



Caso clínico

DOLOR ABDOMINAL EN NIÑOS

Camilo Ayala⁺⁺⁺
 Juan Carlos González Quiñones^{§§§}



Esteban de 10 años es traído por su hermana (adolescente) por presentar dolor abdominal.

Paciente masculino de 10 años de edad quien consulta en compañía de su hermana (Valentina) por presentar cuadro clínico de un mes de evolución consistente en dolor en mesogastrio punzante de intensidad 5/10 que se irradia a fosa iliaca derecha, niega emesis, niega meteorismo, niega diarrea, **lo asocia al consumo de alimentos**, 20 minutos después de la ingesta. Refiere que, desde el nacimiento, ha presentado intolerancia a la lactosa; niega que en la familia haya otra persona que presente los síntomas, no se automedica. Actualmente asintomático.

Vive con el papá, la mamá y los hermanos, en apartamento con todos los servicios, ubicado en estrato tres. Duerme en una habitación con la hermana; su horario de sueño es regular, sin ronquidos ni pesadillas. Su alimentación consiste en jugo y pan para el desayuno, en el colegio recibe medias nuevas, almuerzo con plátano, pollo y arroz; consume pocas frutas y no consume verduras. La cena es lo que sobra del almuerzo. Consume proteínas 7/7, frutas 3/7, verduras 0/7 y, calóricos, 7/7. Come solo, sin horarios establecidos, cuatro veces al día.

Se encuentra cursando 4° grado de primaria con "buen rendimiento académico"; no ha perdido ninguna materia. Su clase favorita es Artes y, la que menos le gusta, es Español. Se lleva bien con todos sus compañeros y profesores y tiene tres mejores amigos. Va al colegio con la madre y la hermana a las 6:30 am.

No tiene horarios establecidos para ver televisión, jugar, hacer oficios básicos ni para comer; sin embargo, permanece muchas horas interactuando en el celular. Las relaciones en casa son muy afectuosas y dice que pelea mucho con su hermano, no dice por qué. Se le corrige hablándole y con castigos como dejar de usar el celular.

Se baña todos los días, se cepilla los dientes dos veces al día, la hermana le corta las uñas de las manos y de los pies cada 15 días. Su última consulta de crecimiento y desarrollo fue hace cinco meses y medio, cuando encontraron peso y talla "bajo" para la edad, pero con curva ascendente. Fue desparasitado hace un año. La fecha de última cita odontológica fue hace una semana por caries; le realizaron limpieza y colocaron una calza. La cita de optometría fue hace un año; refirió normalidad. No trae carné de vacunación, refiere que tiene todas las vacunas al día.

La revisión por sistemas es contestada por la hermana:

Síntomas generales: Niega astenia, niega adinamia, niega fiebre en los últimos días, niega anorexia, niega inapetencia por ningún grupo alimentario, niega disminución o aumento de peso sin causa aparente, niega dificultades en el sueño.

Sistema digestivo: Niega dificultad para comer, vómitos o diarrea. Hábito intestinal: 2x1 de características normales, marrón, sin moco o sangre. No ha presentado distensión o dolor abdominal. Refiere intolerancia a la lactosa desde el nacimiento. Niega melenas, sangrado activo o hematemesis niega masas en pared abdominal.

Inmunológicos: No trae carné. La hermana afirma que tiene todas las vacunas al día.

Desparasitación: Hace un año.

Resto de antecedentes normales. Una tía materna es diabética.

Examen físico: paciente en buen estado general, afebril, alerta, activo, hidratada.

Signos vitales:

TA: 110/80 mmhg **FC:** 87 lpm **FR:** 15 rpm **T°:** 35,4 grados **sato2:** 94 %.

Perímetro cefálico: 54 cm.

Peso: 26,5.

Talla: 1,29.

IMC: 15,9.

⁺⁺⁺ MD. Especialista Med. Familiar Integral, Gerencia en Salud – camilo.ayala@juanncorpas.edu.co

^{§§§} MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





Abdomen

Auscultación: Ruidos intestinales presentes, sin alteración en la intensidad o frecuencia. No soplos mediales ni pararrenales.

Inspección: Escaso panículo adiposo, ombligo normal, no cicatrices ni otras lesiones primarias o secundarias, no alteraciones a nivel de color, no circulación colateral no masas evidentes ni pulsaciones visibles.

Palpación: Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal (signo del rebote o signo de Blumberg negativo, signo de Mcburney, signo de Rovsing, signo de pie talón, signo de murphy, signo del psoas y signo obturador, negativos). Puño percusión negativa. No se palpan masas, ni visceromegalias.

Medidas antropométricas:

5-17 años: Talla/Edad: normal.

IMC/Edad: Entre 0-1.

Tamizaje respiratorio: negativo.

Resto de examen: normal.

¿Un primer descarte?



Imagen tomada de: <https://goo.gl/TP9a1B>

Algunos médicos hacen sus primeras reflexiones diagnósticas descartando lo más grave. Por supuesto que todos los dolores se prestan para tal enfoque. Resulta evidente que este caso se trata de un dolor abdominal sin signos de alarma, incluso

no se puede precisar si es recurrente (no describe episodios previos) y que, por las características que describe la historia, no parece tener ninguna condición crítica.

¿Signos de alarma?

Así es, y se refiere a manifestaciones que, de estar presentes, hacen que el enfoque diagnóstico sea diferente al que, de seguro, como en este caso se hará.

Hallazgos de alarma en la evaluación de niños con dolor abdominal crónico

	Significado potencial
Hallazgos historicos	
Pérdida de peso involuntaria	Malabsorción (EII, enfermedad celiaca, pancreatitis), malignidad
Dificultad para tragar (disfagia) o dolor para tragar (odinofagia)	Esofagitis eosinofílica, esofagitis por píldora, esofagitis infecciosa, acalasia
Vómito significativo (bilioso, prolongado, proyectil o preocupante)	Enfermedad ácido-péptica, síndrome de vómitos cíclicos, gastroenteritis eosinofílica, obstrucción intestinal, enfermedad hepatobiliar, metabólica (p. Ej., DKA, crisis suprarrenal), colecistitis, lesión intracraneal
Diarrea crónica severa (≥3 deposiciones sueltas o acuosas por día durante más de dos semanas) o diarrea nocturna	Infección entérica (parasitaria, bacteriana, viral), EII, deficiencia inmunológica, enfermedad celiaca, enteropatía inducida por proteínas de los alimentos
Fiebre inexplicable	Proceso infeccioso o inflamatorio; fiebre mediterránea familiar
Síntomas urinarios (cambio en la función de la vejiga, disuria, hematuria, dolor en el flanco)	Infección urinaria recurrente; nefrolitiasis
Dolor de espalda	Dolor referido (p. Ej., Pancreatitis crónica)
Antecedentes familiares de EII, enfermedad celiaca, enfermedad de úlcera péptica.	EII, enfermedad celiaca, enfermedad de úlcera péptica
Diarrea sanguinolenta	IBD
Melena (heces negras, alquitrinadas)	Enfermedad péptica ácida, divertículo de Meckel.
Cambios en la piel (erupción, eccema, urticaria).	EII, enfermedad celiaca, alergia alimentaria.

Tomado de: Uptodate (1) Chronic abdominal pain in children and adolescents: Approach to the evaluation.

La presencia de alguna de las manifestaciones mostradas en la imagen anterior se convierte en orientadora de patologías de base que ameritan estudiarse. Por ende, el buscarlas

resulta importante en el enfoque. La historia de Esteban descarta cualquiera de estas manifestaciones.



Ahora sí, ¿ante qué estamos?

Ante un primer episodio de un dolor abdominal que, al parecer, no compromete severamente la condición. Algunos autores mencionan como dolor recurrente si aparece al menos una vez en el último mes y si son más de dos episodios en los últimos tres meses (2). Como tal, es una situación que se presenta con una prevalencia entre un 10 % y un 17 % de

las consultas de niños y adolescentes que es importante diferenciar del típico dolor agudo de pacientes que acuden con mayor frecuencia al servicio de urgencias (la intensidad del dolor resulta orientadora). Como se observa, en el caso de Esteban, el tiempo de evolución tampoco permite usar esa clasificación (dolor recurrente).

Un problema frecuente

El encuentro en la consulta con dolor abdominal en niños y adolescentes es frecuente, y es importante saber orientarlo, siendo difícil de precisar (3). En Estados Unidos y Europa constituye la segunda causa de ausentismo escolar (4). La Pediatría le ha dedicado todo un capítulo a su clasificación

denominado Roma que se ha venido modificando con base en los hallazgos. La última clasificación es ROMA IV (5), que es por completo orientadora del denominado dolor funcional. La siguiente imagen la muestra:

Criterios diagnósticos de Roma IV para trastornos del dolor abdominal funcional en niños / adolescentes

Criterio universal: después de una evaluación apropiada, los síntomas no pueden explicarse completamente por otra condición médica
Dispepsia funcional
Además del criterio universal, al menos dos meses con ≥ 1 de los siguientes síntomas molestos en ≥ 4 días por mes: <ul style="list-style-type: none"> Plenitud postprandial Saciedad temprana Dolor o ardor epigástrico no asociado con la defecación
Síndrome del intestino irritable
Además del criterio universal, ≥ 2 meses con dolor abdominal asociado con uno de los siguientes en ≥ 4 días por mes: <ul style="list-style-type: none"> Relacionados con la defecación. Cambio en la frecuencia de las heces. Cambio en la forma (aparición) de las heces. <p>En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve con la resolución del estreñimiento (la resolución del dolor indica estreñimiento funcional)</p>
Migraña abdominal
Además del criterio universal, todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Episodios paroxísticos de dolor abdominal intenso, agudo, periumbilical, de línea media o difuso que dura ≥ 1 hora (el dolor abdominal es el síntoma más grave y angustiante) al menos dos veces en un período de seis meses Los episodios están separados por semanas o meses. El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades normales. Patrón y síntomas estereotipados en el paciente individual. El dolor se asocia con ≥ 2 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Anorexia Náusea Vómito Dolor de cabeza Fotofobia Palidez
Dolor abdominal funcional - no especificado de otra manera
Además del criterio universal, todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Ocurre ≥ 4 veces por mes durante ≥ 2 meses Dolor abdominal episódico o continuo que no se presenta únicamente durante los eventos fisiológicos (p. Ej., Alimentación, menstruación) Criterios insuficientes para el síndrome del intestino irritable, la dispepsia funcional o la migraña abdominal
Estreñimiento funcional *
Además del criterio universal, ≥ 2 de los siguientes ocurren ≥ 1 veces por semana durante > 1 mes con criterios insuficientes para un diagnóstico de síndrome de intestino irritable: <ul style="list-style-type: none"> ≤ 2 defecaciones en el baño por semana en un niño en edad de desarrollo de ≥ 4 años ≥ 1 episodio de incontinencia fecal por semana Historial de postura retentiva o retención excesiva de heces volitivas Presencia de una gran masa fecal en el recto. Antecedentes de heces de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro.

* El estreñimiento funcional no se clasifica como un trastorno de dolor abdominal funcional en la clasificación de Roma IV. Sin embargo, se incluye en esta tabla como una causa común de dolor abdominal crónico en niños.

Adaptado de: Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Trastornos gastrointestinales funcionales infantiles: niño / adolescente. Gastroenterología 2016; 150: 1456.

Como se observa en la imagen, ahí están las más probables causas de los dolores funcionales o recurrentes.



CAUSA ORGÁNICA

COMUNES:
 Trastornos dispépticos ácidos
 Síndromes de mala absorción.
 Enfermedad Celíaca
 Dismenorrea
 Reflujo Gastroesofágico
 Dolor musculo esquelético



CAUSA "FUNCIONAL"

COMUNES:
 Dispepsia funcional
 Síndrome de intestino irritable
 Migraña abdominal
 Dolor funcional
 Estreñimiento funcional

Imagen tomada de: <https://bit.ly/2DepFQr>

¿Por qué duele el abdomen?

Se ha propuesto que sea debido a dos causas:

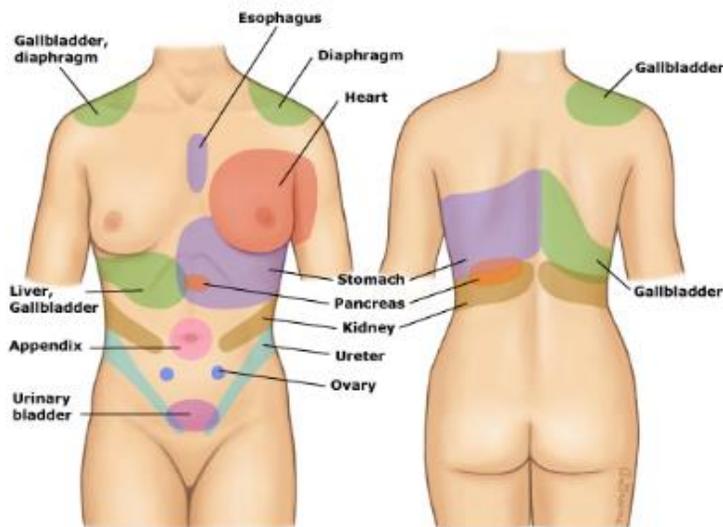
1. **El estiramiento** como principal estímulo mecánico que provoca dolor visceral por distensión, contracción, tracción, comprensión o torsión.
2. Por **estímulo químico**. Debido al estímulo de sustancias químicas tales como la bradicinina, la

serotonina, la histamina y las prostaglandinas, que se liberan ante la inflamación o la isquemia.

Estos componentes ligados a los estímulos cerebrales forman parte de la patogénesis del dolor abdominal crónico y permiten entender la importancia de lo emocional en sus manifestaciones.

¿Y el dolor referido del abdomen?

Patrones de dolor abdominal referido.



El dolor de las vísceras abdominales a menudo (pero no siempre) se localiza de acuerdo con el origen embriológico de la estructura, con estructuras anteriores (boca a la mitad proximal del duodeno) que se presentan con dolor abdominal superior, estructuras del intestino medio (mitad distal del duodeno a la mitad del colon transverso) con dolor periumbilical y estructuras del intestino posterior (resto del colon y recto, órganos genitourinarios pélvicos) que se presentan con dolor abdominal inferior. La radiación del dolor puede proporcionar información sobre el diagnóstico. Como ejemplos, el dolor de la pancreatitis puede irradiarse hacia la espalda, mientras que el dolor de la enfermedad de la vesícula biliar puede irradiarse hacia el hombro derecho o la región subescapular.

Tomado de Uptodate: Chronic abdominal pain in children and adolescents: Approach to the evaluation

Se refiere a aquellos casos donde ciertamente un órgano está comprometido (por ende, ya no es funcional) y cuyos dermatomas comparten el mismo nivel en la médula.



¿Qué se sabe de ese dolor funcional?



RESEARCH ARTICLE

Epidemiology of Pediatric Functional Abdominal Pain Disorders: A Meta-Analysis

Judith J. Korterink*, Kay Diederer, Marc A. Benninga, Merit M. Tabbers

Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Emma's Children's Hospital Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

* j.j.korterink@amc.nl

El metaanálisis de Korterink (2) aportó datos muy interesantes, tales como:

1. Es al menos una vez y media más frecuente en la mujer.
2. No tiene una edad prevalente.
3. Está más relacionado con niños y jóvenes con componentes psicosociales tipo ansiedad y depresión.
 - 3.1. Se observa cuatro veces más en jóvenes que tienen problemas con los demás en el colegio.

4. Los casos presentan menor calidad de vida comparados con los que no lo padecen de acuerdo con la escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (6).
5. Los casos presentan más condición de estrés en sus vidas.

Con base en esto se entiende la importancia del enfoque biopsicosocial ante los jóvenes que presenten estas manifestaciones. Vale la pena insistir en ello pues el dolor funcional se sospecha cuando se ha descartado el dolor orgánico.

La historia: clave en la orientación



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2RPHayA>

Precisemos las características del dolor funcional:

- ✓ En torno al sitio: mal definido (periumbilical).
- ✓ Duración: menos de una hora.
- ✓ Evolución: mejora sin intervenciones farmacológicas.
- ✓ Puede acompañarse de manifestaciones autónomas (palidez).
- ✓ La sobrecarga emocional puede ser factor relacionado y desencadenante.
- ✓ No tiene signos de alarma.



Nuestro caso

Claramente se trata de un dolor abdominal, primer episodio, sin signos de alarma y que, incluso, aún no tiene evolución suficiente como para ser clasificado. Lo importante es observar que no es grave (no tiene compromiso de signos vitales) y eso se deberá explicar al niño y a la familia.

Como se observa, a Esteban se le realizó una historia bastante completa y la revisión por sistemas dejó en claro la ausencia de manifestaciones constitucionales (pérdida de peso relacionada o fiebre), dificultad para tragar, vómitos o diarrea, síntomas urinarios, dolor de espalda o heces oscuras. Al examen, es importante indagar y descartar que se esté estancando en el crecimiento (síndromes de mala absorción), úlceras orales o anomalías perianales (malabsorción),

dolores localizados a la palpación o hepatoesplenomegalia). Una vez más, Esteban no presenta nada de ello. ¿Se deben pedir paraclínicos?

Realmente se piden cuando existen signos de alarma de sospecha de enfermedad orgánica. Para el dolor funcional **no existe examen que lo identifique** (7). Por ende, en nuestro caso, el ponerlo en observación ha de ser el plan a seguir. Vale la pena insistir en indagar por qué afirman que tiene intolerancia a la lactosa y en la valoración psicosocial que, en este caso, a partir de primer interrogatorio, no parece estar comprometido.

En síntesis y ante este caso



Imagen tomada de: <https://bit.ly/2TT3J4>

El análisis diría que se trata de un joven con primer episodio de dolor abdominal, sin signos de alarma y sin sospecha de dolor orgánico, con componentes psicosociales aparentemente normales y, en el momento, asintomático. Se hace un diagnóstico de probable dolor funcional (8) y se da explicación al joven y a la hermana. Se cita nuevamente en un mes para poder evaluar.

Y de la prevención ¿qué?

Al revisar la guía de mantenimiento de la salud se observa que Esteban está en buenas condiciones. Lo único llamativo es que no haya sido alguno de los padres el que lo trajera. Pero la hermana explica que ambos están trabajando y que ella puede hacerlo con gusto. No se observa ni parece que existe privación afectiva.

Ahora esperar que Esteban vuelva a su control, el que, por supuesto, es clave que sea realizado por el mismo médico que lo atendió en su primera consulta.

REFERENCIAS

- (1) Fishman M, Aronson M, Chacko M. Chronic Abdominal Pain in Children and Adolescents: Approach to the Evaluation. Uptodate. Disponible en: <https://bit.ly/2GujbyG>
- (2) Berbel O, Clemente F, García G, Pereda A. Dolor abdominal crónico y recurrente. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Disponible en: <https://bit.ly/2Rybrz0>
- (3) Rodríguez L, Faúndez R, Maure D. Dolor abdominal crónico en Pediatría. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2012 Jun [citado 2019 Ene 14]; 83(3): 279-289. Disponible en: <https://bit.ly/2SaQvSx>
- (4) Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of Pediatric Functional Abdominal Pain Disorders: A Meta-analysis. PLoS One. 2015;10(5):e0126982. Published 2015 May 20. doi:10.1371/journal.pone.0126982
- (5) Blesa LC. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 99-114.
- (6) OMS [Internet]. Instrumento de calidad y derechos de la OMS. Disponible en: <https://bit.ly/2BpeDXb>
- (7) Gieteling MJ, Bierma SM, Passchier J, Berger MY. Prognosis of Chronic or Recurrent Abdominal Pain in Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008 Sep;47(3):316-26. doi: 10.1097/MPG.0b013e31815bc1c1
- (8) Barrio J et al. Protocolo de dolor abdominal crónico. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada AMPap-Gastrosur 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2RL161G>



Índice de los casos clínicos publicados de 2015 a 2019

Título	Autor	Número	Enlace
Brote psicótico inducido por marihuana	María Ana González A.	Vol. 23, Núm. 132 (2015)	https://goo.gl/CFxoZj
Accidente asociado al buceo	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 23, Núm. 134 (2015)	https://goo.gl/PBw8WW
Absceso epidural de columna	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 24, Núm. 138 (2016)	https://goo.gl/HnkHst
Dolor en miembros inferiores	Cristhian Leonardo Peralta R., Janyll Ernesto Pérez Ch., Effemberg Amin Pimienta F., Patrick Paolo Pimienta T., Nidia Yined Pinto R.	Vol. 24, Núm. 139 (2016)	https://goo.gl/c7a8Xz
Herpes Zóster oftálmico en la atención primaria de un caso clínico en Villa de Leyva	María Lucía Iregui P, Jaime Ronderos O.	Vol. 24, Núm. 140 (2016)	https://goo.gl/Kz8LWN
Caso de absceso hepático bacteriano drenado a pleura y cavidad abdominal	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 24, Núm. 141 (2016)	https://goo.gl/UEf1nF
Buscando la integralidad	Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 142 (2017)	https://goo.gl/aX9j4i
Revisión de tema: EPOC	Camilo Ayala M., Juan Carlos González Q.	Vol. 25, Núm. 145 (2017)	https://goo.gl/n3fkqf
Pielonefritis enfisematosa asociada a urolitiasis múltiple	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 26, Núm. 147 (2018)	https://goo.gl/RSyNs6
Análisis de caso: Disfunción sexual	Camilo Ayala M., Juan Carlos González Q.	Vol. 26, Núm. 148 (2018)	https://goo.gl/1zBY1u
Caso de tuberculosis cavernomatosa bacilífera como posible indicador de crisis social en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Mario Alberto Villegas N.	Vol. 26, Núm. 149 (2018)	https://bit.ly/2MZ1Krq
Dolor abdominal en niños	Camilo Ayala M. Juan Carlos González Q.	Vol. 27, Núm. 150 (2019)	Este número.

