

# DOLOR ABDOMINAL EN NIÑOS RELACIONADO CON DESÓRDENES GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

CARLOS ALBERTO VELASCO-BENÍTEZ, M.D.<sup>1</sup>

## RESUMEN

Los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) en pediatría, son definidos, como una combinación diversa y variable de síntomas gastrointestinales recurrentes o crónicos que no son explicados por anomalías estructurales o bioquímicas. De acuerdo al género y al país de origen, la prevalencia de dispepsia funcional en escolares es del 3.5% al 27%. De acuerdo al género y al país de origen, la prevalencia de dispepsia funcional en escolares es del 3.5% al 27%. Entre el 22% y 45% de los niños que consultan a los servicios de atención terciaria presentan Síndrome de Intestino Irritable, y en el 0.2% de los niños que consultan a unidades de atención primaria. La migraña abdominal, afecta entre el 1 y 4% de los niños. Entre un 0 y 7.5% de niños entre los 4 y 18 años e edad, pueden presentar Dolor Abdominal Funcional.

**Palabras claves:** *Desórdenes gastrointestinales funcionales, Síndrome de intestino irritable, Dispepsia funcional, Migraña abdominal, dolor abdominal funcional, Niños*

## INTRODUCCIÓN

Los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) en pediatría, son definidos, como una combinación diversa y variable de síntomas gastrointestinales recurrentes o crónicos que no son explicados por anomalías estructurales o bioquímicas. Los DGF en preescolares, escolares y adolescentes entre los 4 y 18 años, según los criterios de Roma III, se describen en la tabla 1. Para fines de esta presentación, se revisará el dolor abdominal relacionado con DGF.

**Diagnóstico diferencial.** Cada paciente debe ser individualizado en su análisis y posterior diagnóstico, siendo las entidades a tener en cuenta de origen orgánico en el estudio del niño con DGF, entre otros, el dolor persistente en el cuadrante superior o inferior derecho, el dolor que despierta al niño cuando duerme, la disfga, la

<sup>1</sup>Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Profesor titular. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Recibido para publicación: enero 15, 2010  
Aceptado para publicación: octubre 15, 2010

## SUMMARY

Functional gastrointestinal disorders (FGD) in pediatrics, are defined as a diverse and variable combination of chronic or recurrent gastrointestinal symptoms are not explained by structural or biochemical abnormalities. According to gender and country of origin, the prevalence of functional dyspepsia in school is 3.5% to 27%. According to gender and country of origin, the prevalence of functional dyspepsia in school is 3.5% to 27%. Between 22% and 45% of children who consult tertiary care services have Irritable Bowel Syndrome, and in 0.2% of children who consult primary care units. Abdominal migraine affects between 1 and 4% of children. Between 0 and 7.5% of children between 4 and 18 years and older, may have functional abdominal pain.

**Key words:** *Functional Gastrointestinal Disorders, irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, abdominal migraine, functional abdominal pain, Children*

artritis, el vómito persistente, la enfermedad perirectal, el sangrado gastrointestinal, la pérdida de peso involuntaria, la diarrea nocturna, el retardo en el crecimiento, la historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, celíaca o úlcero-péptica, la pubertad retardada, y la fiebre inexplicable (Tabla 2).

**Epidemiología.** En nuestra experiencia, en 406 escolares de Pasto, Colombia, la prevalencia de DGF fue del 26.6% (95% IC 22.3%-30.8%), estando presente en su orden, en el 14.0% estreñimiento crónico funcional, en el 5.4% síndrome de intestino irritable, en el 2.7% síndrome de dolor abdominal funcional, en el 1.7% dispepsia funcional, en el 1.4% incontinencia fecal, en el 0.9% migraña abdominal y en el 0.2% vómito cíclico.

## DISPEPSIA FUNCIONAL

De acuerdo al género y al país de origen, la prevalencia de la dispepsia funcional (DF) en escolares es del 3.5% al 27%. Los criterios diagnósticos para dispepsia funcional son descritos en la tabla 3.

**¿Cuándo endoscopia digestiva?** La endoscopia digestiva estaría indicada ante la presencia de disfga

**Tabla 1**

DGF en preescolares, escolares y adolescentes según los Criterios de Roma III

Vómito y aerofagia
Síndrome de rumiación del adolescente
Síndrome del vómito cíclico
Aerofagia
Dolor abdominal relacionado con DGF
Dispepsia funcional
Síndrome de intestino irritable
Migraña abdominal
Dolor abdominal funcional
Síndrome de dolor abdominal funcional
Estreñimiento e incontinencia
Estreñimiento funcional
Incontinencia fecal no retentiva

en pacientes con persistencia de síntomas a pesar del uso de medicamentos reductores de la acidez o en quienes tienen síntomas recurrentes luego de suspender los medicamentos o para confirmar el diagnóstico de enfermedad asociada a *Helicobacter pylori*.

**Alteraciones fisiológicas:** En escolares con DF, se ha descrito fisiológicamente, actividad mioeléctrica

gástrica alterada, vaciamiento gástrico retardado, motilidad antroduodenal alterada, volumen gástrico reducido a los alimentos, y tránsito intestinal lento.

**Tratamiento.** Incluye evitar agente anti-inflamatorios no esteroideos, evitar alimentos como café, irritantes o comidas grasas, instaurar agente anti-secretorios como bloqueadores H2 e inhibidores de la bomba de

**Tabla 2**

Signos, síntomas y manifestaciones en preescolares, escolares y adolescentes con dolor abdominal orgánico:

a. Dolor persistente en cuadrante superior o inferior derecho
b. Dolor que despierta al niño cuando duerme
c. Disfagia
d. Artritis
e. Vómito persistente
f. Enfermedad perirectal
g. Sangrado gastrointestinal
h. Pérdida de peso involuntaria
i. Diarrea nocturna
j. Retardo en el crecimiento
k. Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, celíaca o úlcero péptica
l. Pubertad retardada
m. Fiebre inexplicable

**Tabla 3**

Criterios diagnósticos para dispepsia funcional en preescolares, escolares y adolescentes III según los criterios de Roma

Debe incluir todo lo siguiente, al menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico
a. Dolor persistente o recurrente o malestar localizado en el abdomen superior (encima del ombligo)
b. No mejora con la defecación o no está asociado con cambios en la frecuencia o forma de las heces (p.e. no Síndrome de Intestino Irritable)
c. Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas

protones, y procinéticos como la metoclopramida, la eritromicina, la domperidona y la cisaprida, en caso de contar con esta última.

### SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Entre el 22% y 45% de los niños que consultan a los servicios de atención terciaria presentan SII, y en el 0.2% de los niños que consultan a unidades de atención primaria. Los criterios diagnósticos para síndrome de intestino irritable son descritos en la tabla 4.

Existen otra serie de síntomas acumulativos, que ayudan al diagnóstico del SII: Frecuencia anormal de las heces (4 o más deposiciones por día y 2 o menos deposiciones por semana); Consistencia anormal de las heces (voluminosas/duras o líquidas/acuosas); Paso anormal de las heces (con esfuerzo, urgentes, o sensación de evacuación incompleta); Paso de moco, y Sensación de distensión abdominal.

**Alteraciones fisiológicas:** hipersensibilidad visceral, que puede estar relacionada con numerosos procesos

que incluyen infecciones, inflamación, trauma intestinal, alergia, y desórdenes de la motilidad digestiva. Otros factores son la predisposición genética, el estrés y los mecanismos inefectivos de impaciencia. La ansiedad, la depresión y otras complicaciones somáticas, han sido descritas tanto en los niños como en sus padres. Hay que explorar acerca de eventos desencadenantes y factores psicosociales.

### MIGRAÑA ABDOMINAL

Afecta entre el 1 y 4% de los niños. Es más común en el género femenino que en el masculino (3:2), con un promedio de edad de inicio a los 7 años y un pico a los 10-12 años. En las unidades de gastroenterología pediátrica, se encuentra entre un 2.2% y 5%. Los criterios diagnósticos para migraña abdominal son descritos en la tabla 5.

**Alteraciones fisiológicas:** La migraña abdominal, el síndrome del vómito cíclico, y la cefalea migrañosa comparten los mismos mecanismos fisiopatológicos. Se han descrito, potenciales evocados visuales

**Tabla 4**

Criterios diagnósticos para síndrome de intestino irritable en preescolares, escolares y adolescentes según los Criterios de Roma III

Debe incluir todo lo siguiente, al menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico, en un niño con curvas de crecimiento y desarrollo normales:
Malestar abdominal (sensación incómoda no descrita como dolor) o dolor a asociado con 2 o mas de lo siguiente al menos en el 25% del tiempo:
- Mejora con la defecación
- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces
- Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces
Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas

**Tabla 5**

Criterios diagnósticos para migraña abdominal en preescolares, escolares y adolescentes según los III Criterios de Roma

Debe incluir todo lo siguiente: al menos dos o más veces por doce meses antes del diagnóstico:
Episodios paroxísticos de dolor intenso, agudo periumbilical por al menos 1 o mas horas
Períodos asintomáticos al menos por semanas o meses
Dolor que interfiere con las actividades normales
Dolor asociado a 2 o mas síntomas como anorexia, náuseas, vómito, cefalea, fotofobia, palidez
Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que expliquen los síntomas

anormales, anormalidades en el centro hipotálamo-pituitario-adrenal, y disfunción autonómica.

**Tratamiento:** Es necesario evitar los potenciales disparadores de los cuadros, como la cafeína, los nitritos, las aminas; igualmente algunas situaciones que ocasionen estrés como las emociones, los viajes, el ayuno prolongado, el patrón de sueño alterado, y las luces relampagueantes; finalmente, los niños podrían beneficiarse de la profilaxis con pizotifen, propanolol, ciproheptadina, o sumatriptan.

### DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL

Entre un 0 y 7.5% de niños entre los 4 y 18 años e edad, pueden presentar DAF. Los criterios diagnósticos para dolor abdominal funcional y síndrome de dolor abdominal funcional son descritos en las tablas 6 y 7.

**Paraclínicos:** Existen algunos exámenes limitados, pero razonables y a discreción del médico, para descartar patologías agregadas como un cuadro hemático completo, velocidad de eritrosedimentación o proteína C reactiva, parcial y cultivo de orina, pruebas de funcionamiento hepático y renal, coproparasitoscópico, y prueba de hidrógenos espirados para malabsorción de azúcares.

**Tratamiento:** Manejo biosicosocial y comportamental con antidepresivos tricíclicos, y probablemente con citalopram.

### CASOS EN DOLOR ABDOMINAL RELACIONADO CON DGF

**Dolor abdominal orgánico:** Escolar masculino de 6 años de edad con dolor persistente en cuadrante superior derecho que lo despierta cuando duerme; con disfagia, vómito persistente, diarrea nocturna, fiebre inexplicable, pérdida de peso involuntaria, y retardo en el crecimiento.

**Dispepsia funcional:** Se trata de escolar femenino de 8 años de edad con dolor persistente localizado en el abdomen superior, que no mejora con la defecación y no está asociado con cambios en la frecuencia o forma de las heces, sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas, una vez por semana desde hace dos meses.

**Síndrome de intestino irritable:** Preescolar de 4 años de edad con curvas de crecimiento y desarrollo normales, con malestar abdominal que mejora con la defecación, cuyo inicio estuvo asociado con cambios en la frecuencia y forma de las heces, sin evidencia de

**Tabla 6**

Criterios diagnósticos para dolor abdominal funcional en preescolares, escolares y adolescentes según los Criterios de Roma III

Debe incluir todo lo siguiente, al menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico:
Dolor abdominal episódico o continuo
Criterios insuficientes para otros DFG
Sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que expliquen los síntomas

**Tabla 7**

Criterios diagnósticos para síndrome de dolor abdominal funcional en preescolares, escolares y adolescentes según los Criterios de Roma III

Debe incluir dolor abdominal funcional con 1 o mas de lo siguiente al menos en el 25% del tiempo, al menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico:
Alguna pérdida de las funciones diarias
Síntomas somáticos adicionales tales como cefalea, dolor de extremidades, o dificultad para dormir

proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas; una vez por semana desde hace dos meses

**Migraña abdominal:** Niña de 12 años de edad con episodios paroxísticos de dolor intenso, agudo periumbilical de 1 hora de duración, con antecedentes de períodos asintomáticos de semanas, con dolor que interfiere con sus actividades normales, con anorexia, náuseas, vómito, cefalea, fotofobia, y palidez, sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que expliquen los síntomas, que se ha repetido en dos ocasiones durante el último año.

**Dolor abdominal funcional:** Escolar de 11 años de edad con dolor abdominal continuo, criterios insuficientes para otros desórdenes gastrointestinales funcionales, sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que expliquen los síntomas, una vez por semana desde hace dos meses

**Resumen de los Criterios de Roma III diagnósticos para DGF en escolares**

**Dispepsia funcional:** Dolor persistente o recurrente o malestar localizado en el abdomen superior (encima del ombligo; no mejora con la defecación o no está asociado con cambios en la frecuencia o forma de las heces (p.e. no Síndrome de Intestino Irritable); sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas; debe presentarse por lo menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico.

**Síndrome de intestino irritable:** Debe presentarse por lo menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico, en un niño con curvas de crecimiento y desarrollo normales; malestar abdominal (sensación incómoda no descrita como dolor) o dolor asociado; mejora con la defecación y su inicio está

asociado con un cambio en la frecuencia y en la forma (aparición) de las heces; sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas.

**Migraña abdominal:** Debe presentarse por lo menos dos o más veces por doce meses antes del diagnóstico; episodios paroxísticos de dolor intenso, agudo periumbilical por al menos 1 o mas hora, períodos asintomáticos al menos por semanas o meses, con dolor que interfiere con las actividades normales, asociado a 2 o mas síntomas como anorexia, náuseas, vómito, cefalea, fotofobia, palidez; sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que expliquen los síntomas.

**Dolor abdominal funcional:** Debe presentarse por lo menos una vez por semana por dos meses antes del diagnóstico; dolor abdominal episódico o continuo, criterios insuficientes para otros desórdenes gastrointestinales funcionales; sin evidencia de proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que expliquen los síntomas.

**LECTURAS RECOMENDADAS**

1. Agrawal A, Whorwell PJ: Hypnotherapy for irritable bowel syndrome. A role in pediatric practice? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005; 41: 549-550
2. Duarte MA, Penna FJ, Goulart EM, Peres CS, Aguirre JC, Facury T. Treatment of nonorganic recurrent abdominal pain: cognitive-behavioral family intervention. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006; 43: 59-64
3. Jiménez AM, Velasco CA. Psychological manifestations and familiar dynamics in children with irritable bowel syndrome. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 39 (Suppl 1): S273
4. Mayer EA. Inflammation in irritable bowel syndrome: curiosity or culprit. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 39: S751-S753
5. Quak SH. Recurrent abdominal pain. In: Velasco CA, editor. Topics in Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Distribuna Editorial: Bogotá 2007: 175-187

6. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527–1537
7. Sandoval G, Vásquez F. Dolor abdominal funcional crónico. En: Velasco CA, editor. *Enfermedades digestivas en niños*. Segunda edición. Programa Editorial Universidad del Valle: Cali 2006: 77-91
8. Velasco CA. Características psicológicas de niños con Síndrome de Intestino Irritable. En: Velasco CA, editor. *Actualización en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. Editorial Catorse: Cali 2007: 8-11