se ha demostrado un efecto beneficioso en el uso de amitriptilina (antidepresivo tricíclico) (20). En general la recomendación es no utilizar medicamentos de regla para el tratamiento del DAR funcional, salvo casos excepcionales. El uso de terapias complementarias como fitoterapia, suplementos dietarios, terapias manuales u homeopatía no han logrado demostrar un efecto beneficioso, por lo que su uso y recomendación aún se discute (18).

- 2- Intervenciones dietarias y probióticos: a pesar de que por largo tiempo se ha recomendado la suspensión de ciertos elementos de la dieta o la incorporación de otros, como la eliminación de la lactosa o el aumento de la fibra, no existen estudios que avalen su uso en el manejo del DAR (21). De hecho, podría traer consecuencias negativas en el caso de suspender ciertos alimentos que podrían llevar a una deficiencia nutricional a futuro (13). El uso de probióticos también ha sido debatido. Un meta-análisis que incluyó 168 pacientes no demostró un efecto beneficioso (21), sin embargo, dos estudios más nuevos (uno con *Lactobacillus rhamnosus* GG y el otro con una mezcla) han mostrado un efecto positivo en el uso de probióticos en niños con síndrome de intestino irritable, pero corresponden a estudios pequeños (18).

- 3- Medidas psicológicas: son las medidas que han mostrado mejores resultados en el manejo del DAR funcional, según la evidencia disponible. Varios meta-análisis han demostrado el efecto beneficioso del uso de distintas psicoterapias, entre ellas destaca la terapia cognitivo conductual, además de la psicoeducación, la hipnosis y terapias de relajación (22 - 24). Sin embargo, los médicos tienden a sentirse inseguros frente a este tipo de terapia y muchas veces no es considerada (18).

En conclusión, el DAR es una patología frecuente entre escolares y adolescentes, la mayoría de las veces corresponde a un trastorno funcional. Lo esencial en su diagnóstico es una buena anamnesis y examen físico, junto a exámenes básicos para descartar una causa orgánica. El manejo más indicado según la evidencia actual consiste en medidas psicológicas, especialmente la terapia cognitivo conductual. No se debe indicar de regla medidas dietéticas ni medicamentos, ya que hay escasa evidencia que apoye su uso.

## Anexo 1

Síndromes relacionados a dolor abdominal funcional (Roma III):

- 1- **Dispepsia funcional.** Al menos una vez por semana y por al menos 2 meses previo al diagnóstico, la presencia de los siguientes síntomas:  
- Dolor persistente o recurrente, o disconfort centrado en el abdomen superior (sobre el ombligo)  
- El dolor no se alivia con la defecación ni se asocia a un cambio de frecuencia ni forma de las deposiciones.  
- Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.
- 2- **Síndrome de intestino irritable.** Al menos una vez por semana y por al menos 2 meses previo al diagnóstico, la presencia de los

siguientes síntomas:  
- Malestar abdominal (sensación incómoda no descrita como dolor) o dolor, asociada con 2 o más de las siguientes, al menos durante un 25% del tiempo:  
- Se alivia con la defecación  
- Su inicio se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones.  
- Su inicio se asocia a un cambio en la forma de las deposiciones.  
- Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.

- 3- **Migraña abdominal.** Al menos 2 episodios en los últimos 12 meses previos caracterizados por:  
- Episodio paroxístico de dolor agudo periumbilical, que dura al menos una hora  
- Periodo intercrisis asintomático que dura semanas a meses  
- El dolor interfiere con actividades habituales.  
- El dolor está asociado a 2 o más de los siguientes: anorexia, náuseas, vómitos, cefalea, fotofobia y/o palidez  
- Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.
- 4- **Dolor abdominal funcional de la infancia:** Al menos una vez por semana y por al menos 2 meses previo al diagnóstico, la presencia de los siguientes síntomas:  
- Dolor abdominal episódico o continuo  
- Criterios insuficientes para diagnosticar otro trastorno gastrointestinal funcional  
- Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.
- 5- **Síndrome de dolor abdominal de la infancia:** Presencia de dolor abdominal funcional por lo menos un 25% del tiempo más uno o más

de los siguientes criterios:  
 - Alguna pérdida de la funcionalidad diaria  
 - Síntomas somáticos adicionales como cefalea, dolor de extremidades o dificultad para dormir.

**Tabla 1 (4, 18)**

Causas orgánicas de DAR:		
<b>Gastrointestinal:</b> - Constipación - Enfermedad inflamatoria intestinal - Parasitosis intestinal - Intolerancia alimentaria - RGE patológico - Infección por <i>H. pylori</i> - Enfermedad celíaca - Úlcera péptica - Gastritis	- Enfermedad hepatobiliar - Pancreatitis crónica - Infección por Yersinia - Neoplasias - Malformaciones anatómicas  <b>Genitourinaria:</b> - ITU - Litiasis renal - Obstrucción pélvico ureteral	<b>Ginecológica:</b> - Dismenorrea - Quiste ovárico - Endometriosis - Enfermedad pélvica inflamatoria  <b>Otras:</b> - Epilepsia abdominal - Abuso (físico, psicológico, sexual)

**Tabla 2 (10,11)**

Síntomas de alarma:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente menor de 5 años</li> <li>• Dolor persistente en cuadrante superior derecho o en cuadrante inferior derecho</li> <li>• Dolor que despierta al niño en la noche</li> <li>• Disfagia</li> <li>• Vómitos o diarrea persistente</li> <li>• Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, o úlcera péptica</li> <li>• Hallazgos anormales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Fiebre no explicada</li> <li>☐ Pérdida de peso involuntaria</li> <li>☐ Desaceleración de la curva de crecimiento</li> <li>☐ Retraso puberal</li> <li>☐ Úlceras orales</li> <li>☐ Artritis</li> <li>☐ Patología anorrectal</li> <li>☐ Masa abdominal</li> <li>☐ Hepatoesplenomegalia</li> </ul> </li> </ul>

**Referencias**

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: a field survey of 1000 school children. Arch Dis Child 1958; 33: 165-170.
2. Ramchandani P, et al. 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. Dong, L et al. An Epidemiologic Study of Irritable Bowel Syndrome in Adolescents and Children in China: A School-Based Study. Pediatrics 2005;116;e393-e396.
4. Devanarayana NM, Rajindrajith S, De Silva HJ. Recurrent abdominal pain in children. Indian Pediatr. 2009 May;46(5):389-99.
5. Lake A. Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physician 1999;59:1823-30.
6. Chitkara D. et al. The Epidemiology of Childhood Recurrent Abdominal Pain in Western Countries: A Systematic Review. Am J Gastroenterol. 2005; 100: 1868-75.
7. Chávez C, Eduardo. Dolor abdominal recurrente (DAR) funcional. Rev. chil. pediatr.1999, 70, no.5, p.433-434
8. Scott RB. Recurrent abdominal pain during childhood. Can Fam Physician. 1994 Mar;40:539-42, 545-7.
9. Schurmann J, Friesen C, Danda C, et al. Diagnosing functional abdominal pain with the Rome II criteria: parent, child and clinician agreement. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;41:291-5.
10. Rasquin A, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. Gastroenterol 2006;130:1527-1537.
11. Gray L. Chronic abdominal pain in children. Aust Fam Physician. 2008 Jun;37(6):398-400.
12. Stone ML, Bohane TD, Whitten KE, Tomas VH, Day AS. Age related clinical features of childhood coeliac disease in Australia. BMC Pediatr 2005;5:11.
13. AR Bremner and BK Sandhu. Recurrent abdominal pain in childhood: the functional element. Indian Pediatr. 2009 May;46(5):375-9.
14. Corona MF y González M. Dolor abdominal recurrente o crónico.

- Gastroenterología pediátrica,  
Clínica Las Condes.
15. Wilder-Smith CH et al. Brain functional magnetic resonance
  16. health controls. *Gut* 2004;53:1595–1601.
  17. Hermann C, Zohsel K, Hohmeister J, Flor H. Cortical correlates of an attentional bias to painful and innocuous somatic stimuli in children with recurrent abdominal pain. *Pain* 2008 Feb 12. Epub ahead of publication.
  18. Duarte MA, Goulart EMA, Penna FJ. Pressure pain threshold in children with recurrent abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterology Nutr* 2000;31:280–5.
  19. Bufler P et al. Recurrent abdominal pain in childhood. *Dtsch Arztebl Int.* 2011 Apr;108(17):295-304. Epub 2011 Apr 29.
  20. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C: Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD003017.
  21. Saps M, Di Lorenzo C: Pharmacotherapy for functional gastrointestinal disorders in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 48 Suppl 2: 101–3.
  - imaging of rectal pain and activation of endogenous inhibitory mechanisms in irritable bowel syndrome patient subgroups and
  22. Huertas-Ceballos AA, Logan S, Bennett C, Macarthur C: Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD003019.
  23. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC, Lewandowski A, Morley S: Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2009: CD003968.
  24. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C: Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD003014.
  25. Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morley S: Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated metaanalytic review. *Pain* 2010; 148: 387–97.