

## PEDIATRIA EXTRAHOSPITALARIA\*

### Aspectos diagnósticos y terapéuticos del dolor abdominal recurrente en la infancia

ML. MURGA SIERRA, ML. ARROBA BASANTA, C. MUÑOZ LAGOS,  
I. BAREA BLANCO, E. ESCRIBANO CERUELO, I. POLANCO ALLUÉ\*\*

#### I. INTRODUCCIÓN

Aunque el dolor abdominal recurrente (DAR) es un síntoma frecuente de consulta en la práctica pediátrica, resulta difícil obtener una descripción segura del mismo, ya que el paciente puede limitarse a señalar el punto doloroso en el abdomen. Una anamnesis cuidadosa, realizada a los padres, y una exploración física completa constituyen los pilares básicos que permiten, en algunas ocasiones, establecer fácilmente la causa del proceso. En otros casos sin embargo, el síndrome de DAR supone una experiencia clínica inquietante y difícil de superar, tanto por parte del médico, como del niño y de su familia.

Un estudio sistematizado debe incluir inicialmente pruebas diagnósticas no invasivas, reservando las exploraciones complementarias más complejas para aquellos casos en que realmente estén indicadas.

#### II. DEFINICIÓN

El dolor abdominal recurrente es una entidad pediátrica caracterizada por la presentación de *tres o más episodios de dolor abdominal, durante un período superior a tres meses*, suficientemente intenso como para interferir la actividad habitual, con

períodos asintomáticos entre los episodios y en ausencia de enfermedad orgánica conocida (1, 2).

El proceso puede comenzar a cualquier edad en la infancia, siendo más frecuente entre los 5 y 10 años, con ligero predominio en el sexo femenino y con una incidencia del 10-15 % de los niños escolares.

#### III. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

Se basa en los siguientes pasos:

##### A) *Anamnesis*

Es aconsejable realizarla en primer lugar a solas con los padres (3), para obtener datos e impresiones acerca de las circunstancias familiares y del comportamiento del niño, así como de las características del dolor que el mismo presenta.

El interrogatorio sobre el dolor debe recoger datos sobre su duración, localización, intensidad y cualidad, factores desencadenantes, síntomas asociados y aspectos afectivos acompañantes.

La *localización* del dolor más frecuente es la periumbilical (33-66 %) y epigástrica (15-20 %) (1, 4), con la excepción de los adolescentes, en los que a pesar de la falta

\* Sección patrocinada por el Laboratorio Ordesa.

\*\* Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil La Paz. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma. Madrid.

de evidencia de organicidad es relativamente frecuente la lateralización del dolor (5). Para algunos autores (6) el dolor funcional puede ser difuso, localizado o errático, y la localización periumbilical no puede usarse para diferenciarlo de un trastorno orgánico.

El *carácter* del dolor carece de significación diagnóstica (1, 2) habiéndose descrito en 1/3 de los casos como sordo, en 1/3 como cólico y en otras ocasiones como punzante, quemante o inespecífico. La intensidad es bastante difícil de determinar: es referido como leve aproximadamente en la mitad de los pacientes, moderado en el 25 % y como severo en el resto (4); en los pacientes con trastornos orgánicos, la intensidad suele ser persistente o creciente a lo largo del tiempo, mientras que en los dolores funcionales suele haber fluctuación.

El *momento de presentación* es muy variable, a lo largo del día o de la noche (1, 6), siendo bastante típico el presentarse al despertar por la mañana, excepcional durante el sueño y existiendo, en ocasiones factores precipitantes como la comida, ejercicio, actividad escolar...

La duración del dolor generalmente es corta, de minutos a pocas horas, encontrándose bien entre los episodios.

La frecuencia de los episodios varía incluso en el mismo paciente, pudiendo ser esporádicos, continuos o en clusters.

Los *síntomas asociados* pueden dividirse en dos grupos (6): manifestaciones gastrointestinales y otros síntomas generales. Los síntomas y signos gastrointestinales que pueden añadirse son: diarrea durante los ataques, flatulencia, sangrado rectal mínimo, estreñimiento, náuseas y vómitos; la rectorragia masiva y la distensión abdominal importante deben hacer sospechar una causa orgánica. Otros síntomas concomitantes comunes son cefa-

lea, vértigo, lipotimia ocasional, laxitud y cansancio fácil, visión borrosa, síntomas urinarios, palidez facial y dolores de miembros.

Son infrecuentes los hallazgos a favor de organicidad como la fiebre, pérdida de peso, ictericia, disuria y tenesmo, lo cual contrasta con la duración y severidad de los episodios de muchos pacientes.

Las preguntas sobre el comportamiento del niño deben tratar de descartar posibles alteraciones emocionales en el mismo, en sus actividades diarias y en su comportamiento y adaptación escolar. Finalmente, interesa la historia del comportamiento familiar, obtenida con perspicacia y tacto.

Junto a ello se realizará una cuidadosa anamnesis por aparatos, antecedentes familiares y personales (en relación a cólicos del lactante, cambios dietéticos múltiples, infecciones intestinales, etc.) (2, 3, 7).

Los datos obtenidos en el interrogatorio a los padres pueden contrastarse, en el momento de la exploración física, con el niño a solas, para concluir con una entrevista conjunta.

#### B) *Exploración física*

Ha de ser completa, independientemente de que se sospeche o no una causa orgánica que lo justifique.

Los parámetros a considerar son la temperatura, datos antropométricos, tensión arterial, color de piel y mucosas, adenopatías, visceromegalias, masas, exploración anal e incluso tacto, con mayor determinimiento en la exploración del abdomen, incluyendo inspección y palpación como métodos que pueden aportar mayor información.

En cuanto a la obtención de datos sobre la localización y naturaleza del dolor, puede haber limitaciones ya que el niño puede improvisar cualquier punto doloroso para complacer al médico.

Aunque se admite como norma que la probabilidad de «organicidad» es directamente proporcional a la distancia al ombligo del área de localización del dolor, este aforismo no es un dogma (1, 6).

La ausencia de hallazgos en la exploración física puede ser tranquilizadora para el paciente, familia y pediatra, pero no es argumento para no practicarla en visitas posteriores. La exploración física debe realizarse durante el episodio doloroso y entre ataques, si bien para autores como Apley (1), los exámenes repetidos son innecesarios, debido a que pueden perpetuar una sensación de inseguridad.

En ocasiones se encuentran signos de ansiedad como extremidades frías, piel moteada, palmas sudorosas, tricomanía y pupilas dilatadas, en posible relación fisiopatológica con alteraciones del sistema nervioso autónomo.

El examen abdominal debe ser observado por los padres, que con frecuencia se sorprenden por la incongruencia entre el síntoma y la normalidad del examen.

En general, estos pacientes suelen acusar mayor sensación dolorosa en la parte inferior del abdomen al ser explorados; con cierta frecuencia, se palpa una estructura como cuerda que corresponde a la localización del sigma y colon descendente.

La mayoría de las veces no hay correlación entre la cronicidad y/o intensidad del dolor y los hallazgos físicos encontrados.

### C) *Exploraciones complementarias*

La anamnesis y exploración encaminarán los exámenes complementarios.

Como *estudios iniciales* se realiza hematimetría, VSG, sedimento urinario, urocultivo y Rx abdomen (1, 3). Algunos autores (2, 4) incluyen en esta primera etapa de estudio el despistaje de sangre oculta y parásitos en heces.

Solamente en aquellos pacientes con una sospecha de organicidad más evidente, será preciso realizar una investigación bioquímica más completa: electrolitos séricos, función hepática, amilasa sérica y urinaria, lipidograma, screening de porfirinas en orina, pruebas de sobrecarga con azúcares (8).

Un *examen radiológico* más complejo sólo es útil en aquellos pacientes que presentan distensión abdominal, dolor localizado (signos de dolor orgánico), o cuando hay una historia atípica o ante la ausencia de factores psicológicos desencadenantes; en estos casos el tránsito gastrointestinal superior, enema de bario, colecistografía oral, urografía i.v. y cistografía pueden ser necesarios. Recientemente, y dada la inocuidad de la técnica, se ha extendido el uso de la ecografía abdominal para descartar patología pélvica, cálculos etc.

La *proctoscopia y biopsia rectal* están indicadas si se sospecha enfermedad inflamatoria intestinal. En casos de difícil interpretación, puede ser útil la endoscopia superior, la cual incluso evitaría en ocasiones la laparatomía exploratoria en la investigación del DAR.

El valor del EEG en la investigación del DAR es discutible (3, 4), sin embargo para algunos autores (1, 9) la presencia de dolor abdominal y palidez seguido de somnolencia constituye una indicación para practicarlo.

En algunos pacientes puede ser preciso interconsultar a especialistas: psiquiatra, gastroenterólogo, ginecólogo.

Por último, los estudios de motilidad se limitan a ser instrumento de investigación en el estudio de tales pacientes.

Como norma general, las investigaciones adicionales se orientan en función de los hallazgos que sugieren una enfermedad en particular o uno o más de los siguientes «signos de alarma» (3):

— Antecedentes de pérdida de peso y/o apetito disminuido.

— Alteración de la función o aumento progresivo de síntomas relacionados con un órgano específico.

— Anomalías en el recuento sanguíneo (anemia, leucocitosis, aumento VSG, eosinofilia, morfología celular alterada).

— Sangrado oculto o franco en cualquier orificio.

— Análisis de orina y/o cultivo anormales.

— Historia familiar convincente de una enfermedad particular (p. e. úlcera gastroduodenal).

— Síntomas o signos sugestivos de enfermedad crónica (fiebre recurrente, retraso de crecimiento, inflamación articular).

Como ya se ha comentado anteriormente, el diagnóstico de funcionalidad del DAR debe basarse, además de en la exclusión de otras causas de DAR, en la obtención de datos positivos. En la tabla I se citan los criterios diagnósticos de DAR funcional según GJ Barbero.

El diagnóstico diferencial del DAR en la infancia debe hacerse con cada una de las enfermedades y situaciones patológicas que pueden provocar DAR (ver tabla II), variando la incidencia de causa orgánica del 5-15 % según las series.

TABLA I. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE FUNCIONAL

- 
1. Historia típica de DAR, ocurriendo con frecuencia intermitentemente durante muchos años, en ocasiones persistiendo en los primeros años de la vida adulta.
  2. Síntomas adicionales de palidez facial, cefalea, heces duras, estreñimiento, vértigo, vómitos y diarrea.
  3. Evidencia de precipitación del dolor con el stress.
  4. Historia familiar de síntomas similares en uno o ambos padres.
  5. Historia pasada o presente de trastorno emocional en el niño y la familia.
  6. Buen crecimiento y desarrollo.
  7. Niño con aspecto sano.
  8. Sensibilidad a la palpación profunda en la parte inferior del abdomen, localizada sobre partes del colon.
  9. Frecuente mejoría del dolor con la hospitalización.
  10. Exploraciones de laboratorio y radiológicas negativas.
  11. Proctoscopia con hallazgos de palidez de mucosa, marcas vasculares prominentes, zonas de hiperemia, luz rectal dilatada e hiperplasia linfoide.
-

TABLA II. CAUSAS ORGANICAS DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

GENITOURINARIAS	GASTROINTESTINALES	HEMATOLÓGICAS
Pielonefritis	Estreñimiento	Leucemia
Hidronefrosis	Enfermedad celiaca	Linfoma
Litiasis renal	Intolerancia a lactosa	Talasemia
Enfermedad inflamatoria pél- vica	Úlcera péptica	Anemia de células falciformes
Dismenorrea	Pancreatitis crónica	
Quiste ovárico	Colitis ulcerosa	
Endometriosis	Enfermedad de Crohn	
Hematocolpos	Parasitosis	
	Malrotación	
	Divertículo de Meckel	
	Colelitiasis	
	Hepatitis	

## OTRAS

Intoxicación por plomo, Porfiria, diabetes, Fiebre mediterránea familiar, Hernias inguinales o internas, Púrpura Schölein-Henoch, Epilepsia, Migraña, Edema angioneurótico, Hiperlipemia...

## IV. PRONÓSTICO

Aunque se suele considerar que el pronóstico para los niños con DAR es bueno, los escasos estudios de seguimiento realizados (10, 11) no parecen justificar este optimismo.

Apley y Hale en un estudio comparativo sobre la evolución de niños con DAR, tratados y no tratados, comprobaron que en aproximadamente 1/3 de ambos grupos la evolución fue hacia la curación clínica. El tratamiento no modificó el número de pacientes que curaron, aunque los tratados con psicoterapia informal respondieron más rápidamente, presentaron menos recaídas y trastornos no abdominales que los no tratados, y además mostraron una mejor comprensión de la asociación del binomio stress/dolor.

Otro estudio más reciente realizado por Christensen y Mortensen en 1975, puso en evidencia que independientemente del tratamiento recibido, la mitad de niños diagnosticados de DAR en la infancia presentaron síntomas abdominales de

adultos, con una frecuencia mayor, estadísticamente significativa, en relación a su población control.

Por otra parte, el pronóstico puede modificarse por la aparición de otros trastornos abdominales como el colon irritable, gastritis y úlcera gastroduodenal. En cuanto a los trastornos no abdominales, lo que con más frecuencia se asocian al DAR son: migraña, jaqueca, dorsalgias, ansiedad y síntomas ginecológicos, pudiendo aparecer evolutivamente a cualquier edad.

Para Apley (1, 10) los factores que con mayor frecuencia empeoran el pronóstico del DAR son los siguientes:

- Antecedentes familiares de dolores recurrentes.
- Pertenencia al sexo masculino.
- Inicio del dolor antes de los 5-6 años.
- Síntomas durante más de 6 meses antes de iniciar el tratamiento.

## V. TRATAMIENTO

Cuando exista una enfermedad orgánica responsable, el tratamiento debe ser

etiológico. En la práctica, no se logra diagnosticar una enfermedad subyacente responsable del dolor en la mayoría de los casos, por lo que el tratamiento ha de ser individualizado, teniendo presente que el dolor es real y de que puede tener un significado pronóstico reservado.

En términos generales se puede resumir el tratamiento en 2 aspectos: a) Farmacológico y b) No farmacológico.

#### A) *Farmacológico*

Aunque existen en el mercado numerosos fármacos, propuestos como eficaces en el tratamiento del DAR, no hay estudios bien controlados y por tanto se plantean serias dudas acerca de la utilidad de los mismos, que bien pudiera basarse en su efecto placebo. Dado que algunas de estas drogas no está exenta de efectos secundarios; su uso debe limitarse a aquellos casos en los que se pretenda una resolución sintomática de un dolor muy intenso (analgésicos como paracetamol) (1-4, 6).

Los anticolinérgicos y antiespasmódicos han sido usados a dosis bajas, de forma continua o intermitente, sin resultados consistentes; los narcóticos no tienen ningún lugar en el tratamiento del DAR (3, 4), los tranquilizantes pueden temporalmente resolver una ansiedad extrema, y los antidepresivos son efectivos y razonables cuando se diagnostica una enfermedad depresiva en un niño con DAR, y sólo como parte del amplio tratamiento para este proceso (1). La eficacia de los antiácidos (1, 4) estaría dentro de lo ya comentado sobre el efecto placebo.

#### B) *Tratamiento no farmacológico* (1-6, 12, 13)

La actitud terapéutica más adecuada es aquella que pretende descubrir los factores psicológicos implicados, y que se basa en la convicción por parte del médico, de

que tanto el paciente como sus familiares precisan dedicarles una parte de su tiempo.

Por otro lado, la intervención del médico ha de estar encaminada hacia los factores etiopatogénicos: actuando sobre la enfermedad o predisposición somática si existe, tratando de modificar hábitos perjudiciales, ayudando al niño a reaccionar ante situaciones críticas de su medio ambiente, y encauzando sus reacciones temperamentales ante el disconfort del dolor y las ventajas obtenidas por sus quejas.

Simplemente el hecho de eliminar el temor de enfermedad orgánica, a través de una historia y examen físico detenidos, unido a controles periódicos, constituye la piedra angular del tratamiento no farmacológico.

Siguiendo las pautas anteriormente expuestas, pocos niños van a precisar la intervención de un psicoterapeuta.

En ocasiones concretas, se ha visto que la hospitalización y/o intervención quirúrgica (apendicectomía, amigdalectomía, otras) pueden ser por sí mismas terapéuticas.

No está justificado el empleo de dietas de eliminación en estos pacientes, ya que excepcionalmente la intolerancia a un determinado alimento es la causa de DAR.

En los últimos años, cada vez se está dando mayor importancia a la terapia conductista para el DAR, utilizando un descondicionamiento con recompensas intangibles (Apley, 1975), o bien como proponen Masek y cols. en 1984, adiestrando al paciente en técnicas de autorregulación junto con modificaciones en los factores ambientales, que se supone influyen en la perpetuación de la conducta ante el dolor.

## BIBLIOGRAFIA

1. APLEY, J.: *The child with abdominal pains*. Blackwell Scientific Publications Ltd, Londres, 1975.
2. SILVERMAN, A.; ROY, CC.: *Psychophysiological recurrent abdominal pain*. En: *Pediatric Clinical Gastroenterology*. The CV Mosby Company. San Luis 1983; 418-30.
3. LEVINE, MD.; RAPPAPORT, LA.: *Dolor abdominal recurrente en niños escolares: La soledad del médico distante*. Clin. Pediatr. N. Am. 1984; 5: 969-92.
4. LIEBMAN, WM; THALER, MM.: *Pediatric considerations of abdominal pain and the acute abdomen*. En: *Gastrointestinal disease*. Sleisenger MH., Fordtran JS. (eds.). Saunders WB Company. Filadelfia 1978; 411-24.
5. BARR, RG.: *Abdominal pain in the female adolescent*. Pediatr. Rev. 1983; 4: 281-9.
6. BARBERO, GJ.: *Recurrent abdominal pain in childhood*. Pediatr Rev. 1982; 4: 29-34.
7. JOSEPH, AV.: *Recurrent abdominal pain and infantile colic(letter)* AJDC 1984; 138: 990-1.
8. BARR, RG.; WARKINS, JB.; PERMAN, JA.: *Mucosal function and breath hydrogen excretion: comparative studies in the clinical evaluation of children with nonspecific abdominal complaints*. Pediatrics 1981; 68: 526-33.
9. ZARLING, EJ.: *Abdominal epilepsy: an unusual cause of recurrent abdominal pain*. Am. J. Gas. 1984; 79: 687-8.
10. APLEY, J.; HALE, B.: *Childre with recurrent abdominal pain: How do they grow up?*. Br. Med. J. 1973; 3: 7-9.
11. CHRISTENSEN, MF.; MORTENSEN, O.: *Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain*. Arch Dis. Child. 1975; 50: 110-4.
12. OSTER, J.: *Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents*. Pediatrics 1972; 50: 429-36.
13. FEUERSTEIN, M.; BARR, RG.; FRANCOEUR, TE.: *Potential biobehavioral mechanisms of recurrent abdominal pain in children*. Pain 1982; 13: 287-98.