

Dolor abdominal crónico orgánico y funcional en niños: prevalencia en la consulta especializada

Autores Lisbeth Vivenes, Dianora Navarro, Karolina López, Carla Aguiar, Idelza Polanco, Katiuska Belandria, John Pineda, Bernarded Méndez

Afiliación Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS, Caracas - Venezuela

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2015;69(2):23-27. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Lisbeth Vivenes
Correo-e: viveita@hotmail.com

Resumen

Introducción: El dolor abdominal crónico se presenta en forma frecuente e interfiere en la calidad de vida del niño; conocer su verdadera prevalencia en la consulta, contribuye a mejorar el abordaje diagnóstico y esclarecer la causa orgánica o funcional para indicar tratamiento específico. **Objetivo:** determinar la prevalencia de dolor abdominal crónico orgánico y funcional en la consulta de gastroenterología. **Pacientes y Método:** estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal (enero 2014-marzo 2015). Definición de dolor crónico, orgánico y funcional. Criterios de Roma III. Variables: edad, sexo, clínica, laboratorio, ecografía y endoscopia. **Resultados:** 137 niños con dolor abdominal crónico de un total de 1194 pacientes evaluados, para una prevalencia general en la consulta de 11,45% (IC 99%: 9,10-13,85). Edad promedio 9,8 años (rango 4-19), femenino 56,20% y masculino 43,8%; el grupo más afectado entre 10-15 años. En la identificación de la causa se realizó videogastroscoopia al 64,96%, hallazgos anormales en ultrasonido abdominal en 11,67%. El dolor abdominal de origen orgánico se encontró en 92/137(67,15%) para una prevalencia real de 7,71% (IC 99%: 5,72-9,69), las causas: Gastroduodenitis con o sin infección *Helicobacter pylori* 71/92(77,17%), Enteropatía alérgica 12/92(13,04%), Parasitosis 5/92(5,43%), otras causas 4/92 (4,36%). Origen funcional 45/137(32,85%) con una prevalencia 3,77% (IC99%: 2,32-5,19), siendo el estreñimiento lo más frecuente, 30/45(66,66%), dispepsia 8/45(17,78%) y Síndrome de intestino irritable 7/45(15,56%). **Conclusiones:** el dolor abdominal crónico tiene una prevalencia importante en la consulta, la causa orgánica fue más frecuente que la funcional, y la utilización de definiciones claras permitió una mejor evaluación del paciente, identificar la causa e indicar el tratamiento específico.

Palabras clave: dolor abdominal crónico, orgánico, funcional, prevalencia, gastroduodenitis, estreñimiento.

CHRONIC ABDOMINAL PAIN, ORGANIC AND FUNCTIONAL IN CHILDREN: PREVALENCE IN THE SPECIALIZED CONSULTATION

Summary

Introduction: Chronic abdominal pain occurs on a frequent basis and interferes with the quality of life of the child; know its true prevalence in the consultation helps to improve the diagnostic approach and clarify the organic or functional cause to indicate specific treatment. **Objective:** determine the prevalence of organic and functional chronic abdominal pain in gastroenterology consultation. **Patients and methods:** A descriptive, retrospective and longitudinal study (January 2014-March 2015). Definition of chronic abdominal pain, organic and functional. Rome III criteria. Variables: age, sex, clinical features, laboratory, ultra-sound and upper endoscopy. **Results:** 137 children with chronic abdominal pain of a total of 1194 patients evaluated, for an overall prevalence in the consultation of 11.45% (99% CI: 9.10 to 13.85). Average age 9.8 years (range 4-19), 56.20% female and 43.8% male; the most affected age group 10-15. Upper endoscopy was performed at 64.96%, an abdominal ultrasound was altered in 11.67%. Abdominal pain of organic origin was found in 92/137 (67.15%) for a real prevalence of 7.71% (99% CI: 5.72 to 9.69), causes: gastroduodenitis with or without *Helicobacter pylori* infection 71/92 (77.17%), allergic enteropathy 12/92 (13.04%), parasitosis 5/92 (5.43%), other causes 4/92 (4.36%). Functional abdominal pain 45/137 (32.85%) with a prevalence 3.77% (IC99%: 2.32 to 5.19), the most frequent was constipation, 30/45 (66.66%), dyspepsia 8/45 (17.78%) and irritable bowel syndrome 7/45 (15.56%). **Conclusions:** chronic abdominal pain is a significant prevalence in the consultation, the organic cause was more common than functional, and use of clear definitions allowed for better patient assessment, identify the cause and indicate the specific treatment.

Key words: chronic, organic, functional abdominal pain, prevalence, gastroduodenitis, constipation.

Introducción

El término de dolor abdominal recurrente introducido por Apley y Naish en 1958, fue definido como un síndrome caracterizado por la presencia de tres o más episodios de dolor abdominal, durante un periodo de tres meses, capaz de limitar las actividades y funciones del paciente, con intercrisis asintomáticas.^{1,2} En la práctica clínica, también el término se aplicó a episodios intermitentes de dolor de más de un mes de duración.³

Las imprecisiones en su definición originaron controversias y errores en el diagnóstico.^{1,4} Asimismo, algunas publicaciones para describir dolor abdominal sin causa orgánica, emplearon el término recidivante.^{1,5}

A partir del año 2005, el Subcomité de Dolor Abdominal Crónico de la Academia Americana de Pediatría y de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición, recomendaron retirar ambos términos recurrente y, recidivante y emplear solamente dolor abdominal crónico (DAC).^{1,6,7} siendo esta denominación adoptada también por la Sociedad Americana de Dolor y la Asociación Americana de Medicina Familiar.^{8,9}

El DAC se define en la actualidad como dolor abdominal constante o intermitente, de larga duración, funcional u orgánico.^{1,6,10} Con respecto al aspecto funcional, en la edad pediátrica, al igual que en adultos, una combinación de síntomas digestivos crónicos y recurrentes están contenidos dentro de los trastornos gastrointestinales funcionales (TFGI).^{11,12}

El DAC es frecuente en niños, y en menos del 10% de los casos se identifica una causa orgánica como origen de la sintomatología gastrointestinal. Constituye un motivo usual de consulta tanto a nivel de atención primaria como hospitalario.^{13,14} Con respecto al dolor abdominal funcional, se encontró asociado a TFGI en el 11% de 1200 niños en edad escolar y 12.5% de 2163 adolescentes elegidos al azar estudiados en Colombia.¹⁵

A pesar de ser causa común de consulta, la prevalencia exacta del DAC en niños no es bien conocida.⁶ Existen estudios, basados en que aproximadamente un tercio de los niños sufren este trastorno y estiman que es el más frecuente de las afecciones gastrointestinales pediátricas.^{5,16} En Estados Unidos de América, representa entre el 2 y 4 % de los motivos de consultas pediátricas.^{6,17} La población de niños y adolescentes afectada oscila entre 15 y 34%,^{7,18} y es raro antes de los 4 años.

Por ser el DAC un motivo habitual en la consulta de gastroenterología pediátrica, que altera el ambiente familiar e interfiere en la calidad de vida del niño, es de importancia conocer su verdadera prevalencia en la consulta, esto contribuye a mejorar el abordaje diagnóstico y esclarecer la causa orgánica o funcional para indicar tratamiento específico, por ello el objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de dolor abdominal crónico orgánico y funcional en la consulta de gastroenterología pediátrica.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal realizado entre enero 2014 y marzo 2015. Se incluyeron las historias de los niños con dolor abdominal evaluados en la consulta, en un universo de 1.194 pacientes atendidos en ese periodo. Una muestra de 137 pacientes de 200 preseleccionados cumplieron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de dolor abdominal crónico, edad comprendida entre los cuatro y dieciocho años, más de una consulta al año por la unidad de gastroenterología pediátrica. Los criterios de exclusión: sin diagnóstico de dolor abdominal crónico, pacientes que no acudieron más a consulta y sin seguimiento.

Se elaboró una ficha para el registro de las variables: edad, género, clínica, laboratorio, ecografía abdominal y endoscopia. Las definiciones utilizadas fueron:

1. Dolor abdominal crónico.¹
2. Dolor abdominal de origen orgánico.¹⁰
3. Dolor abdominal de origen funcional, basado en la clasificación de los criterios de Roma III.¹

Los datos obtenidos fueron analizados mediante distribuciones de frecuencias, absolutas y porcentuales. Se usó el Software Microsoft Excel 2010, expresando los resultados a través de tablas y gráficos. Se realizó cálculo de la prevalencia e intervalo de confianza de 99%.

Resultados

Se estudiaron 137 niños con dolor abdominal crónico de un total de 1.194 pacientes evaluados, para una prevalencia general en la consulta de 11,45% (IC 99%: 9,10-13,85). En la **Figura 1**, se muestra la distribución por edad y género, la edad promedio fue 9,8 años, con un rango 4-19 años. Con respecto al género: femenino 56,20% y masculino 43,80%; el grupo más afectado entre 10-15 años.

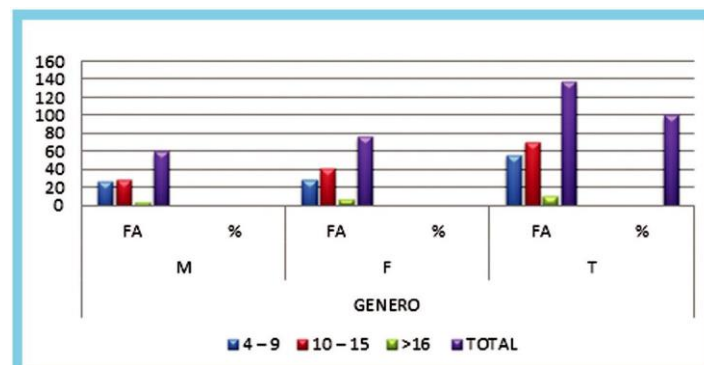


Figura 1 Distribución por edad y género niños con dolor abdominal

En la **Figura 2**, se presenta distribución de pacientes con DAC a quienes se les realizó videogastroscopia, 89/137 (64,96%), de los cuales 53/137(38,61%) eran del género femenino en relación a 36/137 (26,22%) realizado en varones.

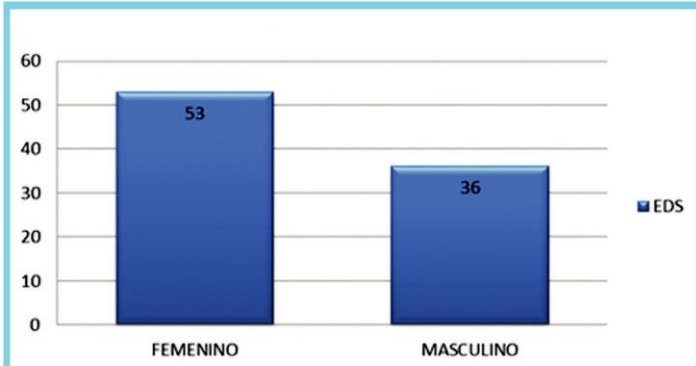


Figura 2 Distribución de videogastrosocopia en niños con DAC

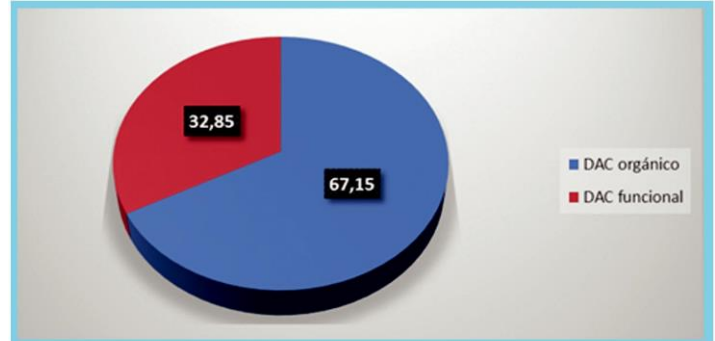


Figura 4 Distribución porcentual del dolor abdominal crónico según origen

A todos los pacientes se les realizó ultrasonido abdominal, se observaron alteraciones no asociadas al dolor, entre ellas la esteatosis hepática y agenesia renal. En relación al DAC, esplenomegalia, hepatomegalia y absceso subfrénico, para un total de 16/137 (11,67%) con alteraciones ecográficas

Figura 3.

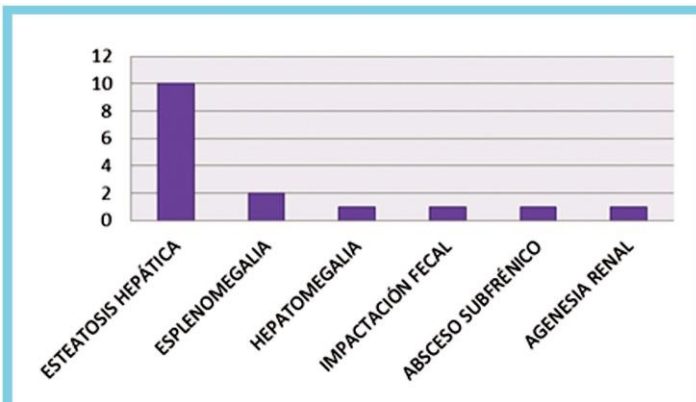


Figura 3 Hallazgos del ultrasonido abdominal

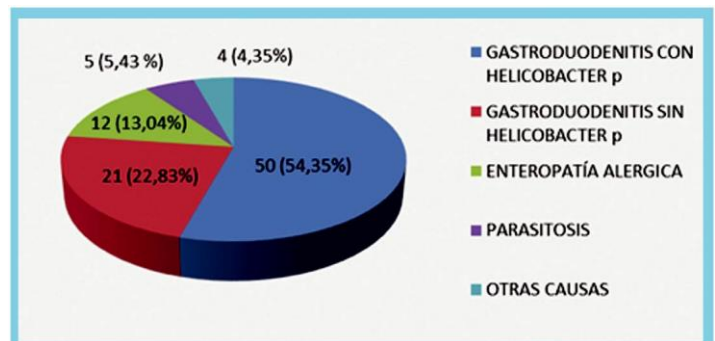


Figura 5 Causas del dolor abdominal crónico orgánico

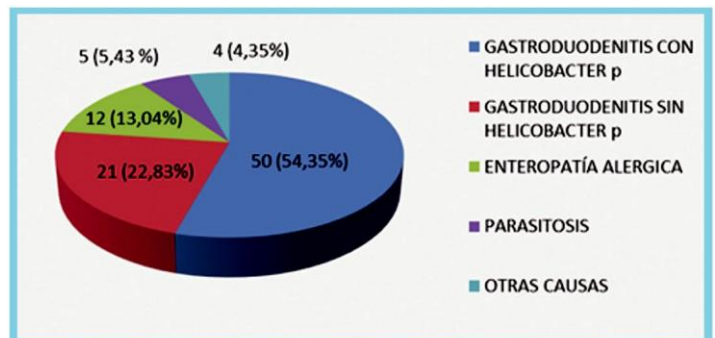


Figura 6 Causas del dolor abdominal crónico funcional

En la Figura 4, se muestran la distribución porcentual de dolor abdominal crónico orgánico o funcional. El dolor abdominal de origen orgánico se encontró en 92/137(67,15%) para una prevalencia real de 7,71% (IC 99%: 5,72-9,69).

En la Figura 5, se observan las causas del DAC orgánico, la gastroduodenitis 71/92 (77,17%) fue lo más frecuente, de los cuales 50/71 (54,35%) tenían infección *Helicobacter pylori*. Enteropatía alérgica 12/92 (13,04%), Parasitosis 5/92 (5,43%), otras causas 4/92 (4,35%).

El DAC de origen funcional se encontró en 45/137 (32,85%) con una prevalencia 3,77% (IC99%: 2,32-5,19), siendo el estreñimiento lo más frecuente en 30/45 (66,66%), la dispepsia en 8/45(17,78%) y el síndrome de intestino irritable en 7/45 (15,56%), como se aprecia en la Figura 6.

Discusión

En el presente estudio, se encontró una prevalencia de DAC de 11,45%. En la literatura, se reporta que en estudios basados en la comunidad, la prevalencia de dolor abdominal crónico puede oscilar entre 0,5 y 19%, considerando la edad del niño y la clasificación empleada. En el mismo sentido, estudios que han utilizado los rangos de edad, se observa dos picos de incidencia de dolor uno entre los 4 y 6 años y otro

entre los 7 y 12 años. Aunque este trabajo fue de prevalencia y no de incidencia, es un dato importante conocer la misma, ya que son datos relacionados.^{19,20} Se encontró que el grupo entre los 10 y 15 años fueron los más afectados.

Igual a lo descrito por otros autores, el DAC fue más frecuente entre el sexo femenino, en el trabajo se observó en el 56,20%. Este resultado fue similar al 52% reportado por López G y cols en 1999,²¹ aunque el grupo más numeroso para ellos, estuvo entre 6 y 10 años.

En la identificación de la etiología se consiguió que el mayor porcentaje estuvo representado por las causas orgánicas en un 67,15% de las cuales la gastroduodenitis con o sin *Helicobacter pylori* abarcó un 77,17%; igual a lo observado en el estudio realizado por Márquez en el año 2012, donde la gastritis representó el 45,8% y en segundo término, el estreñimiento (37,5%) como causa de dolor funcional.²² Las causas funcionales representaron un 32,85% y de estas la más frecuente fue el estreñimiento en un 66,66% seguido por la dispepsia y el síndrome de intestino irritable, lo que difiere con un estudio realizado en el Children's Hospital of Chicago por Bonilla y colaboradores en el 2013, donde el 60% de los casos estuvo representando por el síndrome de intestino irritable seguido por la dispepsia en un 20%,²³ al igual que otro estudio realizado por Helgeland y colaboradores en el año 2009 donde el síndrome de intestino irritable representó el 43%.²⁴

Es muy probable que las diferencias encontradas entre el presente trabajo y los citados anteriormente, se deban a que estos procesos tienen una clara influencia geográfico - ambiental, genética, familiar y psicológica; por otra parte, algunas de las series estudiadas incluyen grupos de población diferentes, y los elementos para el diagnóstico varían muchas veces de una investigación a otra.

Conclusiones

El DAC es un cuadro clínico frecuente en las demandas de atención médica en pacientes en edades pediátricas. Con frecuencia se trata de pacientes que han recibido tratamientos múltiples ante la persistencia de la sintomatología, lo que repercute en costos elevados por concepto de estudios paraclinicos, así como hospitalizaciones a menudo innecesarios.

Por lo que se considera de gran importancia dicho trabajo ya que no se cuenta en el medio con suficientes estudios donde se evalúe los trastornos funcionales en niños; lo cual hace que no exista un adecuado manejo y resolución de los síntomas en su totalidad.

Clasificación

Área: pediatría

Tipo: clínico

Tema: dolor abdominal orgánico y funcional

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o privado.

Referencias Bibliográficas

1. Nakayama. Y, Horiuchi. A, Kumagai. T, y cols. Psychiatric, somatic, gastrointestinal disorders and *Helicobacter pylori* infection among children with recurrent abdominal pain. Arch-DisChild. Disponible en: <http://adc.bmj.com/cgi/rapidpdf/adc.2005.089847v1>.
2. Abu Arafeh I. Definition of recurrent abdominal pain was not applied. BMJ. 1998;317:682.
3. Palanca. S, Puig. R, Somoza. E y cols. Unidad de tratamiento del dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid 2011:1-161.
4. Humphreys PA, Gevirtz RN. Treatment of recurrent abdominal pain: components analysis of four treatment protocols. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000;31(1):47-51.
5. National Guideline Clearinghouse [página en Internet]. Washington: National Guideline Clearinghouse; c1998-2006 [citado el 26 de diciembre de 2005]. Chronic abdominal pain in children; [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=6630&nbr=4174.
6. American Pain Society [homepage in Internet]. Chicago: American Pain Society; 1996-2007 [citado el 26 de diciembre de 2005]. Pediatric chronic pain: a position statement from the American Pain Society; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ampainsoc.org/advocacy/pediatric.htm>.
7. Márquez K. Factores asociados a la consulta única o repetida por dolor abdominal crónico en el servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de la Misericordia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Posgrado de Pediatría. 2012.
8. Alan M, Lake MD. Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physician [serie en Internet] 1999 Apr [citado el 26 de septiembre de 2005];59(7):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/990401ap/1823.html>.
9. González S, Alvarez A, Quintero Z, y cols. Dolor abdominal crónico en niños: conducta en la consulta médica comunitaria. [Revista en Internet]. 2007 [citado el 19 de Mayo de 2015]; 5(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/237>.
10. Espín J, Arguelles M, Arguelles A. Trastornos funcionales en pediatría. Enfermedades funcionales digestivas. Madrid; 2009;211-30.
11. Galicia P. Manejo del reflujo gastroesofágico en la infancia. Bol Farmacoter 2009 (3).
12. Martínez. M, Palao. M, Alfaro. B, y cols. Estreñimiento funcional: estudio prospectivo y respuesta al tratamiento. Hospital Clínico. Universidad de Valencia, España. Anales de pediatría. 2005;63(5):416-25
13. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;53:659-65.
14. Rubinos O, Mora I. Protocolos de digestivo: dolor abdomi-

nal crónico. Bol Pediatr 2006;46:206-214.

15. Kolts RL, Nelson RS, Park R, Heikenen J. Exploratory lapa-roscopy for recurrent right lower quadrant pain in a pediatric population. Pediatr Surg Internat. 2006;17. P.1-3.

16. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. Editors. Recurrent abdominal pain. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy [monografía en Internet]. New Jersey: Whitehouse Station; 2005 [citado el 26 de diciembre de 2005]; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.merck.com/mmpe/sec02/ch007/ch007c.html>.

17. Uruzuño P, Bousoño C, Cilleruelo Pascual M. Dolor abdominal. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. An Esp Pediatr. 2002;56(5):452-8.

18. Eccleston. C, Maleson. P. Managing chronic pain in children and adolescents (editorial). BMJ. 2003;326:1408-9.

19. Berger. MY, Gieteling MJ, Benninga MA. Chronic abdominal pain in children. BMJ, 12 May 2007, Volume 334.

20. Ceresa S. Dolor abdominal crónico funcional en niños: nuevos conceptos. Rev Med Clin Condes 2008;19(4):360-365.

21. López GH y cols: *Helicobacter pylori* en niños y su relación con dolor abdominal recurrente. RevMexPediatr 1999; 66(2);51-54.

22. Flores G. Committee on Pediatric Research Technical report-racial and ethnic disparities in the health and health care of children. Pediatrics. 2010.

23. Nurko S, Di Lorenzo C. Functional abdominal pain: time to get together and move forward. J PediatrGastroenterolNutr. 2008;47:679-80.

24. Starfield B, Hoekelman RA, McCormick M, et al. Who provides health care to children and adolescents in the United States. Pediatrics. 1984;74:991-7.

SÍGUENOS!



@sovegastro



Sociedad Venezolana de Gastroenterología

o visítanos en nuestro portal Web
www.sovegastro.org

¿Quieres asistir a los próximos
Workshops and Hands on?

Escríbenos a:
gastrove@gmail.com

o contáctanos por los teléfonos
0212/991.67.57 y 0212/991.26.60

