Descargado el: 20-11-2026 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dolor abdominal crónico en niños: conducta en la consulta médica comunitaria

Chronical abdominal pain in children: management in the Communitary Medical Consultation

Sergio Luis González López[1] Armando Alvarez Corcuera[1] Zoe Quintero Delgado[1] Berta Fonseca Romero[1] Carlos Cabrera Machado[1] Lorenzo Pérez Romano[1]

[1] Hospital Pediatrico Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
González-López S, Alvarez-Corcuera A, Quintero-Delgado Z, Fonseca-Romero B, Cabrera-Machado C, Pérez-Romano L. Dolor abdominal crónico en niños: conducta en la consulta médica comunitaria. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2026 Nov 20]; 5(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/237

Resumen

El término dolor abdominal recurrente se caracteriza por la presencia de tres o más episodios de dolor abdominal, durante un período de tres meses, aunque en la práctica clínica, el término se aplica también a episodios intermitentes de dolor de más de un mes de duración. La definición es arbitraria y ha originado controversias y errores en el diagnóstico; la que se acepta actualmente es dolor abdominal crónico, que comprende específicamente el dolor abdominal constante o intermitente, de larga duración, funcional u orgánico. En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica sobre el dolor abdominal crónico en edad pediátrica, su etiología, clasificación actual y diagnóstico; se realiza un análisis crítico de la evaluación de los pacientes con estos trastornos, de la conducta a seguir con ellos en la atención comunitaria, y del tratamiento no farmacológico y farmacológico de los pacientes con dolor funcional.

Palabras clave: dolor abdominal, niño

Abstract

The term recurrent abdominal pain is characterized by the presence of three or more episodes of abdominal pain in a three-months period although in clincal practice, this term is applied to intermittent episodes of pain in a period of more than one month. This definition is arbitrary causing debates and errors in diagnosing the patient. The term chronic abdominal pain is accepted nowadays which is the one that comprises the constant or intermittent abdominal pain of long duration, functional or organic. In this paper a bibliographical review on chronic abdominal pain in children is carried out. A critical analysis of the evaluation of the patient with this disorders is done as well as the management to follow with them in the primary attention and, the pharmachlogical and non pharmachlogical treatment of the patient with functional pain.

Key words: abdominal pain, child

Aprobado:

Correspondencia: Sergio Luis González López. editorial@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El término de dolor abdominal recurrente fue introducido por Apley y Naish en 1958.[1-3] Inicialmente se definió como un síndrome caracterizado por la presencia de tres o más episodios de dolor abdominal, durante un período de tres meses, capaz de limitar las actividades y funciones del paciente, con intercrisis asintomáticas.[1-3] En la práctica clínica el término se aplica también a episodios intermitentes de dolor de más de un mes de duración.[1] Las imprecisiones en su definición han originado controversias y errores en el diagnóstico.[1,4] Se ha utilizado también el término de dolor abdominal recidivante, que se emplea en las publicaciones para describir todos aquellos casos sin causa orgánica.[1,5]

En el año 2005, el Subcomité de Dolor Abdominal Crónico de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (NASPGHN), recomendó retirar ambos términos – recurrente y recidivante - y emplear solo el de dolor abdominal crónico (DAC).[1,6] La Sociedad Americana de Dolor (APS) y la Asociación Americana de Medicina Familiar (AAFP) adoptaron también esta denominación.[7,8] Actualmente, se define como dolor abdominal constante o intermitente, de larga duración, funcional u orgánico (por enfermedad específica).[1,6]

Es importante comprender que el DAC es una descripción, no un diagnóstico. No representa una única enfermedad, sino que agrupa múltiples problemas clínicos.[4,5]

DESARROLLO

Epidemiología

A pesar de ser causa común de consulta a los médicos comunitarios, pediatras, cirujanos infantiles y gastroenterólogos,[9] la prevalencia exacta del DAC en niños no es bien conocida.[6] Existen estudios que, basados en que aproximadamente un tercio de los niños sufren este trastorno, estiman que es el más común de las afecciones gastrointestinales pediátricas.[5,10] En Estados Unidos de América, representa entre el 2 y 4 % de los motivos de consultas pediátricas.[6,11] La población de niños y adolescentes afectada oscila entre 15 y 34 %.[7,12-15] Es raro antes de los 4 años; en escolares de ambos sexos hay máxima incidencia alrededor de los 10 años,[11-13] y en general, durante la adolescencia no hay marcadas diferencias para uno u otro sexo, mientras que pasada esta edad es más frecuente en niñas que en varones, en una proporción de 4:3.[12,16]

Etiología

La mayoría de las investigaciones indica que solo en un pequeño número de pacientes, el DAC es causado por una enfermedad orgánica específica. En el 90 % de los niños afectados, no se encuentra una evidencia demostrable de condición patológica anatómica, metabólica, infecciosa, inflamatoria o neoplásica; estos casos se agrupan bajo el término de DAC funcional.[1,13,14]

Algunos trabajos reportan enfermedad orgánica en más del 90 % de los pacientes, y sugieren que debía insistirse en la búsqueda de las causas en todo niño con DAC.[10,17] Esos resultados se deben a que incluyen en el estudio pacientes con características muy específicas, en los que la probabilidad de hallar una enfermedad orgánica es elevada .[6]

Causas de DAC orgánico[8-13, 17]

1. Enfermedades del tubo digestivo: hernia hiatal, esofagitis, gastroduodenitis, úlcera péptica, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, divertículo de Meckel, síndrome de Chilaiditis, afecciones recurrentes del apéndice cecal (vólvulo, bridas congénitas), parasitismo intestinal, anomalías de la rotación intestinal, hernias, cuerpos extraños, linfoma intestinal, tuberculosis intestinal, duplicidad digestiva, invaginación intestinal recurrente, síndrome adherencial, constipación, alergia gastrointestinal.

2. Enfermedades del hígado: vesícula biliar, páncreas y bazo: enfermedades que cursan con hepatomegalia, hepatopatías, tumores hepáticos, pancreatitis crónica, pancreatitis recidivante, fibrosis quística del páncreas, pseudoquiste pancreático, colecistopatías litiásicas o alitiásicas, anomalías congénitas de las vías biliares, enfermedades que cursan con esplenomegalia.

3. Enfermedades del sistema genitourinario: litiasis, hidronefrosis, malformaciones, pielonefritis, enfermedad inflamatoria pélvica, quiste y tumores de ovario, torsión de testículo no descendido, hematocolpos, endometriosis, dismenorrea primaria o secundaria, tumor de

Wilms.

4. Enfermedades hematológicas: anemia drepanocítica, púrpura de Schönlein – Henoch.

5. Enfermedades endocrinometabólicas: diabetes sacarina, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal.

6. Enfermedades musculoesqueléticas: síndrome de la costilla deslizante, mialgias después de ejercicios o movimientos anómalos, escoliosis, hernia discal.

7. Enfermedades neurológicas: mielitis, epilepsia.

8. Otras enfermedades: intoxicación por plomo, porfiria, fiebre reumática, lupus eritematoso sistémico, amiloidosis, otros tumores abdominales: linfomas, neuroblastoma, etc.

Causas de DAC funcional

En los últimos veinte años se han establecido grupos de trabajo para el estudio de pacientes con DAC. El más notable (y quizás el más difundido) fue el Equipo de Trabajo Multinacional para desarrollar criterios diagnósticos para los Trastornos Funcionales Gastrointestinales (Comité de Roma), encabezado por Drossman. Publicaron en 1990 los criterios diagnósticos para la clasificación de los trastornos funcionales gastrointestinales en pacientes adultos.[19] Siete años después, se realizó en Roma la reunión del grupo de trabajo para la clasificación de los trastornos pediátricos. Estas reuniones dan lugar a la creación de documentos conocidos como Criterios de Roma, que han proporcionado a los investigadores un método para estandarizar la conducta y la definición de dichos trastornos. Después de su publicación, se han incrementado las investigaciones clínicas, lo que contribuye a una mejor comprensión y tratamiento de estas enfermedades.[13,20,21] Los Criterios de Roma constituyen un sistema de clasificación de los trastornos funcionales gastrointestinales (incluye aquellos asociados con DAC) basado en síntomas.[6] En 1999, se publicó una versión actualizada bajo el nombre de Criterios de Roma II,[22] en la que se establecen cuatro formas clínicas para el DAC funcional en niños:

- Dispepsia funcional
- Síndrome del intestino irritable
- Dolor abdominal funcional
- Migraña abdominal

Fisiopatología del DAC funcional

En el origen del dolor están involucradas anomalías del sistema nervioso autónomo del tubo digestivo (SNA), también conocido como el “cerebro del intestino”. El SNA interactúa con el sistema nervioso central (SNC) en forma bidireccional. La afectación de esta comunicación es fundamental para la patogénesis del DAC funcional.[1,9]
Se plantean dos mecanismos fisiopatológicos para explicar el DAC funcional:

1. Hipersensibilidad visceral. Es el mecanismo más aceptado. Tiene dos formas: hiperalgesia visceral (respuesta dolorosa más intensa y prolongada por una disminución del umbral para el dolor en respuesta a cambios a la presión intraluminal) y alodinia (sensación de dolor de un evento fisiológico que previamente no lo causaba, por ejemplo, el paso del bolo fecal por el intestino, o el gas generado en la digestión).[12,18] Las evidencias disponibles actualmente sugieren que el DAC está asociado con hiperalgesia visceral. Un proceso inflamatorio atribuible a infecciones, alergias, o enfermedad inflamatoria primaria, puede causar sensibilización de los nervios aferentes y estar asociado con el comienzo de la hiperalgesia visceral. Es algo similar a lo que ocurre después de una quemadura o una herida, cuando la piel permanece hipersensible por prolongados períodos de tiempo y percibe como dolorosos al contacto, estímulos que normalmente no lo son. Estudios en adultos aportan resultados que sugieren un procesamiento anormal en el SNC de las señales aferentes, que pueden influir en la fisiopatología del dolor .[1,18] Los estímulos que inician esta reactividad anormal pueden ser neurógenos (comida, distensión del intestino, cambios hormonales), orgánicos (procesos inflamatorios) o psicológicos (separación de los padres, ansiedad).

2. Dismotilidad gastrointestinal. Podría ser el resultado de una disfunción del SNA o vegetativo, específicamente de su actividad simpática aferente en el tubo digestivo, lo que origina calambres por un peristaltismo anómalo y exacerbado.[12] La mayoría de las investigaciones del dolor visceral en la niñez, durante la década de los años 80 y 90, se centraron en los desórdenes de la motilidad y en trastornos

psiquiátricos. Sin embargo, con auxilio de recientes técnicas de diagnóstico, se ha fracasado en identificar anomalías motoras suficientemente graves, como para explicar los síntomas de los pacientes.[1] Aunque muchos adultos con alteraciones funcionales del intestino tienen un trastorno psíquico, se sugiere que la presencia de factores psicológicos está más asociada a la búsqueda de apoyo médico por parte del paciente y su familia, que a la búsqueda del origen del dolor.[1]

El camino a la cronicidad del dolor se caracteriza por intentos fallidos de ajustarse y enfrentarse a experiencias adversas. Para que el dolor se haga crónico, es preciso el concurso de estímulos estresantes físicos (medicación reciente, estreñimiento, aerofagia, intolerancia a la lactosa, etc.) o psíquicos (muerte, divorcio de los padres, enfermedad, acoso escolar por otros niños, etc.). Con el transcurso del tiempo, la reiteración de estas experiencias conducen al paciente a desarrollar síntomas concomitantes de incapacidad física crónica, ansiedad, trastornos del sueño, ausencias escolares y retirada social.

El horario escolar a veces es intenso y con elevadas exigencias dentro y fuera de la escuela, como respuesta a un mundo cada vez más competitivo, que fuerza al niño a cumplir expectativas paternas excesivas. Los niños tienden a ser introvertidos, con escasa autoestima, ansiedad, aislamiento y depresión, con dificultad para reaccionar adecuadamente al enfrentarse a problemas rutinarios que no pueden superar.[1,12,16]

Cuadro clínico

En el DAC orgánico los síntomas y signos dependerán de la enfermedad que origine el dolor.

Los Criterios de Roma II para el DAC funcional establecen los parámetros siguientes: [1,13,20-22]

1. Dispepsia funcional. Se trata de niños con madurez suficiente para asegurar una historia de 12 semanas de evolución, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses previos a la consulta médica, de dolor o molestia recurrente en epigastrio, sin cambios en la frecuencia, o forma de las deposiciones, ni alivio del dolor con la defecación, y sin evidencia de enfermedad orgánica (incluida endoscopia superior) que explique los síntomas. La dispepsia funcional puede manifestarse en las variantes siguientes:

- Dispepsia funcional tipo ulcerosa: predomina el dolor localizado en hemiabdomen superior. Los síntomas son sugestivos de úlcera, pero sin lesión orgánica demostrada.
- Dispepsia funcional tipo dismotilidad: predominan las molestias en hemiabdomen superior, sin dolor, que se incrementan con la ingestión de alimentos. Esta sensación puede estar caracterizada por saciedad precoz, distensión epigástrica postprandial, náuseas y vómitos.
- Dispepsia inespecífica: pacientes cuyos síntomas no satisfacen los criterios de las dos formas precedentes.

2. Síndrome del intestino irritable. Niños con madurez suficiente para asegurar una historia de 12 semanas de evolución, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses previos a la consulta médica, de dolor o molestia abdominal, que presenta al menos dos de las siguientes características: alivio con la defecación, cambios en la frecuencia y consistencia de las deposiciones, coincidiendo con el inicio de los síntomas, y sin evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas.

3. Migraña abdominal. Historia de tres o más episodios, en los 12 meses previos a la consulta médica, de dolor abdominal intenso paroxístico, que oscila entre 2 horas y días de evolución, con intervalos (semanas a meses) libres de síntomas y con la presencia al menos de dos de las siguientes características: cefalea total o unilateral durante los episodios, fotofobia durante los episodios, aura (visual , sensorial o motora) durante los episodios, historia familiar de migraña y sin evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas.

4. Dolor abdominal funcional. Historia de 12 semanas como mínimo, previas a la consulta médica, de dolor abdominal continuo, o casi continuo, en niño en edad escolar o adolescente; con afectación de la actividad diaria; sin relación con eventos fisiológicos (comer, defecar, menstruar) o relación ocasional, ni evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas; criterios insuficientes para las demás alteraciones funcionales.

El Subcomité de DAC de la Academia Americana

de Pediatría y de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología pediátrica, hepatología y nutrición, [1,6] simplifica estos criterios, haciéndolos más prácticos para el uso en la consulta médica:

1.Dispepsia funcional. Dolor abdominal, o sensación de molestias en el hemiabdomen superior.

2.Síndrome del intestino irritable. Dolor abdominal asociado con alteración de los movimientos intestinales.

3.Migraña abdominal. Dolor abdominal con los rasgos de una migraña: dolor abdominal paroxístico asociado con anorexia, náuseas, vómitos o palidez, así como historia materna de cefalea migrañosa.

4.Síndrome de dolor abdominal funcional. Dolor abdominal sin las características de los tres cuadros precedentes.

Diagnóstico

El DAC pone a prueba la paciencia del entorno familiar y al médico responsable de la atención del paciente.[9] La evaluación del paciente deberá realizarse en el contexto de un modelo biopsicosocial de asistencia.[1] Los niños con DAC y sus familiares están casi siempre más ansiosos o deprimidos, que los niños sin este síndrome.[9] La presencia de ansiedad, depresión, trastornos de conducta, o eventos negativos de la vida familiar o personal del niño, no siempre son datos útiles para distinguir entre DAC orgánico o funcional, pero son importantes en la evaluación y tratamiento ulterior.[1]

De igual forma, los síntomas descritos en los Criterios de Roma, no permiten determinar el origen funcional u orgánico del DAC por sí mismos.

La confección de una detallada historia clínica se hará bajo normas metodológicas estrictas:[8,9,13]

1.Datos generales, antecedentes patológicos familiares y personales.

2.Historia psicosocial y pediátrica.

3.Anamnesis. Hacer énfasis en: semiografía del dolor, apetito, dieta, saciedad, náuseas, vómitos, reflujo, patrón defecatorio, consistencia de las heces, evacuación, pérdida de peso, fiebre, erupciones, crecimiento, retardo, o comienzo de la pubertad, interferencia con la actividad diaria, juegos, relaciones con la familia, dinámica familiar.

4.Examen físico. Peso, talla, curva de crecimiento, estadio puberal, presión sanguínea, examen del abdomen (localización del dolor, presencia de masas, ascitis, visceromegalia u otros signos), del ano, recto y pelvis.

5.Resultados de exámenes complementarios previos.

Con frecuencia un interrogatorio preciso y un correcto examen físico, realizados en un ambiente adecuado, ofrecen más datos para el diagnóstico, que varios días cargados de exámenes complementarios. Debe tenerse siempre presente el aforismo “escuche a su paciente y él le dirá el diagnóstico”. Por otra parte, este esfuerzo inicial favorece la confianza y seguridad del enfermo y sus familiares, a la vez que permite una elección más precisa de pruebas, ahorro de tiempo, recursos y la reducción de riesgos para el paciente.[9]

Una correcta semiografía del dolor incluye:[23]

1.Localización. La del dolor funcional con frecuencia es periumbilical o difusa; la del dolor orgánico es más precisa, dependiendo del órgano afectado, o la enfermedad en sí misma.

2.Irradiación.

3.Periodicidad. La del dolor originado en vísceras, transmitido por vía del SNA, es generalmente intermitente, mientras que la del dolor de cualquier origen, trasmitido por vía somática (nervios espinales) es generalmente de carácter continuo.

4.Ritmo, horario. Ritmo diurno: no tiene gran significado en ausencia de una relación digestiva evidente. Aparición nocturna: sugiere enfermedad orgánica.

5.Relación con la ingestión de alimentos: postprandial precoz, tardío, o sin relación prandial aparente.

6.Intensidad.

7.Calidad y carácter (cómo sienten el dolor): quemante o ardoroso, penetrante, lancinante, constrictivo, sordo o pulsátil; calambre, pesantez,

etc.

8.Modo de comienzo.

9.Modo de alivio.

10.Variación con los cambios de posición.

11.Síntomas asociados.

12.Curso. Regular: generalmente asociados a afección orgánica. Irregular: más frecuentes en procesos funcionales.

Existen síntomas de alarma que indican una alta probabilidad de que el paciente tenga una enfermedad orgánica, y requieren una investigación más exhaustiva para su diagnóstico, aunque en muchos casos el resultado niegue dicha organicidad:[1,13]

1.Pérdida de peso involuntaria.

2.Detención o desaceleración del crecimiento.

3.Vómitos con características significativas: biliosos, prolongados, cíclicos; hematemesis.

4.Diarrea crónica grave.

5.Dolor persistente lejos del ombligo, o en cuadrante inferior derecho del abdomen.

6.Fiebre inexplicable.

7.Alteraciones del sueño.

8.Disuria, hematuria.

9.Hallazgos al examen físico: dolor localizado en cuadrante inferior derecho del abdomen o lejos del ombligo, masa palpable en abdomen, hepatomegalia, esplenomegalia, dolor en el ángulo costovertebral, o en la columna vertebral; anomalías perianales.

10.Historia familiar de enfermedad inflamatoria del intestino.

Exámenes complementarios

Estarán orientados según las características individuales de la enfermedad de cada paciente, y se indicarán progresivamente según su complejidad. De ninguna manera pueden constituir una “rutina” de exámenes. Los más importantes pueden indicarse en la atención médica comunitaria; otros requieren su prescripción por médicos más especializados y probablemente sea necesario hospitalizar al niño para realizarlos.[1,9,13]

1. Laboratorio clínico.

- Hematológicos: hemograma, leucograma con conteo diferencial de leucocitos, eritrosedimentación, coagulograma, electroforesis de hemoglobina.
- Química sanguínea: glicemia, transaminasa, otras enzimas hepáticas, amilasa pancreática, ceruloplasmina, protoporfirina eritrocitaria, niveles de plomo y cobre en sangre.
- Examen de orina.
- Examen de heces fecales.
- Examen del líquido duodenal obtenido por aspiración.
- Mediciones del Ph esofágico.

2.Imaginológicos.

- Ecografía abdominal.
- Radiografía simple del abdomen.
- Series contrastadas (baritadas) del tubo digestivo: estómago, duodeno, “tránsito” intestinal, colon.
- Tomografía computarizada.
- Ganmagrafía abdominal con radioisótopos.

3.Estudios microbiológicos.

- Cultivos de orina, heces, bilis, secreciones genitales.
- Pruebas serológicas para Helicobacter pylori y Endamoeba hystolitica.

4.Estudios endoscópicos.

- Laparoscopia.
- Endoscopia del tubo digestivo superior.

 ISSN 1727-897X

- Endoscopia del tubo digestivo inferior.

5. Electroencefalograma.

6. Evaluación psicológica mediante pruebas específicas.

Evaluación y conducta a seguir

Es difícil trazar un esquema general de asistencia para todos los pacientes con DAC, porque la atención debe ser muy individualizada de acuerdo a las características particulares de cada caso. Una guía útil siempre parte de una correcta anamnesia y examen físico exhaustivo, de utilidad también para determinar si el paciente requiere o no hospitalización para continuar su estudio, si puede evaluarse en una consulta general, o si debe remitirse a una consulta especializada. (Gráfico)

ISSN 1727-897X

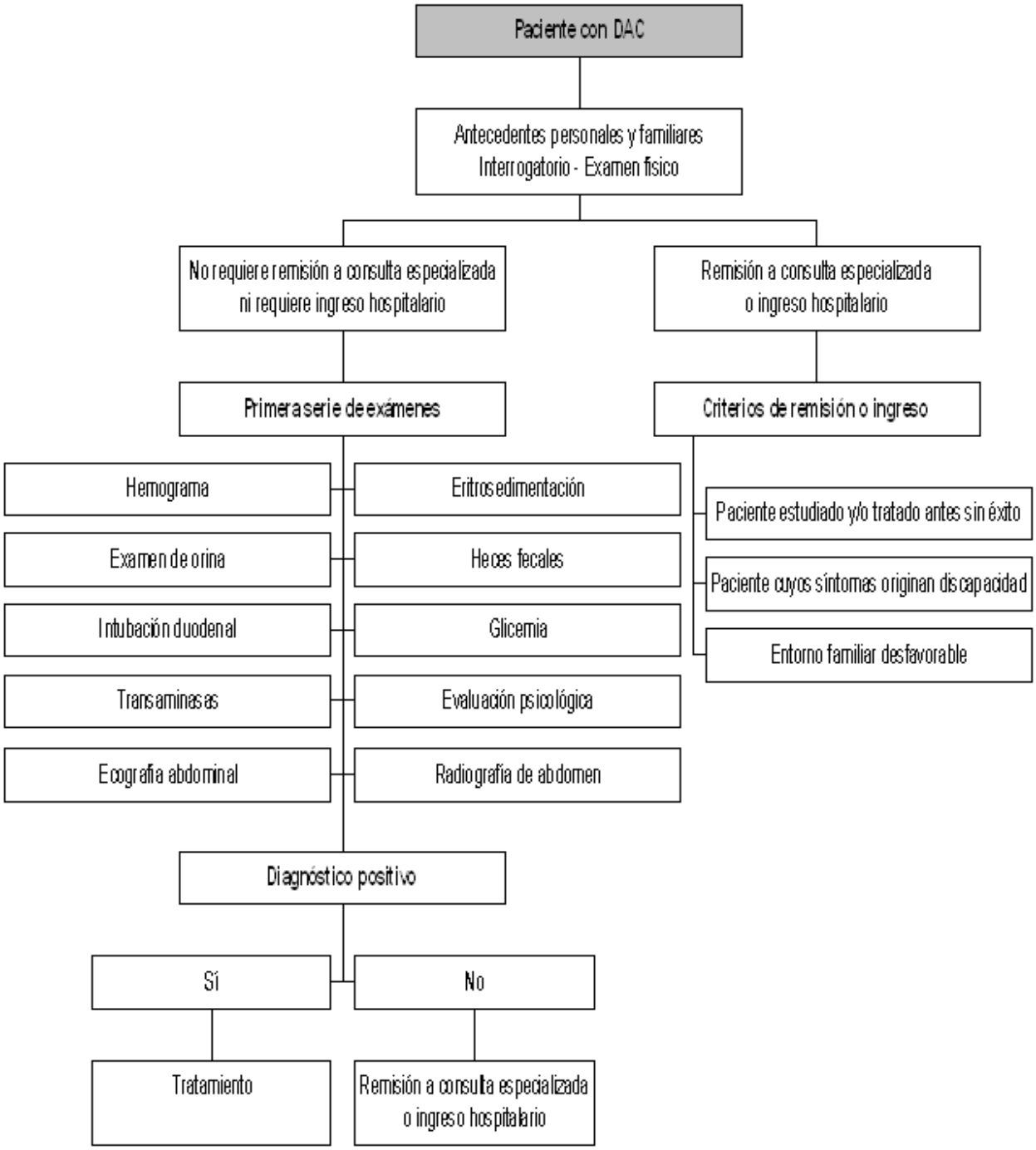


Gráfico Conducta ante un paciente con dolor abdominal crónico en la consulta médica comunitaria

En el DAC orgánico el tratamiento se dirige a la enfermedad que lo origina.[13]

Tratamiento no farmacológico

Independientemente del origen orgánico o funcional del DAC, la educación de la familia y del propio niño es un capítulo importante del tratamiento.[1,13] Si se sospecha DAC funcional, hay

que explicarles de forma sencilla en qué consiste y que no es una “rareza”, sino algo común, así como sus manifestaciones y cómo se originan, asegurándole que no tiene un trastorno serio o crónico. Puede requerirse la participación de los servicios de psicología y psiquiatría infantil, fundamentalmente en pacientes con reacciones de conversión, ansiedad incontrolable, imitación del patrón familiar y conflictos familiares.[1,9,11-13]

Deben modificarse conductas nocivas y eliminar en lo posible aquellas situaciones que generen estrés al paciente. Un programa de terapia cognitiva - conductual y una intervención familiar similar, han dado muestras de ser eficaces en el tratamiento del DAC funcional, con disminución de la intensidad y frecuencia de aparición de los episodios dolorosos.[1,6,13,24,25] Es necesario eliminar la fuente de las consecuencias negativas psicosociales del dolor, como las ausencias a la escuela, así como promover actividades que incrementen la independencia del niño. El objetivo es ayudarlo a controlar y tolerar el dolor por sí mismo, mientras participa plenamente en las actividades cotidianas. Luego se trabajará con la familia para eliminar el estrés innecesario y ayudarlo a sobrellevar mejor aquel que es inevitable. Muchas veces se requiere involucrar al personal de la escuela en la terapia.[11]

Tratamiento farmacológico del DAC funcional [1,6-8,12,13,16,20]

1.Dispepsia funcional.

- Antagonistas de receptores H2 (cimetidina, ranitidina, famotidina).
- Inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lanzoprazol).
- Procinéticos (cisaprida, metoclopramida).
- Citoprotectores (sucralfato).

2.Síndrome del intestino irritable.

- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) a bajas dosis. La amitriptilina tiene efecto anticolinérgico, y sería más útil cuando predominen los episodios diarreicos. La imiprimina sería mejor en cuadros de constipación.
- Anticolinérgicos (clorhidrato de papaverina, metilbromuro de homatropina).
- Fibra dietética, laxantes (hidróxido o trisilicato de magnesio) en casos con constipación.
- Procinéticos (cisaprida, metoclopramida).
- Aceite de menta. Se le atribuye un efecto relajante del músculo liso del tubo digestivo en niños.

3. Migraña abdominal.

- Antagonistas de receptores H1 (ciproheptadina).
- Antagonistas de receptores de serotonina (pizotifen).
- Propranolol.

4.Dolor abdominal funcional.

- No se emplean medicamentos específicos.

Hay pocos estudios disponibles en la literatura biomédica, sobre la efectividad de las intervenciones terapéuticas farmacológicas y dietéticas, y proporcionan una evidencia inconclusa o limitada de esa efectividad.[5,6,16,26,27]

Pronóstico

Depende de la enfermedad que causa el dolor, en los casos de etiología orgánica.

En el DAC funcional, es frecuente la reaparición de los síntomas ante nuevas situaciones de conflicto desde el punto de vista individual y social, o si persisten las que los desencadenaron inicialmente. No obstante, en más del 50 % de los pacientes hay resolución completa. Su aparición antes de los 6 años, la duración mayor de 6 meses antes del diagnóstico y la existencia de familiares con trastornos funcionales, empeoran el pronóstico.[13]

CONCLUSIONES

El dolor abdominal crónico en niños es causa relativamente frecuente de consulta a los médicos que laboran en la atención primaria de

salud. La mayoría de los casos no tienen una enfermedad orgánica que pueda solucionarse con un tratamiento médico o quirúrgico específico. Los resultados de la terapia farmacológica no son siempre satisfactorios. Es de gran importancia la educación del niño en su enfermedad, así como involucrar a familiares y personal escolar en el tratamiento. Un programa de terapia cognitiva-conductual y una intervención familiar similar pueden ser eficaces. Algunos casos requieren ser atendidos en consultas especializadas hospitalarias, o de la propia atención comunitaria, si han sido organizadas con suficiente capacidad resolutiva en este nivel de asistencia sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subcommittee on chronic abdominal pain. American Academy of Pediatrics/ North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Chronic abdominal pain in children: clinical report. Pediatrics. 2005;115:812-5.

2. American Academy of Pediatrics/. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Chronic abdominal pain in children: a technical report. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005; 40(3):249-61.

3. Nakayama Y, Horiuchi A, Kumagai T, Kubota S, Taki Y, Oishi S et al. Psychiatric, somatic, gastrointestinal disorders and helicobacter pylori infection among children with recurrent abdominal pain. Arch Dis Child [serie en Internet]. 2006 [citado: 3 de mayo de 2006]:[aprox 12 p.]. Available from: http://adc.bmj.com/cgi/rapidpdf/adc.2005.089847v1.

4. Abu Arafeh I. Definition of recurrent abdominal pain was not applied (carta). BMJ. 1998;317:682.

5. Humphreys PA, Gevirtz RN. Treatment of recurrent abdominal pain: components analysis of four treatment protocols. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000; 31(1):47-51.

6. 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.]. Available from: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=6630&nbr=4174.

7. 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.]. Available from: http://www.ampainsoc.org/advocacy/pediatric.htm.

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.]. Available from: http://www.aafp.org/afp/990401ap/1823.html.

9. Valoria Villamartín JM, Digiuni Avalís EM. Dolor abdominal recidivante. Valoria Villamartín JM, ed. Cirugía pediátrica. Madrid: Editorial Díaz de Santos, S.A.; 1994. p. 361-3.

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

11. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwits M. Editors. 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.]. Available from: http://www.merck.com/mmpe/sec02/ch007/ch007c.html.

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

13. De Vivero R. Dolor abdominal recurrente. Colomb Med [serie en Internet]. 2005 [citado 26 de febrero de 2006]; 36 (2 supl): [aprox. 10 p.]. Available from: http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2Supl1/cm36n2s1a8.htm.

14. Hyams JS. Recurrent abdominal pain and irritable bowel syndrome in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1997;25(Suppl.1):16-7.

15. Konijnenberg AY, De Graeff-Meeder ER, Kimpen JLL, van der Hoeven J, Buitelaar JK, Uiterwaal CSPM. The pain of unknown origin in children study group. Children with unexplained chronic pain: do pediatricians agree regarding

the diagnostic approach and presumed primary cause?. Pediatrics. 2004;114(5):1220-6.

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

17. Blanco JA, Casasa JM, Castellvi A, Isnard RM, López P. La laparoscopia en el dolor abdominal crónico en la infancia. Cir Pediatr. 2005;18(2):61-4.

18. Quera R, Valenzuela J. Hipersensibilidad visceral: un concepto a nuestro alcance. Rev Med Chile. [serie en Internet]. 2003 [citado 26 de febrero de 2005]; 131: [aprox 12 p]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000100014&script=sci_arttext&tlng=es.

19. Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, et al. Identification of subgroups of functional bowel disorders. Gastroenterol Int. 1990;3:159-172.

20. Rasquin Webera A, Hymanb PE, Cucchiarac S, Fleisherd DR, Hyamse JS, Millaf PJ et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut. 1999;45 (2 supl 2): II60-8.

21. Rome Multinational Working Teams: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Editors. Rome II: The Functional Gastrointestinal Disorders, 2nd Ed. The Rome Criteria II. Appendix A: diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders [monografía en Internet]. Rome: Degnon Associates, Inc; 2005 [citado: 26 de diciembre de 2005]. Available from: http://www.romecriteria.org/documents/Rome_II_App_A.pdf.

22. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. Gut 1999;45(2 supl): II1-5.

23. Llanio Navarro R, Fernández Mirabal JE, Pérez Carballás F, Fernández Sacasa JA, Pena Pereiro A, Rodríguez Rivera L et al. Propedéutica clínica y semiología. Vol 2. 2ª ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004. p. 534-55.

24. Eccleston C. Managing chronic pain in children: the challenge of delivering chronic care in a "modernising" healthcare system. Arch Dis Childhood. 2005; 90: 332-3.

25. Eccleston C, Yorke L, Morley S, Williams AC, Mastroyannopoulou K. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents [Base de datos en Internet]. Oxford: Biblioteca Cochrane. c1999-2007- [citado: 26 de diciembre de 2005]. Available from: http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=&id=_ID_CD003968&lang=es&dblang=.

26. Huertas ceballos A, Macarthur C, Logan S. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) in childhood [Base de datos en Internet]. Oxford: Biblioteca Cochrane. c1999-2007- [citado: 26 de diciembre de 2005]. Available from: http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=&id=_ID_CD003968&lang=es&dblang=.

27. Huertas ceballos A, Macarthur C, Logan S. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) in childhood [Base de datos en Internet]. Oxford: Biblioteca Cochrane. c1999-2007- [citado: 26 de diciembre de 2005]. Available from: http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=&id=_ID_CD003968&lang=es&dblang=.

28. Weydert JA, Ball M, Davis MF. Systematic Review of Treatments for Recurrent Abdominal Pain. Pediatrics. 2003;111(1):1-11.