

Mesa Redonda: Actualización en Gastroenterología Infantil

Dolor abdominal: guía de supervivencia en la consulta del pediatra

S. JIMÉNEZ TREVIÑO

Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

RESUMEN

El dolor abdominal es una patología frecuente en Pediatría, representando del 2 al 4% de las consultas del pediatra de Atención Primaria, y el 7-25% de las consultas de Gastroenterología Infantil. Las causas del dolor abdominal pueden ser múltiples y variadas, y el abordaje de un paciente con dolor abdominal constituye en ocasiones un reto para el pediatra.

En esta revisión se pretende ayudar al pediatra a valorar de forma práctica a un paciente con dolor abdominal, revisando las patologías más frecuentes según la localización del dolor, identificando las banderas rojas que orientan a una patología orgánica potencialmente grave, y se aportan estrategias para poder llegar a un diagnóstico y posterior tratamiento del cuadro.

Palabras clave: Dolor abdominal; Bandera roja; Trastornos funcionales; Pediatría.

This review aims to help the pediatrician to practically evaluate a patient with abdominal pain, reviewing the most frequent pathologies according to the location of the pain, identifying the red flags that indicate a potentially serious organic pathology, and providing strategies to be able to reach a diagnosis and subsequent treatment of the condition.

Keywords: Abdominal pain; Red flag; Functional disorders; Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal constituye una importante consulta dentro de la patología que atiende diariamente un pediatra, de forma que representa del 2 al 4% de las consultas del pediatra de Atención Primaria, entre el 7 y el 25% de las consultas de Gastroenterología Infantil, y en torno a un 10% de las consultas en Urgencias de Pediatría⁽¹⁻³⁾.

Las causas del dolor abdominal pueden ser múltiples y variadas: enfermedades del aparato digestivo, enfermedades sistémicas con componente abdominal, enfermedades funcionales e incluso enfermedades de forma primaria en otros órganos que se acompañan de dolor abdominal.

El abordaje de un niño con dolor abdominal puede ser un reto para el pediatra, tanto de Atención Primaria (AP) como para el propio gastroenterólogo infantil. La orientación adecuada del cuadro será fundamental para minimizar el

ABDOMINAL PAIN: SURVIVAL GUIDELINE IN THE PEDIATRICIAN'S OFFICE

ABSTRACT

Abdominal pain is a common pathology in Pediatrics, representing 2 to 4% of Primary Care pediatrician consultations, and 7-25% of Pediatric Gastroenterology consultations. The causes of abdominal pain can be multiple and varied, and addressing a patient with abdominal pain is sometimes a challenge for the pediatrician.

Correspondencia: principevegeta@hotmail.com

© 2024 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 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

número de exámenes complementarios y de exploraciones, logrando el tratamiento más adecuado para cada paciente tras un diagnóstico adecuado.

En esta revisión se pretende dar una serie de claves para lograr orientar el diagnóstico de una forma práctica, y con herramientas que casi todos los pediatras pueden tener en su consulta, así como las banderas rojas que orienten a una patología orgánica potencialmente grave que obligue a derivar al paciente al gastroenterólogo infantil.

Lo primero que vamos a separar es el dolor agudo del dolor crónico o recurrente, pero centrándonos sobre todo en el dolor abdominal recurrente, comentando solo unas pinceladas del dolor abdominal agudo.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Se define el dolor abdominal agudo como la presencia de dolor abdominal de aparición reciente, constante e intenso, que suele acompañarse de vómitos, afectación del estado general y palpación abdominal dolorosa. Se estima que el 5% de los niños con dolor abdominal agudo, que se atienden de forma urgente, requiere ingreso hospitalario y el 1-2% intervención quirúrgica^(3,4).

A nivel práctico, la gran mayoría de los dolores agudos se tratarán de procesos infecciosos autolimitados, que habitualmente se acompañarán de vómitos y/o diarrea. En otras ocasiones el dolor agudo puede ser una exacerbación de un problema crónico, siendo probablemente el más frecuente el estreñimiento, que en ocasiones se descompensa en la llamada impactación fecal, produciendo un importante dolor abdominal agudo de alta intensidad. Habitualmente la historia clínica y una exploración nos confirmarán con facilidad este cuadro.

Lo fundamental en el cuadro agudo es descartar el llamado “abdomen agudo quirúrgico”, que son patologías que de no tratarse en poco tiempo pueden provocar secuelas importantes e incluso la muerte del paciente. La patología más frecuente de abdomen agudo quirúrgico es sin duda la apendicitis aguda, seguida de la invaginación intestinal, teniendo también en esta categoría los vólvulos, torsiones anaxiales y obstrucciones por adherencias^(3,4).

En la consulta de AP y en Urgencias será clave, además de la historia clínica, la exploración física, siendo entre los exámenes complementarios la ecografía abdominal la prueba más útil para estos procesos agudos.

El tratamiento dependerá de la causa del dolor, sin olvidar la importancia de la analgesia mientras se investiga la etiología del dolor abdominal.

TABLA I. Banderas rojas en la historia clínica y exploración física del paciente con dolor abdominal⁽⁶⁾.

Banderas rojas en la historia clínica

El dolor se localiza lejos de la zona periumbilical o se irradia a miembros y espalda

Se acompaña de cambios en las deposiciones, especialmente si hay sangre en las heces

Se acompaña de náuseas o vómitos

El dolor despierta al paciente por la noche (importante la diferencia entre despertar al niño y dificultad en la conciliación del sueño, no siendo esta última una bandera roja)

Presencia de fiebre

Presencia de síndrome miccional

Pérdida de peso o detención del crecimiento

Banderas rojas en la exploración física

Aspecto general de enfermedad: palidez, ojeras, delgadez llamativa

Evidencia fiable de pérdida de peso o signos clínicos de desnutrición

Presencia de masas u organomegalias a la palpación abdominal

Presencia de úlceras perirrectales o fisuras anales

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

El dolor abdominal recurrente (DAR) ha sido definido clásicamente por Apley como un dolor localizado en abdomen, de intensidad suficiente como para interrumpir la actividad del niño, con tres o más episodios en los últimos 3 meses, en niños mayores de 4 años⁽⁵⁾.

Para el abordaje del DAR, lo más importante a considerar es si ese dolor tiene una alta o baja probabilidad de ser parte de una enfermedad orgánica importante, y para ello investigaremos la presencia de las denominadas “banderas rojas”, que son síntomas o signos de alarma que aumentan la probabilidad de que el paciente presente una enfermedad orgánica subyacente (tabla I)⁽⁶⁾.

Una vez detectada la presencia o ausencia de banderas rojas, nos centraremos en tratar de diagnosticar la causa del dolor, y el abordaje práctico más razonable es el abordaje según la localización del dolor

Como normal general, la presencia de dolor localizado en una zona muy concreta y que recidiva en la misma zona suele ser más indicativo de trastorno orgánico, y si el dolor es de localización periumbilical o cambiante, suele ir más a favor de patología funcional.

Dolor abdominal epigástrico

En la zona epigástrica lo más frecuente que nos vamos a encontrar van a ser dolores relacionados con gastritis, esofagitis por reflujo gastroesofágico, dispepsia funcional y más rara vez de forma crónica pancreatitis.

La **esofagitis por reflujo gastroesofágico** se manifiesta como dolor en zona epigástrica, acompañado de pirosis, disfagia, náuseas o sensación de regurgitación. Con frecuencia, dicho dolor es matutino y acompañado de anorexia. Es bastante frecuente que exista el antecedente de regurgitaciones y vómitos en la época del lactante. Para el diagnóstico definitivo del cuadro habría que plantear la realización de endoscopia digestiva alta (EDA).

Gastritis y dispepsia funcional presentan una clínica muy similar, con la diferencia de que en la dispepsia, tras la realización de la endoscopia con toma de biopsias, no se halla inflamación en la mucosa gástrica. Ambas entidades comparten clínica: dolor abdominal epigástrico, postprandial, sensación de plenitud precoz, hinchazón abdominal, náuseas e incluso vómitos.

El tratamiento en las tres entidades es muy similar, y consiste en la mejoría de los hábitos dietéticos, disminuyendo alimentos que aumenten la secreción ácida (cacao, azúcares, grasas, café, salsas picantes) e inhibidores de bomba de protones (omeprazol, lansoprazol o esomeprazol). La mala respuesta al tratamiento o la recidiva precoz tras la suspensión del mismo obligarían a la realización de una EDA^(2,7,8).

Dolor abdominal en mesogastrio

En esta zona se van a localizar la mayoría de los DAR, de forma que, como ya se ha comentado anteriormente, la localización periumbilical orientará más a la presencia de un dolor abdominal funcional. En la localización mesogástrica será fundamental el tratar de sacarle el máximo provecho a la entrevista clínica, que nos dará algunas pistas para orientar el dolor hacia una u otra sospecha diagnóstica.

Será importante en la historia, sobre todo si es un dolor episódico, que se realice un calendario de síntomas y alimentos, para ver si hay algún alimento concreto que pueda desencadenar el cuadro. La presencia de antecedente de atopia, alergia previa o concomitante a algún alimento nos podría orientar a que el dolor tenga relación con una intolerancia alimentaria, pudiendo plantear exclusiones alimentarias como prueba terapéutica, siendo la más frecuentemente culpable del dolor abdominal la proteína de leche de vaca.

Las intolerancias a azúcares suelen presentar una clínica de dolor abdominal, acompañada de diarrea y distensión muy claramente relacionada en el tiempo con la ingesta del alimento. Lo mismo ocurre con las alergias IgE mediadas a

TABLA II. Exámenes complementarios en el dolor abdominal recurrente sin etiología clara

Hemograma y bioquímica con perfil férrico, transaminasas, enzimas pancreáticos
Anticuerpos antitransglutaminasa
Coprocultivo y parásitos en heces
Calprotectina fecal
Ecografía abdominal

alimentos, es fácil encontrar el desencadenante al haber una reacción temporal muy temprana.

Sin embargo, en las alergias no IgE mediadas o la enfermedad celíaca no diagnosticada el dolor abdominal puede ocurrir en cualquier momento del día sin tener una relación temporal inmediata a la ingesta del alimento. Es obligado ante un dolor abdominal sin etiología clara descartar la enfermedad celíaca, solicitando unos anticuerpos antitransglutaminasa (tabla II).

Algunos parásitos intestinales (*Giardia*, *Dientamoeba*, *Cryptosporidium*) pueden provocar un dolor abdominal recurrente que en ocasiones se acompaña de despeños diarreicos. Idealmente habría que tratar de identificar al microorganismo en las heces, pero en ocasiones si la sospecha es alta se puede plantear una prueba terapéutica con metronidazol oral entre 20-30 mg/kg/día.

La **enfermedad inflamatoria intestinal**, y más concretamente la enfermedad de Crohn, puede presentar una clínica de dolor abdominal recurrente, aunque normalmente vamos a hallar alguna "bandera roja": pérdida de peso o estancamiento de talla, sangre en heces, enfermedad perianal... Una sencilla prueba será suficiente para excluir dicha enfermedad: la calprotectina. La calprotectina presenta un valor predictivo negativo altísimo, de forma que una calprotectina normal en un niño con un DAR prácticamente excluye la enfermedad; la positividad de la prueba será un criterio de derivación a atención especializada. Conviene recordar en este apartado que estamos hablando de DAR o crónico. En un proceso agudo no debemos solicitar una calprotectina, porque es muy inespecífica, y se puede elevar con procesos infecciosos gastrointestinales.

Los **trastornos de dolor abdominal funcional**, salvo la dispepsia funcional de la que ya hemos hablado en el epigastrio, afectan habitualmente al mesogastrio o al abdomen de forma difusa. Constan de dos cuadros relativamente bien definidos, la migraña abdominal y el síndrome de intestino irritable, y un cuadro que se diagnostica cuando el paciente presenta un dolor abdominal funcional que no se puede encuadrar en los subtipos anteriores.

El **síndrome de intestino irritable (SII)** se caracteriza por dolor abdominal y alteración del hábito intestinal: el dolor se asocia en ocasiones con diarrea y, en otras, con estreñimiento, pudiendo alternar entre ambas formas en el mismo paciente. Se diagnostica si el paciente presenta durante al menos dos meses un cuadro de dolor abdominal de al menos cuatro días al mes asociado con uno o más de lo siguiente: el dolor está relacionado con la defecación, existe un cambio en la frecuencia de deposiciones, o un cambio en la forma o apariencia de deposiciones. En niños con estreñimiento el dolor no se resuelve al solucionar el mismo.

La **migraña abdominal** se caracteriza por episodios recurrentes y paroxísticos de dolor abdominal muy intenso e incapacitante. Se suelen acompañar de síntomas vegetativos (palidez, sudoración, aspecto de enfermedad) y, por definición, son estereotipados en cada paciente, es decir, cada paciente suele repetir los mismos síntomas acompañantes. Entre los episodios el niño se encuentra bien, sin dolor o con síntomas digestivos leves.

Los criterios para el diagnóstico implican que el paciente debe presentar durante los seis meses anteriores episodios paroxísticos de dolor abdominal agudo periumbilical, en mesogastrio o generalizado, que duran al menos una hora, separados por semanas o meses. El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades habituales; existe un patrón estereotipado de síntomas en cada paciente y el dolor está asociado con dos o más de los siguientes síntomas: anorexia, náuseas, vómitos, cefalea, fotofobia y palidez.

El **dolor abdominal funcional no específico** se define como un cuadro de dolor abdominal, continuo o intermitente, que no tiene criterios suficientes para ser clasificado como dispepsia funcional, intestino irritable o migraña abdominal. Para su diagnóstico debe presentar, al menos 4 veces al mes y durante al menos 2 meses, un dolor abdominal episódico o continuo que no ocurra solamente durante eventos fisiológicos (comida, menstruación) y que no cumpla suficientes criterios para el diagnóstico de SII, dispepsia funcional o migraña abdominal⁽⁷⁻⁹⁾.

Dolor abdominal en tercio inferior del abdomen

En esta localización, sin duda la patología más frecuentemente implicada en el dolor abdominal es el estreñimiento. El estreñimiento es probablemente la patología más frecuentemente implicada en el dolor abdominal y representa aproximadamente el 5% de las consultas pediátricas de Atención Primaria y un 18-25% de las consultas del gastroenterólogo pediátrico. El dolor abdominal en el estreñimiento es más habitual en hipogastrio, o fosa ilíaca izquierda, pero es importante saber que puede localizarse en cualquier cuadrante abdominal, de forma que, aunque parezca más difícil de

entender, la presencia de un dolor epigástrico postprandial puede tener su origen en el estreñimiento.

Aunque en la entrevista clínica el paciente o sus familiares refieran que acude al baño a diario, el dato de si el dolor se alivia con la defecación, el antecedente previo de estreñimiento, o la palpación abdominal de heces duras nos orientarán a que podamos estar ante el llamado “estreñimiento oculto”, que responderá a la realización de una limpieza intestinal con PEG y posterior mantenimiento.

En las niñas prepúberes o en la adolescencia debemos tener en cuenta en esta localización la posibilidad de que el dolor se trate de patología ginecológica, tanto de ovarios como uterina. La periodicidad del dolor con los cambios hormonales o el coincidir o tener relación temporal con la menstruación orientarían a esta etiología. De nuevo, la prueba complementaria más útil será la ecografía abdominal^(1,2,5).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes complementarios deberán orientarse para confirmar un diagnóstico concreto si hay síntomas de sospecha o certeza. Sin embargo, si en la historia clínica no hay ningún síntoma orientativo específico, sí sería conveniente realizar un estudio general para encontrar posible organicidad (tabla II) o, en su defecto, catalogarlo de dolor abdominal recurrente funcional^(1,2,6-9).

TRATAMIENTO

El tratamiento depende, lógicamente, del cuadro que hayamos diagnosticado.

En los trastornos funcionales puede ser útil evitar el exceso de grasas, azúcares simples o productos manufacturados, y la retirada de la dieta de alimentos que se hayan relacionado con los síntomas, valorando siempre la respuesta clínica tanto a su retirada como a su reintroducción.

No debemos descuidar el aspecto psicosocial en los trastornos funcionales. En niños con perfil ansioso, debemos descartar un posible mecanismo desencadenante del dolor en la familia (problemas familiares) como en el colegio (problemas con profesores o compañeros...). En niños con importante componente ansioso podría ser de gran utilidad la valoración por parte de Salud Mental.

Respecto al tratamiento farmacológico para los trastornos funcionales, no hay suficiente evidencia para recomendar ninguno de forma clara. El tratamiento debe abordar dos aspectos muy importantes: por un lado, tratar el dolor de forma aguda y, por otro lado, al igual que en la migraña,

valorar un tratamiento profiláctico, es decir, un tratamiento crónico para evitar los episodios de dolor.

Dentro de los tratamientos del dolor agudo se ha de probar con analgésicos (paracetamol, ibuprofeno, metamizol) o espasmolíticos. Para la profilaxis se han mostrado eficaces en algunos casos los fármacos antiserotoninérgicos (ciproheptadina), antimigrañosos (pizotifeno) y los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina)^(1,2,6-9).

CONCLUSIONES

El dolor abdominal, sobre todo el recurrente, representa un problema frecuente y de abordaje complejo para el pediatra de AP y el especialista de Gastroenterología Infantil. Es preciso realizar una historia clínica muy detallada, para lo que hace falta dedicar tiempo, y es fundamental realizar la exploración física, que también nos puede dar la clave del diagnóstico. Si no se ha conseguido llegar a un diagnóstico o en ocasiones para confirmar la sospecha, realizaremos las pruebas complementarias orientadas según la localización del dolor. En pacientes seleccionados una prueba terapéutica (retirada de algún alimento, limpieza con PEG o tratamiento empírico con metronidazol) puede ser clave para el diagnóstico del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reust CE, Williams A. Recurrent abdominal pain in children. *Am Fam Physician*. 2018; 97(12): 785-93.
2. Infante D. Dolor abdominal crónico y recurrente. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII(7): 339-47
3. Muñoz-Santanach D, Luaces C. Dolor abdominal agudo. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII(1): 15-24
4. Raymond M, Marsicovetere P, DeShaney K. Diagnosing and managing acute abdominal pain in children. *JAAPA*. 2022; 35(1): 16-20.
5. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child*. 1958; 33: 165-70.
6. Berbel O, Ortuño J, Pereda A. Dolor abdominal crónico y dolor abdominal recurrente. *An Pediatr Contin*. 2006; 4(4): 205-12.
7. Juste Ruiz M, Valverde J, Román E. Trastornos funcionales del niño mayor. En: SEGHN, editor. *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. 5ª ed. Madrid: Ergon; 2021. p. 127-42.
8. Di Lorenzo C, Hyams JS, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Algorithms child/ adolescent. En: *Pediatric functional gastrointestinal disorders. Disorders of Gut-Brain interaction*. Rome Foundation; 2016. p. 191-217.
9. Andrews ET, Beattie RM, Tighe MP. Functional abdominal pain: what clinicians need to know. *Arch Dis Child*. 2020; 105: 938-44.