

Aparato Digestivo

Dolor abdominal recidivante

M. ALONSO FRANCH, P. BEDATE CALDERÓN

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal recidivante es un frecuente motivo de consulta en la edad escolar. Para la mayoría de los autores entre un 5-10% de los escolares presentan este tipo de dolores y, aunque pueden incidir en cualquier edad, lo hacen más frecuentemente entre los 5 y los 10 años. Las causas que lo provocan puede ser muy diversas, así como su significado pronóstico y terapéutico, de ahí que sea difícil establecer una pauta de actuación común para todos ellos, a menos que delimitemos conceptualmente lo que entendemos por dolor abdominal recurrente o recidivante (DAR).

La individualización del síndrome de DAR, dentro de las abdominalgias infantiles fue realizada por Apley y Naish en 1958. Desde entonces se incluye bajo esta denominación al síndrome pediátrico caracterizado por la presentación de 3 o más episodios de abdominalgia en un periodo superior a tres meses, con intensidad suficiente para interrumpir la actividad habitual. Con esta definición se excluyen los transtornos triviales o las abdominalgias agudas importantes. La percepción del dolor es un fenómeno muy complejo, resultado de la interacción de factores orgánicos y psicológicos. Tratándose de niños, la expresión del dolor o su forma de referirlo y concretarlo se hace con dificultad, y además en muchas ocasiones está modulado por la actitud de la familia ante el dolor, hechos que se deben ser tenidos en cuenta al realizar la historia clínica.

CAUSAS DEL DAR

Clásicamente las causas de DAR se dividen en orgánicas y funcionales. La frecuencia con que, en la práctica, se llega a catalogar la abdominalgia como DAR orgánico es baja (entre un 6-14% en las distintas publicaciones), pero lógicamente depende del protocolo utilizado y la batería de pruebas que se aplican. Así, la aplicación de nuevas técnicas como la endoscopia o el test del hidrógeno espirado permiten llegar a detectar hasta un 33% de organicidad en algunas series. Las posibles **causas orgánicas de DAR** se recogen en la tabla I, pero no todas tienen la misma incidencia. Las de asiento genitourinario figuran las más frecuentes, lo que obliga a pensar en ellas, tanto al recoger los datos anamnésticos y de exploración física, como al plantear las pruebas diagnósticas.

Dentro de las de origen gastrointestinal, el estreñimiento es sin duda uno de los motivos más frecuentes. Se trata de niños con deposiciones incompletas que ocasionan retención de heces y gases, con la consiguiente distensión colónica. En los últimos años, la utilización de la endoscopia en los casos especialmente dirigidos por la anamnesis, ha puesto en evidencia la frecuencia con que el DAR está ligado a gastritis y/o ulcus, llegando en algunas series a suponer el 20-25% de los pacientes a los que se realizó dicha exploración. En otras ocasiones el DAR forma parte del síndrome de colon irritable, en el que alternan diarrea y estreñimiento, acompañados de dolor abdominal recurrente muy sensible a los estados de tensión. Con menos frecuencia

Correspondencia: M. Alonso Franch. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Avda. Ramón y Cajal, 5. 47005 Valladolid.

TABLA I. CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL RECIDIVANTE

1. Funcionales

2. Orgánicas	a) Gastrointestinales	<i>Anomalías congénitas</i>	Hernias: inguinales, de la línea alba Malrotación Duplicaciones Divertículo de Meckel Estenosis intestinales, bridas
		<i>Lesiones inflamatorias</i>	Esofagitis por reflujo Gastritis y/o ulcus gastroduodenal Colecistopatías Pancreatitis crónica Enfermedad celíaca Enfermedades inflamatorias crónicas Poliposis intestinal Infecciones (especialmente yersinia) Parasitosis
		<i>Disfunciones gastrointestinales</i>	Estreñimiento Aerofagia y aerocolia Colon irritable Intolerancia a la lactosa Complicaciones tardías de traumatismos o intervenciones
	b) Extragastrointestinales	<i>Genitourinarias</i>	Urolitiasis Infección urinaria Hidronefrosis Uropatías malformativas Hematocolpos Quiste de ovario Dismenorrea, dolor de ovulación
		<i>Generales</i>	Diabetes mellitus Fármacos (salicilatos, aminofilina) Infecciones Neoplasias Porfiria Hiperlipemia Intoxicación por plomo Migraña "intestinal" Púrpura de Schönlein-Henoch

se trata de una hernia inguinal, pero no debe olvidarse que, en ocasiones, existen defectos en la línea alba que provocan pinzamientos intermitentes. Dentro de las enfermedades inflamatorias intestinales, el Crohn puede evidenciar este tipo de dolor, a veces precediendo en meses a los síntomas más específicos de la enfermedad. No hay que olvidar la posibilidad de malformaciones causantes del dolor, tales

como divertículo de Meckel, duplicaciones. La intolerancia tardía a la lactosa es otra causa frecuente y en la que hay que pensar especialmente cuando los episodios son matutinos, tras el desayuno, aunque no se acompañen de la clásica diarrea osmótica.

Sin embargo, para la mayoría de los autores el grupo más numeroso (en ocasiones superior al 90%) es el **DAR de**

TABLA II. DOLOR ABDOMINAL RECIDIVANTE: ANAMNESIS

- Forma de comienzo	Brusco o gradual
- Intensidad del dolor	Difícil de precisar: valorar la interferencia en la actividad, llanto, postura antiálgica
- Forma del dolor	Sordo, punzante, tensivo, cólico Constante, intermitente Fijo o cambiante
- Localización e irradiación	Periumbilical, en otras zonas, difícil de localizar Siempre en el mismo lugar, errático o cambiante
- Duración del dolor	En minutos
- Alivio del dolor	Con la defecación, ventoseando o con el vómito Con la postura, la ingesta
- Horario de aparición	Fijo o a cualquier hora Diurno, nocturno, con interrupción del sueño
- Evolución del dolor	Frecuencia Tendencia a disminuir, aumentar o estacionario
- Síntomas acompañantes	Signos vegetativos: palidez, náusea Vómitos, estreñimiento, diarrea Anorexia, polifagia, rechazo de algún alimento Deterioro nutricional o del estado general Fiebre, febrícula, normotermia Poliuria, disuria, hematuria, dificultad miccional Aftas, dermatopatías, fisura anal
- Carácter del niño	Timido, extrovertido, normal
- Hábitos	Alimenticio, de vida, defecatorio
- Relación con la ingesta	Con horarios de comida Con determinados alimentos
- Problemas familiares, escolares	Comportamiento del niño y de la familia Comportamiento en la escuela Respuesta del niño y la familia ante el cuadro

tipo funcional, es decir sin causa orgánica aparente. Es probable que se trate de un proceso multifactorial en el que interactuarían la predisposición personal, los hábitos de vida y la respuesta aprendida, modulados por el medio que rodea al paciente. En este modelo la tensión ambiental, psicosocial o familiar influyen de manera decisiva. Entre las familias de los niños con DAR se suele encontrar una mayor incidencia de alteraciones psicológicas, enfermedades digestivas, migrañas y problemas familiares. Asimismo, los propios pacientes evidencian con más frecuencia trastornos psicológicos, tales como ansiedad, alteraciones del sueño, enuresis, hiperactividad, timidez, etc.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

Como siempre en medicina, pero mucho más en este tipo de alteraciones frecuentes y en general con escasa trans-

cendencia pronóstica, la anamnesis, junto con la exploración, son los puntos claves en el diagnóstico y sobre todo en la selección de las pruebas y de la conducta a seguir.

En la **anamnesis** se valorarán una serie de datos (recogidos en la tabla II) entre los que las características del dolor son los más importantes. También se valorará la existencia de datos de interés, tales como los antecedentes familiares y personales de úlcus, DAR, migraña, alteraciones digestivas, etc., así como la actitud de la familia ante el problema, y si el dolor es siempre abdominal o puede encuadrarse en el denominado "síndrome multiqueja".

Durante el interrogatorio, las preguntas sobre posibles alteraciones psicoemocionales y los problemas familiares, sociales o escolares deben entremezclarse con otras que busquen organicidad, a fin de obtener la máxima colaboración en las respuestas.

Ciertos datos clínicos ayudan a identificar y diferenciar el DAR orgánico del funcional. En éste último las caracte-

TABLA III. CARACTERÍSTICAS DEL DAR FUNCIONAL

- Comienzo insidioso
- De carácter vago
- Intensidad moderada
- Localización: preferentemente periumbilical o difuso
- Sin ritmo horario. Muchas veces en la hora de la comida
- No interrumpe el sueño
- Sin relación con ingesta de un determinado alimento
- Cede espontáneamente y es de escasa duración
- Sin síntomas acompañantes (o sólo signos vegetativos)
- Sin afectación del estado general, ni nutritivo

rísticas suelen ser: dolor moderado o vago, de localización preferentemente periumbilical o difuso, sin ritmo horario (aunque de preferencia diurno, sin interferir el sueño) ni relación con la ingesta. Habitualmente son de escasa duración, aumentando la frecuencia en situaciones de estrés (Tabla III). Por el contrario, en el DAR orgánico tiene a menudo una localización fija o alejada del ombligo, puede ser nocturno y presenta otros signos o síntomas de disfunción orgánica.

En la **exploración física** se valorarán especialmente los datos que puedan sugerir organicidad, tales como estado general, somatometría, temperatura, coloración, alteraciones dérmicas, etc. La exploración abdominal será detallada, a la búsqueda de puntos dolorosos, posibles hernias, masas, meteorismo, visceromegalia, retención fecal, etc., debiendo realizar siempre un tacto rectal.

Dada la frecuencia con que el DAR es una alteración funcional las **exploraciones complementarias** deben programarse de forma escalonada, siempre en función de los datos obtenidos en la anamnesis y exploración física.

En un primer estadio, bastará con realizar hemograma completo, VSG, sedimento urinario y urocultivo y ecografía abdominal, y si son normales hacer un estrecho seguimiento.

En un segundo estadio, si el problema continúa o se agrava, se ampliarán las exploraciones, solicitando bioquímica sanguínea completa, test del hidrógeno espirado, pruebas alérgicas, coprocultivo e investigación de parásitos y sangre oculta en heces, serología de *Helicobacter pylori*, radiología intestinal, endoscopia digestiva alta o baja, exploraciones genitourinarias más completas u otras pruebas específicas del proceso sospechado. En ocasiones, la anamne-

TABLA IV. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA, SOSPECHOSOS DE ORGANICIDAD

- Afectación del estado general y/o nutritivo
- Hiporexia marcada
- Características del dolor que indican organicidad
- Vómitos, incontinencia fecal, u otros síntomas digestivos
- Poliuria, disuria, hematuria, proteinuria o urocultivo positivo
- Alteraciones del hemograma y/o de la VSG
- Sangrado digestivo u urinario
- Historia familiar de determinadas patologías (enfermedades inflamatorias intestinales, ulcus, gastritis, etc.)
- Síntomas de enfermedad crónica (fiebre, aspecto de enfermedad, artralgiyas y/o artritis, decaimiento, etc.)

sis aconseja incluir estas exploraciones en la primera consulta, en función de la existencia de datos de enfermedad orgánica. En la tabla IV recogemos algunos signos de alarma que obligarían a esta conducta.

En este segundo estadio el niño debe ser enviado ya al especialista: en ocasiones hay que recurrir a la consulta con otro especialista (gastroenterólogo, urólogo, ginecólogo, psicólogo) para aclarar el problema.

TRATAMIENTO DEL DAR

En caso de encontrar una causa orgánica se instaurará el tratamiento específico. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones se trata de una alteración funcional a cuyo diagnóstico se llega por exclusión. Por ello, es muy importante la información que se transmite a los padres y al propio niño.

El hecho de no encontrar ninguna alteración reseñable, no permite identificar el cuadro como un trastorno psicoemocional, ni suponer que el dolor es fingido. Asimismo tampoco conviene emplear la frase "el niño no tiene nada", sino informar a los padres de que no se ha encontrado, por el momento, ningún dato patológico y que, tanto la anamnesis, como las exploraciones hacen suponer que se trate de un trastorno funcional, madurativo, de escasa trascendencia clínica y de pronóstico favorable. Solamente el seguimiento posterior permitirá afirmar tal supuesto.

En general, el hecho de explicar detenidamente las características del síndrome sirve para modificar las influencias desfavorables a las que probablemente estaba sometido el

niño: tensión, ansiedad familiar, errores dietéticos, ritmo de vida, hábito defecatorio, problemas familiares y/o escolares, mejorando de esta forma su evolución.

La conducta que deben seguir en el domicilio se basa en evitar los errores detectados, tratando que el niño siga un ritmo de vida lo más normal posible. En las crisis de abdominalgia se le atenderá convenientemente, sin ansiedad, como en cualquier otro episodio doloroso, pero, dada la benignidad del dolor, no se aconsejan el empleo de analgésicos.

Tampoco está indicada ninguna manipulación dietética, salvo que se hubieran detectado errores al respecto. Algunos autores, suponiendo que el DAR puede formar parte del síndrome de colon irritable han utilizado cambios dietéticos en la ingesta de fibra con resultados dispares.

PRONÓSTICO

Suele considerarse bueno, aunque el seguimiento a largo plazo evidencia que en más de la mitad de los pacientes catalogados de DAR funcional presentan en la edad adulta una mayor incidencia de enfermedades de origen digestivo (colon irritable, gastritis, ulcus, etc.) o extradigestivo (jaquecas, dorsalgias, nerviosismo, síntomas ginecológicos).

Insistiendo en que el diagnóstico de DAR se hace por exclusión, es importante hacer un seguimiento cercano de estos niños y, sobre todo aconsejar una nueva consulta si existiera alguna modificación en las características del dolor o aparecieran signos de mal pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; **33**:165-170
2. Levine MD, Rappaport LA. Recurrent abdominal pain in school children. The loneliness of the long-distance physician. *Pediatr Clin North Am* 1984; **31**:969-992
3. Olso AD. Abdominal pain. En: Stockman JA (ed). *Difficult diagnosis in pediatrics*. Filadelfia: WB Saunders; 1990. p. 283-292.
4. Murphy MS. Management of recurrent abdominal pain. *Arch Dis Child* 1993; **69**:409-412
5. Hyams JS, Trem WR, Justinich CH J, 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**:209-214
6. Bines JE. Dolor abdominal crónico. En: Walker-Smith JA, Hamilton JR, Walker WA (eds). *Gastroenterología Pediátrica Práctica*. (2ª ed esp). Madrid: Ediciones Ergon; 1996. p. 25-38.
7. Hyams JS. Dolor Abdominal recurrente en niños. *Current Op Pediat (ed esp)* 1996; **2**:139-142.