



PRODIGA

PROgrama para la **DI**fusión de la
GAstroenterología

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

Autores

*Dr. Calixto Cifuentes,
Dr. Raul Arocha,
Dr. Hans Rommer,
Dra. Elena Pestana,
Dr. José Manuel Piña,
Dra. Ileana Gonzales,
Dra. Gabriela Sosa,
Dr. Miguel Garasini,
Dr. Roberto León,
Dra. Maribel Lizarzabal,
Dr. Raul Monserrat,
Dr. Alfredo Suarez,
Dra. Maria Nery Mazzara,
Dra. Gloria Urquiola,
Dr. José Ramón Poleo,
Dra. Gisela Romero,
Dra. Maritza Serizawa,
Dra. Margarita Vasquez,
Dra. Frella Villasmil,
Dra. Elsy Silva,
Dra. Matha Vetencourt.*

Patrocinantes

*Laboratorios Galeno-La Santé
Laboratorios Dollder
Laboratorios Astra-Zeneca
Laboratorios Vivax
Laboratorios Elmor*





Dolor Abdominal Recurrente

- Definido por Apley: dolor abdominal, en niños mayores de 4 años, de intensidad suficiente como para interrumpir la actividad del niño, con tres o más episodios en los últimos 3 meses.



DOLOR ABDOMINAL ¿CRONICO O RECURRENTE?



Dolor Abdominal Crónico

Epidemiología:

- ✘ La frecuencia exacta es desconocida.
- ✘ Afecta 10% a 18 % de la población escolar
- ✘ En pre púberes predomina en niñas a partir de los 9 años de edad
- ✘ La adolescente, entre 11 y 15 años es, típicamente, la paersona más afectada por el problema.
- ✘ Ocasionan 2 % al 4 % de todas las visitas al consultorio Pediátrico
- ✘ Es el principal motivo de consulta de niñas escolares y adolescentes a Gastroenterólogos Pediatras



Dolor Abdominal Crónico

Etiología

- ✘ Mientras que el *Dolor Abdominal Agudo* es ocasionado generalmente por causa orgánica.
- ✘ El *Dolor Abdominal Crónico* suele deberse principalmente a una causa funcional (85-90 %)



Dolor Abdominal Crónico

- Puede tener una causa orgánica, que se diagnostica en menos de un 10% de los casos.
- O deberse a un trastorno emocional, cuyo diagnóstico ha de basarse en pruebas aceptables para el mismo y no en la incapacidad para descubrir una causa orgánica.



D.A.C. Etiologías mas Frecuentes

<i>Clasificación</i>	<i>Ejemplos</i>
Orgánico	<ul style="list-style-type: none">• Gastritis/Ulcera Péptica con o sin H. Pylori• Parasitosis Intestinal (Giardiasis, Ascariasis)• Aumento en la ingesta de carbohidratos• Infección de vías urinarias• Enfermedad Inflamatoria Intestinal• Pancreatitis• Litiasis de vías urinarias• Divertículo de Meckel• Quistes de Ovario (Folicular)• Litiasis Biliar• Dolor Músculo-esquelético referido• Mal rotación Intestinal• Obstrucción Intestinal Recurrente• Porfiria
Disfuncional	<ul style="list-style-type: none">• Intolerancia alimentaria (Intolerancia a Lactosa)• Sx. de Intestino irritable• Constipación funcional crónica• Migraña abdominal• Dismenorrea
Psicogénico	<ul style="list-style-type: none">• Fobia Escolar• Reacción de Adaptación• Depresión



CAUSAS ORGÁNICAS

Dentro de las causas orgánicas, que pueden ser muchas, siguen teniendo vigencia las parasitosis, las transgresiones dietéticas, la infección de vías urinarias con o sin asociación de malformaciones de vías urinarias, y ya no es tan raro ver la Enfermedad Inflamatoria Intestinal o la Pancreatitis en niños.

En los últimos años se ha logrado demostrar cada vez con mas frecuencia al *Helicobacter Pylori* implicado en DAC asociado a gastritis, y síndrome dispéptico con o sin ulcera péptica.



Functional Gastrointestinal Disorders

A. Esophageal disorders

- A1. Globus
- A2. Rumination syndrome
- A3. Functional chest pain of presumed esophageal origin
- A4. Functional heartburn
- A5. Functional dysphagia
- A6. Unspecified functional esophageal disorder

D. Functional abdominal pain

- D1. Functional abdominal pain syndrome
- D2. Unspecified functional abdominal pain

B. Gastroduodenal disorders

- B1. Functional dyspepsia
 - B1a. Ulcer-like dyspepsia
 - B1b. Dysmotility-like dyspepsia
 - B1c. Unspecified (non-specific) dyspepsia
- B2. Aerophagia
- B3. Functional vomiting

E. Biliary disorders

- E1. Gall bladder dysfunction
 - E2. Sphincter of Oddi dysfunction
- ## F. Anorectal disorders
- F1. Functional fecal incontinence
 - F2. Functional anorectal pain
 - F2a. Levator ani syndrome
 - F2b. Proctalgia fugax
 - F3. Pelvic floor dyssynergia

C. Bowel disorders

- C1. Irritable bowel Syndrome
- C2. Functional abdominal bloating
- C3. Functional constipation
- C4. Functional diarrhea
- C5. Unspecified functional bowel disorder

G. Functional pediatric disorders

- G1. Vomiting
 - G1a. Infant regurgitation
 - G1b. Infant rumination syndrome
 - G1c. Cyclic vomiting syndrome
- G2. Abdominal pain
 - G2a. Functional dyspepsia
 - G2b. Irritable bowel syndrome
 - G2c. Functional abdominal pain
 - G2d. Abdominal migraine
 - G2e. Aerophagia
- G3. Functional diarrhea
- G4. Disorders of defecation
 - G4a. Infant dyschezia
 - G4b. Functional constipation
 - G4c. Functional fecal retention
 - G4d. Non-retentive fecal soiling



FISIOPATOLOGÍA

- ✘ Se cree que en la fisiopatología del dolor abdominal funcional intervienen anomalías del sistema nervioso entérico (SNE), el “cerebro del intestino”.
- ✘ El SNE interactúa con el sistema nervioso central y permite la comunicación bidireccional. La disregulación de esta comunicación cerebro-intestino desempeña un importante papel en la patogenia del dolor abdominal funcional.



FISIOPATOLOGÍA

Actualmente se cree que los adultos y niños con trastornos intestinales funcionales, más que la presencia de un trastorno basal de la motilidad, pueden tener una reactividad intestinal anormal frente a estímulos fisiológicos (alimentos, distensión del intestino, cambios hormonales), estímulos nociceptivos (procesos inflamatorios) o estímulos psicológicos estresantes (separación de los padres, ansiedad)



El dolor abdominal funcional puede asociarse con hiperalgesia visceral y disminución del umbral algico en respuesta a cambios de presión intraluminal. Los procesos inflamatorios de la mucosa causados por infecciones, alergias o enfermedades inflamatorias primarias pueden provocar una sensibilización de los nervios aferentes, y se han asociado con el comienzo de la hiperalgesia visceral.



Definiciones clínicas recomendadas para el dolor abdominal de larga duración, intermitente o constante en los niños:

- Dolor abdominal crónico : Dolor abdominal de larga duración, intermitente o constante, funcional u orgánico (debido a una enfermedad).
- Dolor abdominal funcional : Dolor abdominal sin signos demostrables de algún proceso patológico de tipo anatómico, metabólico, infeccioso, inflamatorio o neoplásico. El dolor abdominal funcional puede presentarse con síntomas típicos de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, migraña abdominal o síndrome de dolor abdominal funcional



- Dispepsia funcional: Dolor abdominal funcional o molestias en la parte superior del abdomen
- Síndrome de intestino irritable: Dolor abdominal funcional asociado con trastornos de la defecación
- Migraña abdominal: Dolor abdominal funcional con características migrañosas (dolor abdominal paroxístico asociado con anorexia, náuseas, vómitos o palidez, además de antecedentes maternos de cefaleas migrañosas)
- Síndrome de dolor abdominal funcional: Dolor abdominal funcional sin las características de dispepsia, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal



Procedimiento diagnóstico

- ✘ ***Exclusión de causa orgánica:***
 - **Por historia clínica**
 - **Por el examen físico: *Signos de alarma***
- ✘ • Evidencia de pérdida de peso, por pesos previos fiables o signos clínicos de desnutrición.
- ✘ • Presencia de organomegalias o masas.
- ✘ • Úlcera perirrectal o fisura anal.
- ✘ • Tacto rectal, obligado en todo niño con DAR, con presencia de fecalomas o dedil manchado de sangre.



Procedimiento diagnóstico

- ✘ Por datos de laboratorio
- ✘ *Signos de alarma*
- ✘ • Hemograma alterado y/o anemia y/o trombocitosis.
- ✘ • Marcadores de enfermedad inflamatoria o infección: VSG y PCR.
- ✘ • Anomalías en el sedimento urinario y/o bioquímica de orina.
- ✘ • Presencia de sangre oculta en heces.



Procedimiento diagnóstico

- × **Por estudio de imagen**
- × **Radiografía simple de abdomen:**
- × Su valor es escaso, salvo en la comprobación de un fecaloma en la retención fecal funcional o en la detección de heces abundantes tras la deposición en niños con "estreñimiento oculto". Ocasionalmente pueden verse cuerpos extraños en luz intestinal o apendicolitos.
- × **Ultrasonografía:**
- × Las posibles causas orgánicas de DAC, que se pueden diagnosticar ecográficamente son del tracto urogenital (riñón, vía urinaria y, en niñas, quiste de ovario), hígado, vía biliar, páncreas y bazo. En el tracto digestivo, únicamente quistes en mesenterio, omento y quiste duodenal. Actualmente, ecografistas muy expertos pueden identificar inflamación de la pared intestinal en íleon terminal o colon, en caso de sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).
- × **Tránsito intestinal superior:**
- × Estaría indicado en caso de sospecha de dispepsia ulcerosa o EII.
- × **Colon por enema:**
- × Podría indicarse en el estreñimiento severo, pero su indicación sería más adecuada tras una manometría anorrectal alterada.
- × **Tomografía axial computarizada, endoscopia y colonoscopia:**
- × Son técnicas cuya indicación y realización deben ser reservadas al especialista.



- **Subcomité de Dolor Abdominal Crónico. Dolor abdominal crónico en el niño.**
- **Informe Clínico. Guía para el clínico en la asistencia pediátrica.**
- **ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA.**
- **Pediatrics, Marzo 2005.**



CONCLUSIONES

1.El término “*dolor abdominal recurrente*”, tal y como se utiliza clínicamente y en la bibliografía, debe abandonarse. El dolor abdominal funcional es la causa más frecuente de dolor abdominal crónico; es un diagnóstico específico que debe diferenciarse de las causas anatómicas, infecciosas, inflamatorias o metabólicas de dolor abdominal. El dolor abdominal funcional puede clasificarse como dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, migraña abdominal o síndrome de dolor abdominal funcional, o como una combinación de estos diagnósticos.

2.En general, el dolor abdominal funcional puede diagnosticarlo correctamente el médico de asistencia primaria en niños de 4-18 años de edad con dolor abdominal crónico si no hay síntomas o signos de alarma, la exploración física es normal y las pruebas de sangre oculta en heces son negativas, sin necesidad de recurrir a otras pruebas diagnósticas.

3.La presencia de síntomas o signos de alarma, es indicación para practicar pruebas diagnósticas de etiología anatómica, infecciosa, inflamatoria o metabólica, según síntomas específicos en cada caso.





4. Pueden realizarse pruebas para que el paciente, sus padres y el médico se tranquilicen sobre la ausencia de procesos orgánicos, sobre todo si el dolor empeora significativamente la calidad de vida del paciente.

5. El niño con dolor abdominal funcional se puede evaluar y tratar de un modo más idóneo en el contexto de un modelo asistencial biopsicosocial.

6. La educación de la familia es una parte importante del tratamiento del niño con dolor abdominal funcional.

7. Se recomienda establecer objetivos de tratamiento razonables, dirigidos a la recuperación de un funcionalismo normal, más que a la desaparición completa del dolor. El retorno a la escuela puede estimularse si se identifican y afrontan los obstáculos que se oponen a ello.

8. Es preferible prescribir juiciosamente los medicamentos para el dolor abdominal funcional, formando parte de un enfoque individualizado con múltiples facetas para aliviar los síntomas y la discapacidad.

9. Es necesario realizar ulteriores investigaciones para eliminar las grandes lagunas respecto a los conocimientos sobre el dolor abdominal funcional en el niño.