

Revisión

Guía práctica de manejo inicial del dolor abdominal recurrente en la infancia

J.M. MARUGÁN, C. OCHOA, R. TORRES, A. VEGAS, P. ALONSO, H. EXPÓSITO, C. GONZÁLEZ-LAMUÑO, S. KANAAN, L. CRESPO, C. ALONSO, C. IGLESIAS, J.M. BARTOLOMÉ, A. FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA

Asociación de Gastroenterólogos Pediátricos de Castilla y León (AGAPECyL)

CONCEPTO

El dolor abdominal recurrente (DAR) en niños es uno de los motivos de consulta más frecuentes por enfermedad crónica. Se estima que afecta a un 10% de niños y adolescentes (4-25% según distintas series)⁽¹⁾ y con frecuencia puede tener una gran repercusión familiar, económica y en la calidad de vida del paciente, interferir con su actividad diaria, provocar absentismo escolar, pruebas complementarias, visitas a urgencias e incluso hospitalizaciones^(1,2). Predomina en niñas hasta la pubertad (*odds ratio* para el sexo femenino 1,5), pero después la frecuencia es similar en ambos sexos⁽³⁾.

La mayoría de los casos no tendrán una causa orgánica subyacente ni entrañan gravedad, pero hay que recordar la incertidumbre del médico que debe enfrentarse a esa consulta reiterada, ante la posibilidad de no estar realizando todas las pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico correcto, dada su escasa especificidad clínica habitual. El temor a que se descubra posteriormente en nuestro paciente una causa orgánica o infrecuente para el mismo que hayamos podido pasar por alto, hace que en muchos casos nos enfrentemos con inseguridad a esta situación. Trataremos de hacer comprender mejor este cuadro, simplificando el problema, quizás en exceso, pero en aras a intentar ayudar en su manejo en la práctica clínica.

Apley y Naish acuñaron por primera vez el concepto de DAR en 1958 como una entidad única y homogénea, esta-

bleciendo criterios que han sido utilizados durante décadas. Definían este cuadro por la presencia de tres o más episodios de dolor abdominal, suficientemente intensos como para interferir la actividad normal del niño, en un periodo superior a 3 meses. Se diferenciaba así de multitud de cuadros agudos transitorios causantes de dolor abdominal. El 10,8% de 1.000 escolares británicos estudiados, sin realización de pruebas complementarias, presentaban este síndrome; los autores propusieron un origen psicósomático para el cuadro⁽⁴⁾.

Lógicamente, se vio posteriormente que el DAR no era una entidad única, y que podía tener una variedad de causas, tanto orgánicas como funcionales.

Esa definición dio paso a los criterios de Roma de trastornos funcionales gastrointestinales, pero referidos solo a la mayoría de formas funcionales del DAR, sin mencionar el de causa orgánica. Tras su primera edición en 1990, solo para adultos, los primeros que incluyeron criterios pediátricos fueron los criterios Roma II en 1999.

Los últimos publicados han sido los criterios Roma IV en 2016⁽⁵⁾. El dolor abdominal funcional DAF se incluye en los trastornos funcionales gastrointestinales en niños mayores de 4 años, y se refiere a aquellos cuadros sin etiología conocida tras una apropiada evaluación, no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas, con una duración de al menos 2 meses, y que interfieren de manera importante en la calidad de vida del niño y su familia.

Correspondencia: Dr. J.M. Marugán de Miguelsanz. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Correo electrónico: jmmarugan@telefonica.net

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. CAUSAS ORGÁNICAS DE DAR.

| Gastrointestinales |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Malformativas: hernias, duplicaciones, divertículo de Meckel, vólvulos, biliopancreáticas. Adquiridas: reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica, gastritis crónica, úlcus, colecistopatías, pancreatitis, fibrosis quística, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, linfadenitis mesentérica, alergia alimentaria, estreñimiento, parasitosis, intolerancia a la lactosa, bridas. |
| Genitourinarias |
| <ul style="list-style-type: none"> Urológicas: hidronefrosis, reflujo vesicoureteral, litiasis, hipercalciuria, infecciones, y otras anomalías. Genitales femeninas: quiste de ovario, torsión de ovario, hematocolpos, anexitis, vulvovaginitis, dismenorrea, tumores. |
| Sistémicas |
| Hiperparatiroidismo, diabetes, porfirias, hiperlipemias, drepanocitosis, tuberculosis, brucelosis, fiebre tifoidea, intoxicación crónica por plomo, linfoma, tumor carcinoide, fármacos, enfermedades periódicas, migraña, síndrome de la costilla deslizante, etc. |

ETIOPATOGENIA

Al menos en el 90% de los casos no encontraremos una causa orgánica para el DAR. No obstante, ese porcentaje puede ser inferior si se incluyen cuadros tan frecuentes como el estreñimiento funcional o la intolerancia a la lactosa tardía adquirida, que pueden ser la causa de muchos de estos cuadros sin un diagnóstico preciso de organicidad, y su tratamiento puede mejorar o hacer desaparecer el cuadro.

El DAR de causa orgánica es infrecuente, pero puede tener un importante número de causas, no solo digestivas, sino también urinarias, genitales en niñas y adolescentes sobre todo durante la pubertad, e incluso trastornos sistémicos muy diversos. Mostramos en la Tabla I algunas de las más frecuentes⁽⁶⁾.

A pesar de ese número amplio de posibles causas, el más frecuente con mucha diferencia es el dolor funcional. Levine y Rappaport establecieron su modelo clásico multifactorial para explicar el dolor y su mecanismo de producción⁽⁷⁾. Según ello, el DAR sería el resultado de la interacción de una serie de factores primarios como son una predisposición, disfunción o trastorno orgánico por un lado, con determinados estilos y hábitos de vida, temperamento y patrones de respuesta aprendidos, y finalmente la presencia de un ambiente y acontecimientos críticos (Fig. 1).

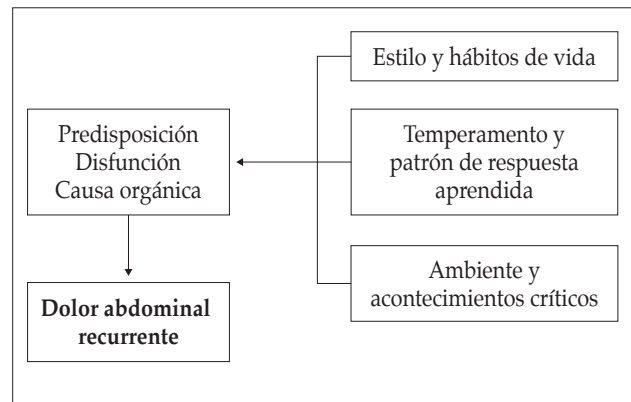


Figura 1. Modelo multifactorial de Levine y Rappaport⁽⁷⁾.

Si se dan estas interacciones, ante un mismo factor predisponente, disfunción o causa orgánica, puede ocurrir que un paciente esté asintomático y otro, por el contrario, refiera de forma recurrente intenso dolor abdominal.

Posteriormente, Hyams y cols. acuñaron el modelo biopsicosocial para el DAR. El cuadro surgiría de una combinación de enfermedad orgánica, trastorno funcional, una relación alterada entre el paciente y la sociedad y una particular interpretación de los síntomas y reacciones familiares⁽⁸⁾.

Finalmente, también se ha especulado con la presencia de un trastorno de motilidad o bien una hipersensibilidad visceral, por alteración en las relaciones cerebro-intestino^(2,6,9,10), pero no es el propósito de esta revisión ahondar en los aspectos fisiopatológicos, y los estudios en este sentido tienen poca utilidad práctica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El dolor funcional suele tener unas características clínicas propias, aunque no demasiado específicas, que se muestran en la Tabla II. Su presencia apoyará ese diagnóstico, frente a un dolor de causa orgánica. Así, un dolor periumbilical o difuso, que nunca le despierta (aunque esto no incluye la dificultad para conciliar el sueño), breve y de resolución espontánea, sin relación con la ingesta ni síntomas asociados, sugieren en mayor medida un origen funcional. En el entorno del niño podemos detectar con frecuencia estrés ambiental, y la familia presenta con frecuencia dolor crónico o trastornos funcionales, como el intestino irritable o la migraña.

Aunque esta información es de utilidad clínica, hay que recordar, sin embargo, que la evidencia es insuficiente para establecer que la naturaleza del dolor o la presencia de ansiedad, depresión, problemas conductuales o eventos

TABLA II. DAR FUNCIONAL. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

- No describe características del dolor. Periumbilical o difuso.
- A la misma hora. No le despierta. Más a temporadas.
- De breve duración, insidioso, cede espontáneamente.
- Falta de relación con las comidas o el ejercicio.
- Sin síntomas acompañantes.
- Sin afectación del estado general ni nutricional.
- Frecuentes factores de estrés ambiental.
- Sobre todo 4-14 años.
- Historia familiar de dolor crónico o trastornos funcionales.

vitales recientes negativos en la familia permitan discriminar entre orgánico y funcional.

Dentro del DAR funcional se distinguen diferentes cuadros. En los criterios Roma IV, dentro de los llamados trastornos con dolor abdominal funcional (H2), se establecen cuatro tipos de trastornos funcionales, cada uno con unas características propias⁽⁵⁾:

- H2 a. Dispepsia funcional.
- H2 b. Síndrome de intestino irritable.
- H2 c. Migraña abdominal.
- H2 d. Dolor abdominal funcional no especificado.

En la práctica solo en algunas ocasiones conseguiremos recoger en la historia clínica características que nos permitan encuadrar el DAR funcional en uno de los tres primeros tipos. En la Tabla III podemos ver resumidos sus criterios diagnósticos, según Roma IV, y las principales características de los mismos:

- Pensaremos en una dispepsia funcional ante la aparición de síntomas en la parte alta del abdomen, plenitud, dolor o pirosis, sin relación con la deposición, pero sí generalmente con la ingesta.
- El síndrome de intestino irritable es la forma más común de dolor funcional en el mundo desarrollado⁽¹¹⁾, y se manifestará sobre todo con síntomas más bien en la parte baja del abdomen, dolor aliviado con la deposición y sobre todo con cambios en las heces, alternancia diarrea/estreñimiento, meteorismo o sensación de evacuación incompleta.
- La migraña abdominal se suele manifestar episódicamente, con síntomas asociados (anorexia, náuseas, vómitos, cefalea) y con largos periodos intercríticos de normalidad clínica, aunque no siempre aparece cefalea en los primeros años.
- Sin embargo, con frecuencia el niño no nos dará suficiente información sobre el cuadro, y lo encuadraremos dentro del dolor abdominal funcional no especificado, al no tener criterios suficientes para diagnosticarlo de alguno de los otros tres tipos.

Todos ellos exigen la presencia de dolor al menos 4 días al mes, durante al menos 2 meses, excepto la migraña abdominal, que requiere al menos dos episodios previos.

De otro lado, también clásicamente se han establecido LUCES ROJAS o SIGNOS DE ALARMA, que deberían orientarnos hacia un dolor de causa orgánica^(3,6,9), aunque para la mayoría de ellos no hay evidencia demostrada de relación con la misma^(1,12). Sin embargo, suelen ser de utilidad práctica en el manejo clínico del DAR. En la Tabla IV se recogen

TABLA III. TRASTORNOS CON DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL. CRITERIOS DE ROMA IV.

| Dispepsia funcional (DF) | Síndrome de intestino irritable (SII) | Migraña abdominal (MA) | DA funcional no especificado |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Desde hace al menos 2 meses. • Mínimo 4/mes, al menos uno de: <ul style="list-style-type: none"> - Plenitud postprandial. - Saciedad precoz. - Epigastralgia o pirosis sin relación con la deposición. <p><i>Suele haber relación con la ingesta .</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Desde hace al menos 2 mese.s • Dolor (mínimo 4/mes) y además al menos uno de: <ul style="list-style-type: none"> - Relación con la defecación. - Cambio en la frecuencia. - Cambio en la forma de las heces. • Además, si hay estreñimiento, no mejora con su tratamiento. <p><i>Son frecuentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>En hemiabdomen inferior.</i> - <i>Diarrea/estreñimiento.</i> - <i>Sensación de evacuación incompleta.</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Durante al menos los 6 meses previos. • Al menos 2 episodios: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor intenso, > 1 h, incapacitante. - Separados por semanas/meses asintomáticos. - Y al menos 2 de: <ul style="list-style-type: none"> - Anorexia. - Náuseas. - Vómitos. - Cefalea. - Fotofobia. - Palidez. | <ul style="list-style-type: none"> • Desde hace al menos 2 meses. • Al menos 4/mes: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal continuo/episódico que no ocurre solo ante eventos fisiológicos (comida, menstruación). - Criterios insuficientes para poder hablar de DF, SII o MA. |

TABLA IV. "SIGNOS DE ALARMA" PARA EL DAR DE CAUSA ORGÁNICA.

- Dolor no periumbilical y bien localizado, sobre todo en cuadrantes inferior y superior derechos. Dolor irradiado.
- Dolor que le despierta por la noche. Diarrea nocturna.
- Pérdida de peso. Estacionamiento en talla. Retraso puberal.
- Signos y síntomas asociados: anorexia, pirosis, vómitos o diarrea persistentes, signos miccionales, disfagia, odinofagia, artralgias/artritis, fiebre, ictericia, lesiones perianales, masa abdominal o visceromegalias.
- Alteraciones de laboratorio: anemia, VSG alta, etc.
- Hemorragia digestiva.
- Antecedentes familiares: gastritis crónica y úlcus, enfermedad inflamatoria intestinal crónica, enfermedad celíaca, litiasis renal, etc.

los signos de este tipo más importantes. Aparte de ellos, no vamos a entrar en describir las características clínicas específicas de muchas causas de dolor abdominal recurrente, que deberían hacernos pensar en una causa orgánica concreta y que haría demasiado extensa esta exposición.

Un caso especial y frecuente de dolor abdominal persistente es el dolor bien localizado en FID o zona pélvica derecha, continuo, que aumenta con los movimientos, y a veces asociando incluso signos de irritación peritoneal, durante semanas o meses, tras un episodio de sospecha inicial de apendicitis aguda no confirmada ni intervenida quirúrgicamente. Ante su persistencia, sin otros síntomas asociados, y negatividad de otros exámenes, una laparoscopia exploradora electiva permite identificar con frecuencia causas apendiculares o periapendiculares para el dolor (sobre todo adherencias fibrosas, pero también cuerpos extraños, parásitos, pequeños tumores benignos, etc.), y la apendicectomía y liberación de posibles adherencias resuelven en muchas ocasiones el cuadro.

En una niña durante el desarrollo puberal, ante un dolor de esas características o más específicamente localizado en el punto anexial correspondiente, será preciso descartar también una causa ginecológica, precisando un examen y ecografía por parte del especialista.

DIAGNÓSTICO

En la práctica médica el análisis del DAR precisará, como siempre, de una cuidadosa historia clínica y una completa exploración física, con valoración, por supuesto, del crecimiento, desarrollo y estado nutricional del paciente y del estadio de maduración sexual. Por la elevada frecuencia del

TABLA V. PRUEBAS A VALORAR DENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ESTUDIO DEL DAR DE CAUSA NO ACLARADA.

- Hemograma. VSG.
- Bioquímica: especialmente urea, glucosa, creatinina, transaminasas, amilasa, colesterol, triglicéridos, proteínas totales, calcio, fósforo, hierro, ferritina y proteína C reactiva.
- Sistemático y sedimento de orina.
- Parásitos en heces.
- Serología de enfermedad celíaca.
- Ecografía abdominal.
- Calcio/creatinina en micción aislada.
- Calprotectina fecal. Sangre oculta en heces (ver texto).
- Test clínico de supresión de lactosa en la dieta.

estreñimiento funcional, el tacto rectal será preceptivo y nos ayudará a comprobar la presencia constante de heces en la ampolla rectal, especialmente cuando ese no sea el principal motivo de consulta o bien los padres desconozcan el hábito intestinal del niño, pero pueda existir una retención fecal crónica. Ante este hallazgo deberíamos tratar el problema, para comprobar si la normalización del hábito intestinal provoca la mejoría o desaparición del dolor.

A partir de ahí, el número de exploraciones complementarias en el DAR podría ser interminable si no lo dirigimos adecuadamente, debido a las numerosas posibles causas orgánicas para el mismo.

Primer nivel de estudio del DAR

Con el fin de simplificar el problema y facilitar su manejo cuando no hay un diagnóstico claro en la primera evaluación en consulta, se ha establecido clásicamente un primer nivel de estudio del DAR, con una serie de técnicas básicas. Estas pruebas no son imprescindibles en la mayoría de casos de DAR sin signos de alarma, donde no hay evidencia alguna de su utilidad, pero se recurre a ellas con frecuencia ante la reiteración de consultas. En ocasiones su realización alivia la ansiedad de los padres y tranquiliza al propio médico, no siendo especialmente cruentas ni costosas. Sin ánimo de ser dogmáticos, para los familiares suele ser más sencillo convencerse de que pueda tratarse de un trastorno funcional cuando, según ellos, ya le han realizado las "pruebas" a su hijo.

Si se decide realizar exploraciones complementarias, existe un acuerdo general en que debemos incluir en este nivel una analítica básica de sangre (hemograma, VSG y bioquímica completa), de orina y unos parásitos en heces (Tabla V). Deberíamos introducir también una serología de enfermedad celíaca, por su elevada prevalencia en alrededor

de un 1% de la población, y porque, además, en tres cuartas partes de los casos la enfermedad celíaca se manifiesta con formas oligosintomáticas, como podría ser el DAR. Finalmente, podemos llevar a cabo una ecografía abdominal, aunque tiene un escaso rendimiento diagnóstico, con solo un 1% de hallazgos en el DAR sin signos de alarma⁽¹³⁾, pero es una técnica incruenta frecuentemente realizada en este primer nivel de estudio.

Un comentario en cuanto a las parasitosis. En los últimos años, el estudio de parásitos en heces en muchos laboratorios de microbiología ha quedado reducido a la determinación por técnicas rápidas de dos de los patógenos más relevantes en nuestro medio, ambos protozoos, *Cryptosporidium* spp. y *Giardia lamblia*, generalmente por inmunocromatografía. Hay que tener en cuenta a la hora de poder descartar completamente una causa parasitaria que la técnica de concentración microscópica clásica de huevos, quistes y parásitos, no suele realizarse de rutina en esos centros, perdiendo una información importante sobre helmintos y otros protozoos. No debemos olvidar que el dolor abdominal sí se ha vinculado a varios de esos parásitos, que permanecerán sin diagnosticar en muchas ocasiones.

También pueden ser recomendables en este primer nivel de estudio del DAR, pero con menos unanimidad, pruebas asimismo sencillas y al alcance de todos, como el índice calcio/creatinina en micción aislada, para descartar una hipercalciuria idiopática, o la determinación de calprotectina en heces. La calprotectina tiene un muy elevado valor predictivo negativo en el estudio de una enfermedad inflamatoria intestinal, donde se eleva de forma significativa en fase activa, y su determinación es obligada ante la mínima sospecha de la misma. Un valor normal prácticamente la descarta, aunque presenta muchos falsos positivos en otras situaciones (infecciones, fármacos, otras patologías), casi siempre con elevaciones discretas de la misma que son inespecíficas y es necesario conocer para una interpretación correcta.

El estudio de sangre oculta en heces era una técnica clásicamente complicada por su preparación y por el elevado número de falsos positivos, pero las pruebas actuales (test inmunoquímicos) no precisan de una dieta especial previa y en general es suficiente con recoger una sola muestra. No hay estudios que valoren su utilidad en el diagnóstico del DAR, sin embargo la hemorragia digestiva se acepta como una señal de alarma en la evaluación de estos pacientes. Siguen existiendo, no obstante, positivos en esta técnica que pueden confundirnos, con hemorragias por lesiones locales perianales inespecíficas, casi siempre en estreñidos, que hay que saber identificar. Por todo ello, algunos desaconsejan

incluirla en este nivel de estudio, al igual que el coprocultivo y el urocultivo, de escasa utilidad en este cuadro en ausencia de síntomas específicos.

Por último, un test clínico de supresión de lactosa puede ayudar a descartar una intolerancia a la lactosa, en su forma genética tardía o tipo adulto, que puede afectar incluso a 1 de cada 5-6 adultos en nuestro medio, conduciendo dicha eliminación en la dieta a la resolución de los síntomas. Con la pérdida progresiva de la actividad lactasa, la sintomatología suele comenzar ya en época escolar, cuando la ingesta de lactosa empieza a ser superior a su decreciente capacidad de digestión con la edad.

Ante un test positivo, debemos comprobar entonces si tiene un carácter transitorio, casi siempre en el contexto de un síndrome postenteritis, o bien persistente, probando su reintroducción pasadas al menos 2-4 semanas. En caso de malabsorción persistente deberíamos comprobar su carácter primario (forma genética mencionada) o secundario (no olvidar que la malabsorción de lactosa es un hecho constante y secundario a cualquier lesión o atrofia de la mucosa intestinal, como la observada en la enfermedad celíaca, la enfermedad inflamatoria intestinal crónica, parasitosis, enteropatía autoinmune o malnutrición crónica, entre otras situaciones), por lo que deberíamos tener claro que no existe ninguna de esas enfermedades de base.

No se ha demostrado la utilidad de pruebas de supresión indiscriminada y progresiva de otros alimentos o nutrientes en la dieta. La sensibilidad al gluten no celíaca es infrecuente en niños, y la alergia alimentaria de debut tardío también, excepto en la esofagitis eosinofílica, con síntomas en general más específicos. Sin embargo, en la práctica con frecuencia se recurre a dietas de exclusión basándose en una interpretación errónea de algunos test diagnósticos alergológicos o de cifras de calprotectina fecal, de cuestionable utilidad para esta indicación.

Existe mucha confusión aún entre algunos pediatras respecto al papel de la infección por *Helicobacter pylori* en el DAR. Los test incruentos para su diagnóstico (antígeno en heces o test del aliento C13-Urea) no están indicados en el dolor abdominal recurrente de apariencia funcional, sin otros signos de alarma, al no aceptarse en Pediatría la estrategia "test and treat" utilizada en el adulto joven. Son muy pocos los casos en que la erradicación del *Helicobacter pylori* conduce a la resolución del dolor en niños con DAR, y las resistencias son crecientes con el empleo de antibioterapia indiscriminada. Por ello, en caso de signos o síntomas de alarma, el diagnóstico precisará una endoscopia digestiva alta, con comprobación no solo de su presencia y sensibilidad a antibióticos, sino de la existencia o no de enfermedad que

pueda justificar el cuadro (gastritis, duodenitis crónica o úlcus péptico). El objetivo de la investigación en niños con dolor abdominal será, por tanto, identificar la causa de los síntomas, más que la existencia o no de infección por *H. pylori*, y el tratamiento erradicador solo estará indicado ante la presencia de enfermedad demostrada⁽¹⁴⁾.

Segundo nivel de estudio del DAR

En los casos en que las pruebas de primer nivel estén alteradas, o si las manifestaciones clínicas no sugieren un dolor funcional, o bien ante la presencia de signos de alarma, tendremos que recurrir a otras técnicas complementarias, en función de los hallazgos clínicos de cada caso.

La relación de exploraciones que podemos realizar en el proceso diagnóstico puede ser interminable, y quizás deban llevarse a cabo ya en un segundo nivel asistencial, en general tras remisión al gastroenterólogo. Pueden incluirse aquí desde técnicas digestivas (H_2 espirado tras sobrecarga con azúcares, radiológicas, endoscópicas, biopsia digestiva, pH-impedanciometría esofágica, elastasa o calprotectina fecal, entre otras), nefrourológicas (radiológicas o de medicina nuclear), pruebas alérgicas a alimentos, niveles de plomo en sangre, catecolaminas y porfirinas en sangre y orina, electroencefalograma, prueba de tuberculina, test del sudor, laparoscopia exploradora o consulta a otro nivel asistencial (gastroenterología pediátrica, psiquiatría infantil, ginecología). Recurrir a la segunda opinión de un profesional con más experiencia en la materia ante casos de mala evolución puede tener también un efecto favorable en muchas ocasiones.

Sin embargo, en ausencia de luces rojas no suele haber necesidad de extensas pruebas complementarias⁽¹⁵⁾.

Ante síntomas sugerentes de dispepsia funcional, el diagnóstico diferencial debería incluir básicamente la patología digestiva alta más frecuente, que pueda producir síntomas similares: enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica (sobre todo en alérgicos, con síntomas de reflujo, disfagia y cuadros de aparente impactación esofágica), gastritis crónica, úlcera péptica, enfermedad hepatoiliar, patología pancreática, etc.

En cambio, ante un dolor asociado a cambios en las heces o ritmo de las deposiciones, el síndrome de intestino irritable tendrá sobre todo que diferenciarse de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica, de la enfermedad celíaca o del estreñimiento simple funcional.

La intolerancia a la lactosa la mayoría de las veces no presenta una clínica específica, por lo que debe entrar en la sospecha diagnóstica ante cualquier tipo de dolor abdominal de apariencia funcional, sin repercusión nutricional.

Para terminar, hay que decir que la principal novedad de los criterios Roma IV de trastornos gastrointestinales funcionales en la infancia es que permiten realizar un diagnóstico "positivo" de dolor abdominal funcional, cuando "tras una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden ser atribuidos a otra causa médica. Esto permite al clínico realizar este diagnóstico incluso sin test diagnósticos o solo pruebas selectivas" a su criterio⁽⁶⁾. Podremos, por tanto, hacer un diagnóstico de dolor funcional en la práctica clínica, solo a juicio de estos autores, y simplificando su manejo, si se dan las siguientes cuatro condiciones:

- Historia clínica compatible.
- Exploración física y crecimiento normales.
- Exámenes complementarios de primer nivel normales, en caso de haber sido realizados.
- Ausencia de luces rojas o signos de alarma.

TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL

Una vez establecido el diagnóstico de DA funcional, su manejo también requiere unas pautas concretas, que bien aplicadas suelen conducir a la mejoría del cuadro, y que quedan resumidas en el siguiente decálogo en la Tabla VI.

Explicar el proceso y tranquilizar a la familia debe ser el primer paso, afirmando la ausencia de gravedad inicial, y que dos tercios de los casos mejorarán del dolor. Debemos dar confianza, estar siempre disponibles y transmitir que el dolor no es simulado, sino real, quitando el cartel de psicológico al cuadro.

Es importante modificar los factores de estrés, si es posible, y las conductas que desencadenan el dolor o que refuerzan el comportamiento doloroso. La excesiva vigilancia parental para los síntomas puede empeorarlo. Finalmente, debemos imponer en lo posible una vida normal, con una vuelta obligada pero gradual al colegio.

En general se deben evitar los tratamientos farmacológicos, generalmente ineficaces y que además pueden reforzar el cuadro. Se han probado especialmente distintos antiespasmódicos (aceite de menta, bromuro de otilonio), con resultados dispares, pero la heterogeneidad de los estudios existentes no permite sacar conclusiones definitivas al respecto^(2,16,17). Solo hay mínima evidencia de mejoría con probióticos, sobre todo en el intestino irritable, y únicamente a corto plazo, aunque es insuficiente para aconsejar una cepa determinada o tratamientos prolongados en cualquier guía de práctica clínica^(1,3,11,18). La mejor evidencia de eficacia viene dada por terapias psicológicas,

TABLA VI. DECÁLOGO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL.

1. Tranquilizar a la familia. Explicar el proceso desde un modelo biopsicosocial.
2. No es preciso establecer un diagnóstico en la primera consulta. Pautar revisiones periódicas para vigilar la aparición de posibles signos de alarma. El médico debe estar disponible para futuras consultas.
3. Evitar el etiquetado de “psicológico”. Es mejor utilizar el término DAR “funcional”. Hay que transmitir que el dolor no es simulado, sino real.
4. Modificar los factores de estrés que inician o aumentan el dolor.
5. Modificar factores que refuerzan el comportamiento doloroso.
6. Establecer un régimen de vida familiar y escolar normal. Es un punto clave. Evitar el absentismo, con una vuelta progresiva al colegio.
7. Evitar tratamientos farmacológicos, que en general son ineficaces y pueden reforzarlo. Uso opcional para casos concretos y en un segundo nivel.
8. Evitar cambios dietéticos. Únicamente algunos enfermos en los que constatemos una ingesta excesiva de sorbitol y fructosa líquida se pueden beneficiar de una importante reducción de los mismos.
9. Valorar con cautela la respuesta positiva a cualquier tratamiento. El efecto placebo es muy frecuente en sintomatología digestiva.
10. Hacer un uso apropiado de segundas opiniones. En caso de mala evolución, interconsulta a Gastroenterología, o incluso a Psiquiatría Infantil.

también a corto plazo, como la terapia cognitivo-conductual o la hipnoterapia, y que son sin embargo menos utilizadas en la práctica habitual^(3,15,19). En la profilaxis de la migraña abdominal sí pueden ser útiles fármacos como la ciproheptadina o el propranolol, o cuando asocian cefalea, flunarizina y pizotifeno⁽²⁰⁾.

Hay que valorar con cautela la respuesta positiva a cualquier tratamiento. El efecto placebo es muy frecuente en sintomatología digestiva, ante cualquier intervención. De otro lado, el uso específico de placebos puede mejorar hasta en un 41% estos síntomas, según una reciente revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados en niños de 4 a 18 años con trastornos funcionales que cursan con dolor abdominal⁽²¹⁾.

En general hay que evitar cambios dietéticos⁽²²⁾. No se ha demostrado la eficacia de una modificación de la fibra dietética, salvo que coexista estreñimiento, ni de dietas de eliminación⁽³⁾. Los FODMAP (*Fermentable Oligo-saccharides, Di-saccharides, Mono-saccharides And Polyols*) pueden jugar un

papel en el desencadenamiento del dolor en algunos pacientes con intestino irritable⁽¹¹⁾, y una dieta pobre en los mismos se ha utilizado en los últimos años en distintos trastornos funcionales digestivos, al reducir la cantidad de carbohidratos de cadena corta dietéticos que podrían inducir producción de gas, distensión de intestino grueso, meteorismo y dolor abdominal⁽¹⁵⁾. No hay experiencia suficiente aún con estas dietas en niños⁽⁹⁾. Únicamente algunos enfermos con DAR con una ingesta excesiva de sorbitol y fructosa líquida, especialmente en forma de zumos comerciales y dulces, se pueden beneficiar de su reducción.

Finalmente, en casos de mala evolución debemos hacer un uso apropiado de segundas opiniones. En ocasiones una simple consulta con un especialista, casi siempre en la consulta de Gastroenterología Pediátrica, confirma generalmente el diagnóstico establecido por su pediatra de Atención Primaria, y conduce a la mejoría del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al. AAP Subcommittee; 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. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005; 40: 249-61.
2. Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV, Bethel A, Whear RS, Thompson-Coon J, et al. Recurrent abdominal pain in children: Summary evidence from 3 systematic reviews of treatment effectiveness. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018; 67: 23-33.
3. Andrews ET, Beattie RM, Tighe MP. Functional abdominal pain: what clinicians need to know. *Arch Dis Child.* 2020; 105: 938-44.
4. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1.000 school children. *Arch Dis Child.* 1958; 33: 165-70.
5. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano AM, van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology.* 2016; 150: 1456-68.
6. McFerron BA, Waseem S. Chronic recurrent abdominal pain. *Pediatr Rev.* 2012; 33: 509-17.
7. Levine MD, Rappaport LA. Recurrent abdominal pain in school children: the loneliness of the lonG-distance physician. *Pediatr Clin North Am.* 1984; 31: 969-91.
8. Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr.* 1998; 133: 473-8.
9. Brown LK, Beattie RM, Tighe MP. Practical management of functional abdominal pain in children. *Arch Dis Child.* 2016; 101: 677-83.

10. Sandhu BK, Paul SP. Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. *World J Gastroenterol.* 2014; 20: 6013-23.
11. El-Matary W, Spray C, Sandhu B. Irritable bowel syndrome: the commonest cause of recurrent abdominal pain in children. *Eur J Pediatr.* 2004; 163: 584-8.
12. Gijsbers CF, Benninga MA, Schweizer JJ, Kneepkens CM, Vergouwe Y, Büller HA. Validation of the Rome III criteria and alarm symptoms for recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 58: 779-85.
13. Reust CE, Williams A. Recurrent abdominal pain in children. *Am Fam Physician.* 2018; 97: 785-93.
14. Jones NL, Koletzko S, Goodman K, Bontems P, Cadranel S, Casswall T, et al. on behalf of ESPGHAN, NASPGHAN. Joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for the management of *Helicobacter pylori* in children and adolescents (Update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017; 64: 991-1003.
15. Gómez-Suárez R. Difficulties in the diagnosis and management of functional or recurrent abdominal pain in children. *Pediatr Ann.* 2016; 45: e388-93.
16. Martin AE, Newlove-Delgado TV, Abbott RA, Bethel A, Thompson-Coon J, Whear R, Logan S. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; (3): CD010973.
17. Brusaferrro A, Farinelli E, Zenzeri L, Cozzali R, Esposito S. The management of paediatric functional abdominal pain disorders: Latest evidence. *Paediatr Drugs.* 2018; 20: 235-247.
18. Newlove-Delgado T, Abbott RZ, Martin AE. Probiotics for children with recurrent abdominal pain. *JAMA Pediatr.* 2019; 173: 183-4.
19. Fisher E, Law E, Dudeney J, Eccleston C, Palermo TM. Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; (4): CD011118.
20. Juste Ruiz M, Valverde Fernández J, Román Riechman E. Trastornos funcionales del niño mayor. En: SEGHN, ed. *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*, 5ª ed. Madrid: Ergon; 2021. p. 127-42.
21. Hoekman DR, Zeevenhooven J, van Etten-Jamaludin FS, Douwes Dekker I, Benninga MA, Tabbers MM, et al. The placebo response in pediatric abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Pediatr.* 2017; 182: 155-163.e7.
22. Newlove-Delgado TV, Martin AE, Abbott RA, Bethel A, Thompson-Coon J, Whear R, Logan S. Dietary interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; (3): CD010972.