

---

# Dolor abdominal crónico en la infancia. Hacia la consulta de alta resolución en Atención Primaria

E. Rico Marí<sup>a</sup>, MC. Borja Pastor<sup>b</sup>,  
P. Codoñer Franch<sup>c</sup>, MI. Úbeda Sansano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS L'Elia. Valencia.

<sup>b</sup>Pediatra. CS Parque Alcosa. Valencia.

<sup>c</sup>Pediatra. Profesora Titular Universitaria Universidad de Valencia.  
(Unidad de Gastroenterología Infantil del Hospital Peset de Valencia).

---

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 597-604

Enriqueta Rico Marí, gomez.rico@ono.com

## Resumen

*El dolor abdominal crónico genera multitud de visitas tanto en Atención Primaria como en el hospital. El trabajo muestra cómo puede ser enfocado este proceso en la consulta de Atención Primaria. Nosotros planteamos pautas diagnósticas del dolor abdominal crónico mediante analítica y estudios de imagen individualizados según las indicaciones.*

*Nuestro objetivo es iniciar el diagnóstico y el tratamiento del dolor abdominal crónico, convirtiendo la consulta de Atención Primaria en consulta de alta resolución para esta patología.*

**Palabras clave:** Dolor abdominal crónico, Dolor abdominal funcional, Trastornos gastrointestinales funcionales.

## Abstract

*Chronic abdominal pain causes constant visits of patients in primary and hospital care. This work shows how to approach this process in Primary Care. We show the diagnosis of abdominal pain in children with individualized laboratory testing and imagine studies according to indication.*

*Our purpose is to begin the diagnosis and the management, changing Primary Care into a high resolution form of pediatric healthcare for this pathology.*

**Key words:** Chronic abdominal pain, Functional abdominal pain, Functional gastrointestinal disorders.

## Introducción

La consulta de Pediatría de Atención

Primaria (AP) es el paso previo a las consultas externas hospitalarias. En ella se

llevan a cabo muchos procesos diagnósticos que convierten la AP en lo que se conoce como *consulta de alta resolución*<sup>1</sup>. El pediatra puede iniciar el estudio de muchas patologías y realizar exploraciones que evitarán demoras, obteniendo el diagnóstico en muchos casos y pautando tratamiento específico. Siempre se podrá consultar o derivar si el problema no puede ser totalmente resuelto, pero habremos iniciado más precozmente el estudio<sup>2</sup>.

Algunos pacientes afectados de dolor abdominal crónico pueden ser tratados en la consulta de AP si el pediatra enfoca el proceso aplicando protocolos clínicos y teniendo acceso a exploraciones complementarias. Nuestro objetivo es presentar los posibles recursos para convertir la consulta de AP en consulta de alta resolución para el dolor abdominal crónico. Es conveniente establecer una estrategia inicial basándonos en pruebas diagnósticas sistematizadas y distinguir los signos y síntomas que pueden indicar organicidad. Se debe tener en cuenta la posibilidad de la intervención de otras especialidades. Por ello, y dado que este planteamiento consume más tiempo de consulta que una visita ordinaria, para el abordaje inicial citaremos al niño al día siguiente o esa misma semana fuera de la consulta a demanda, de manera que dispongamos

de al menos media hora para realizar la visita y plantear el estudio.

## Definición

El dolor abdominal entra dentro de los trastornos funcionales gastrointestinales pediátricos clasificados según los criterios de ROMA II 3 en 4 grupos:

1. Vómitos.
2. Dolor abdominal.
3. Diarrea funcional.
4. Trastornos de la defecación.

Se define el dolor abdominal crónico como el dolor de dos o más semanas de duración, pudiendo ser persistente o recurrente<sup>4</sup>. El primero se considera aquel en el que la sintomatología dolorosa persiste sin modificación el tiempo establecido.

Para considerar un dolor abdominal crónico como recurrente hay que tener en cuenta los siguientes criterios<sup>5</sup>:

- Edad: mayor de 4 años.
- Tiempo: más de tres episodios en tres meses.
- Intensidad: que haga modificar la actividad que el niño estaba realizando.

Hay que destacar, según la definición actual, que el dolor abdominal recurrente considerado hasta ahora como síndrome pasa a ser un síntoma dentro de la entidad del dolor abdominal crónico<sup>6</sup>.

La etiología del dolor abdominal crónico es en un 10% de casos de causa orgánica, y el resto de causa funcional.

Según los últimos estudios, el dolor abdominal funcional puede asociarse a una hiperalgesia visceral, lo que ocasiona un bajo umbral para el dolor. Esto pone de manifiesto que el dolor en estos casos es real, no psicológico o simulado, como se había planteado anteriormente, si bien en ciertas ocasiones puede haber un componente psicossomático<sup>7</sup>.

### **Pauta diagnóstica**

Iniciaremos la anamnesis obteniendo información de la duración del dolor, la localización, la relación con las comidas y la defecación, así como la asociación con otros síntomas.

En la historia familiar es importante la aparición de patología digestiva en familiares próximos.

Valoraremos la actitud del niño, la relación con sus padres y a la inversa, estando alertas a determinados signos frecuentes de trastorno por somatización.

El examen físico del paciente debe ser completo, incluyendo la valoración de la realización del tacto rectal.

Tendremos especial interés en aquellos datos de la anamnesis y de la exploración que sugieren causa orgánica, como:

1. El dolor que se irradia a otras zonas o localizaciones lejos de la zona periumbilical.
2. Sangre, moco o pus en las deposiciones.
3. Pérdida evidente de peso o detención del crecimiento.
4. Masas o visceromegalias, distensión abdominal.
5. Fiebre, vómitos o náuseas asociadas.
6. Presencia de dolor nocturno o que despierta al niño por la noche.

Si no hay datos sugerentes de organicidad, estableceremos en primer lugar la sospecha diagnóstica de dolor abdominal crónico funcional, que, según su presentación, podrá ser<sup>8</sup>:

1. Dispepsia funcional. Dolor o molestias en epigastrio asociado con la ingesta, sensación de plenitud, náuseas o vómitos, pirosis, regurgitación e hipo o eructos profusos. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con:
  - Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
  - Disquinesia biliar.
  - Enfermedad péptica.
2. Síndrome de intestino irritable. Dolor o molestias en región infraumbilical que se alivia con la defecación, o se asocia con alteraciones en el ritmo defecatorio o en las

características de las heces. Debe hacerse diagnóstico diferencial con enfermedad inflamatoria intestinal.

3. Dolor abdominal funcional. Su diagnóstico se basa en los siguientes criterios: dolor periumbilical, no relacionado con comidas ni dependencia de horarios, no se acompaña de trastorno defecatorio ni nutricional, puede o no estar relacionado con acontecimientos estresantes. Debe diferenciarse del dolor psicossomático.
4. Migraña abdominal. Dolor paroxístico que puede asociarse a cefalea, fotofobia y aura. Existe frecuentemente historia familiar de jaquecas. Generalmente cursa con vómitos de aparición cíclica. Debe descartarse anormalidad anatómica intestinal, así como lesión intracranial ocupante de espacio.
5. Aerofagia. Deglución excesiva de aire que origina una gran distensión de la zona epigástrica, abundantes eructos y molestias con sensación de plenitud. Por la distensión abdominal deben descartarse trastornos de la motilidad como la pseudobstrucción abdominal crónica, la enfermedad de Hirschsprung, la malabsorción de lactosa

y la enfermedad celiaca. Tras la sospecha diagnóstica realizaremos pruebas complementarias básicas que nos apoyen para excluir causa orgánica y confirmar el diagnóstico.

### **Analítica inicial**

---

- Hematimetría, bioquímica sanguínea básica (hemograma, glucosa, urea, hierro, creatinina, colesterol total, GPT, PCR).
- Heces (parásitos).
- Orina (sedimento y anormales).

### **Otras exploraciones según sospecha diagnóstica**

---

La causa más frecuente de dolor abdominal crónico en la infancia es el estreñimiento funcional<sup>9</sup> y, aunque la exploración física sea normal, hemos de descartar aquellas enfermedades en las que puede manifestarse este síntoma. Entre ellas destaca el hipotiroidismo, el síndrome de intestino irritable, la hipercalcemia en el lactante, la pseudobstrucción, la enfermedad de Hirschsprung y las lesiones anorrectales. La radiografía simple de abdomen, el estudio tiroideo con determinación de hormonas tiroideas (T4, TSH), la calcemia y el enema de bario nos ayudarán en el diagnóstico. Si se sospecha estreñimiento secundario a alguna

de estas patologías, debe consultarse con el medio hospitalario.

Si el paciente presenta deposiciones acompañadas de distensión abdominal, heces blandas o diarrea, debemos pensar, además de en el síndrome de intestino irritable, en parasitosis intestinal, intolerancia a la lactosa o hidratos de carbono, enfermedad inflamatoria intestinal, celiacía o pancreatitis. La radiología de abdomen y la ecografía abdominal nos ayudarán a descartar algunas de estas patologías. En el estudio de imagen, podemos observar calcificaciones en el caso de pancreatitis crónica, recalando que en estos casos la amilasa y la lipasa no suelen estar aumentadas. La tomografía computarizada (TC) puede ayudar en el diagnóstico. Mediante estas técnicas de imagen pueden descartarse otras patologías como masas ováricas, hidronefrosis, hernias, nefrolitiasis, tumores y trastornos hepato-biliares. Para descartar celiacía se realizarán pruebas serológicas (anticuerpos antigliadina y anticuerpos antitransglutaminasa). Si sospechamos intolerancia a la lactosa, podemos intentar una dieta exenta de la misma y comprobar la mejoría clínica del paciente<sup>10</sup>. Debemos preguntar si existe gran consumo de zumos preparados por la presencia de sorbitol, el cual puede fermentar y producir

exceso de gas y diarrea. Si se necesitan otras pruebas, como sobrecarga de lactosa, biopsia intestinal, etc., deberemos remitir al paciente al medio hospitalario.

Si sospechamos *enfermedad inflamatoria intestinal*, ya sea por las características de las deposiciones, diarrea con asociación o no de hematoquecia, anorexia, fracaso del crecimiento o enfermedad perianal, podremos encontrar en la analítica aumento de VSG o PCR, trombocitosis, anemia, disminución de albúmina y sangre oculta en heces positiva<sup>8</sup>. Para completar la investigación se deberá remitir al paciente al hospital.

Si el paciente presenta vómitos y molestias epigástricas, es imperativo descartar reflujo gastroesofágico. Éste puede ser de naturaleza leve pudiéndose iniciar tratamiento habitual. Sólo si no hay mejoría o se presentan síntomas asociados sugestivos de esofagitis u otros, deberemos remitir al paciente para que se complete el estudio mediante otras pruebas (pHmetría).

La enfermedad úlcero-péptica debe también ser descartada. A diferencia del adulto, en la infancia el dolor de enfermedad ulcerosa suele ser más difuso y no relacionarse con las comidas. Está indicado realizar una prueba terapéutica con inhibidores de la secreción ácida por la posibilidad de que se trate de una dis-

pepsia no ulcerosa, entidad más frecuente que la enfermedad úlcero-péptica. Si el niño no mejora, hay que iniciar el estudio, descartando infección por *Helicobacter pylorii*. Esta investigación debe ser imperativa en caso de antecedentes familiares<sup>11</sup>. Si es positiva o persisten los síntomas, hay que remitir al paciente al

medio hospitalario con el objetivo de continuar el estudio.

Como complemento de los puntos anteriores exponemos las pruebas encaminadas a descartar las causas orgánicas más habituales, existiendo varios niveles según orientación diagnóstica que se resumen en la Tabla I.

**Tabla I.** Representación de los diferentes niveles de actuación en la exploración complementaria. Modificado de Sanz de la Garza<sup>12</sup>. Estudio del dolor abdominal crónico

**Primer nivel (a realizar en AP)**

Hemograma, recuento y fórmula  
VSG  
Bioquímica sanguínea (glucemia, ionograma, transaminasas, amilase, colesterol, triglicéridos y proteínas totales).  
Sedimento y cociente calcio/creatinina en orina  
Urocultivo  
Estudio de heces (coprocultivo, parásitos, sangre oculta)  
Ecografía abdominal y/o radiografía simple de abdomen

**Segundo nivel (a realizar en AP o en medio hospitalario)**

Antígeno *Helicobacter Pylorii* en heces, test del aliento, test de hidrógeno espirado con sobrecarga de azúcares  
Tránsito gastrointestinal superior, enema opaca  
Endoscopia digestiva superior  
Electroencefalograma  
Urografía intravenosa, cistografía, colecistografía, pruebas de función renal, pruebas para descartar alergia gastrointestinal y celiaquía, aglutinaciones, valoración psicológica

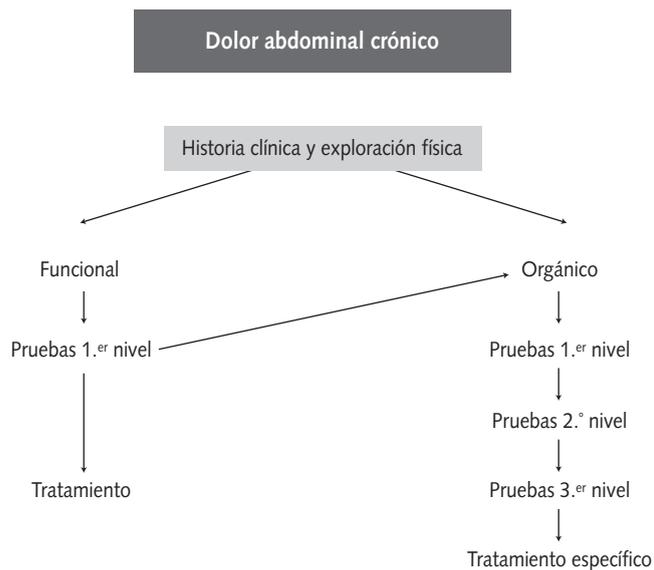
**Tercer nivel (a realizar en medio hospitalario)**

Rectosigmoidoscopia, colonoscopia  
Gammaografía abdominal con Tc 99  
TAC abdominal  
Plumbemia, catecolaminas, porfirias en sangre y orina  
Test del sudor  
PHmetría, biopsia intestinal  
Radiografía de tórax  
Laparoscopia

Proponemos también un algoritmo que puede ser de utilidad para el pediatra de AP, incidiendo en que sólo se realizan las pruebas complementarias más específicas cuando por la historia y la exploración iniciales o por la evolución del proceso se sospeche una determinada etiología orgánica (Figura 1).

Siguiendo esta metodología, para el abordaje del dolor abdominal crónico en la consulta de AP podrá ser descartada patología orgánica, se emplearán menos recursos y se agilizarán las consultas externas hospitalarias. No obstante, parte de los niños deberán ser vistos necesariamente por los especialistas de digestivo, que completarán el estudio de entidades específicas.

**Figura 1.** Actuación estratégica diagnóstica ante el dolor abdominal crónico. Dolor abdominal crónico.



## Bibliografía

---

1. Herranz Jordán B. Las consultas de alta resolución. *Rev Pediatr Aten Prim* 2003; 5: 9-12.
2. Fernández Pérez M, López Benito M, Franco Vidal A. Consultas de alta resolución desde la Pediatría de AP: una apuesta por la calidad asistencial. *Rev Pediatr Aten Prim* 2003; 5: 133-144.
3. Rasquin Weber A, Hyman PE, Cuchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45: 1160-1168.
4. Lake AM. Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 1999; 59: 1823-1830.
5. Pereda Pérez A, Manrique Martínez I, Pineda Güil M. Dolor abdominal recurrente. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría [En línea] [Fecha de acceso 2 de septiembre de 2004]. Disponible en <http://www.aeped.es/protocolos/gastroentero/index.htm>
6. García Novo MD, García Burriel JI, Pereda Pérez A. Trastornos intestinales funcionales (equivalentes del colon irritable). *An Esp Pediatr* 2002; 57: 253-263.
7. Duarte MA, Goulart EMA, Penna FJ. Pressure pain threshold in children with recurrent abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 280-285.
8. Thompson WG, Longstrech GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45: 1143-1147.
9. Baker SS, Litak GS, Coletti RB, et al. Constipation in infants and children; evaluation and treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29: 612-626.
10. Hyman JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr* 1998; 133: 473-478.
11. American Gastroenterological Association. AGA Technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114: 582-595.
12. Sanz de la Garza CI, Gámez Guerrero S, Serrano Guerra E, Gutiérrez Casares JR. Dolores abdominales recurrentes en Atención Primaria: estudio del dolor abdominal recurrente funcional. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 458-468.

