

Dolor abdominal en niños

Abdominal pain in children

Ac. Dr. Eduardo Mazzi Gonzales de Prada*

Introducción

En general todos los niños presentan dolor abdominal en un momento u otro de su vida, en la mayoría sucede sin ocasionar efectos secundarios indeseables o dejar secuelas graves y usualmente el dolor cesa o disminuye en forma espontánea. Dentro de las razones de consulta pediátrica, el dolor abdominal esta entre las quejas más frecuentes, por lo cual se necesita estar preparado para realizar una buena historia clínica y un examen físico completo y sobre todo, una buena relación, explicación y consejería familiar. Sus causas son múltiples y debemos tenerlas en mente para sospechar el diagnóstico y de acuerdo a ello, requerir exámenes complementarios para confirmar o descartar esta sospecha clínica.

Es importante diferenciar entre las dos grandes causas de dolor abdominal que son: el abdomen agudo o dolor abdominal agudo, que generalmente es una emergencia/urgencia clínica y requiere un tratamiento temprano y el dolor abdominal recurrente (DAR), que en general no necesita un tratamiento inmediato o necesario.

La mayoría de los episodios de dolor abdominal en pediatría son de causa desconocida, benignos y auto limitados.

Abdomen agudo

Definición

El dolor abdominal agudo o abdomen agudo es un cuadro clínico de presentación repentina, caracterizado por dolor abdominal agudo, intenso y persistente, al que generalmente se asocian alteraciones en la motilidad intestinal y fiebre y requiere una evaluación prolija y un diagnóstico y tratamiento oportunos. Aunque esta situación es una emergencia/urgencia y sus causas múltiples, no justifica omitir esfuerzo alguno para arribar a un diagnóstico correcto lo más pronto posible y planear el tratamiento adecuado, sobre todo si el manejo será quirúrgico, de lo contrario se pueden presentar complicaciones graves e incluso, la muerte del paciente. El dolor abdominal es de difícil diagnóstico en el recién nacido, lactante y preescolar.

En forma práctica, consideramos que cualquier dolor abdominal con una duración de 4 o más horas en forma continua, debe considerarse como una emergencia abdominal.

Etiología y clasificación

En forma práctica reconocemos:

* Médico de Planta. Hospital del Niño. "Dr. Ovidio Aliaga Uría". La Paz. Profesor Emérito de Pediatría. Facultad de Medicina. U.M.S.A.

Correspondencia: Dr. Eduardo Mazzi: doctormazzi@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

A. Por su manejo:

1. Abdomen agudo médico
2. Abdomen agudo quirúrgico

B. Por su localización:

1. **Abdomen agudo intra-abdominal o verdadero** de origen intra-abdominal y etiología multifactorial, siendo la causa más frecuente la apendicitis aguda.
2. **Abdomen agudo extra abdominal, reflejo o falso**, secundario a patologías localizadas fuera del abdomen: infecciones respiratorias altas, infecciones pulmonares, patología cardíaca, neurológica, metabólica, hematológica, de columna y de cadera, testicular, alérgica, e infecciones.

C. Por su origen:

1. **Obstrutivo o mecánico.** Atresia intestinal, íleo meconial, invaginación, ovillo parasitario, vólvulo, hernia inguinal estrangulada, etc.
2. **Inflamatorio:** apendicitis, diverticulitis de Meckel, colecistitis, fiebre tifoidea, adenitis mesentérica, etc.
3. **Traumático:** lesiones de víscera hueca, sólida o vasos sanguíneos.
4. **Miscelánea:** ruptura o necrosis de tumores, púrpura de Henoch-Schoenlein, porfiria, crisis de anemia falciforme, etc.

En el recién nacido y lactante es más frecuente el tipo obstrutivo y en el preescolar y adolescente predomina el dolor tipo inflamatorio y traumático.

Epidemiología

En general, la apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en todos los grupos etarios y en todo el mundo.

Patogenia

Es diversa, de acuerdo a la etiología del dolor y del cuadro clínico en particular.

Evaluación clínica

Información: es importante recabar información de los padres o responsables del niño, quienes relatan en forma detallada las características del dolor, sobre todo en casos de niños pequeños.

Características del dolor: ¿fue súbito o progresivo, hubo relación con la ingesta de alimentos, empeora con actividad física y/o se modifica o no con el sueño?. El comienzo fue espontáneo o precedido/asociado a otros síntomas: fiebre, diarrea, estreñimiento, vómitos, tos, etc. Averiguar medidas que alivian el dolor. En general: el dolor de tipo cólico es más frecuente en cuadros obstructivos, en cambio el dolor continuo es más común en el tipo inflamatorio.

Factores predisponentes: pacientes con anemias hemolíticas, enfermedad diarreica, malformaciones. En adolescentes: dismenorrea, trauma, accidentes, abuso, etc.

Antecedentes: historia pasada de eventos dolorosos similares.

Situación: la localización e irradiación también orienta al diagnóstico, así: la apendicitis aguda se inicia con dolor en la región periumbilical para luego localizarse en la fosa iliaca derecha.

Observación: la vigilancia del niño nos orienta a la sospecha diagnóstica:

Paciente que camina tranquilamente o corre y salta sin dificultad en el consultorio, puede descartar un cuadro agudo quirúrgico.

En cambio el niño que camina lentamente, con dificultad o dolor tocándose el cuadrante abdominal inferior derecho, sugiere un posible cuadro agudo quirúrgico.

Alteraciones de la motilidad intestinal

Vómitos: averiguar su frecuencia, volumen, consistencia, características, olor y color. El vómito bilioso indica obstrucción por debajo de la ampolla de Váter y el vómito con alimentos sin digerir o de co-

lor blanquecino, obstrucción por encima de la misma. El vómito feculento indica cuadros obstructivos bajos o de larga duración.

Constipación y parálisis intestinal: pueden deberse a obstrucción, intoxicaciones, septicemia, alteración hidroelectrolítica, etc.

Diarrea: puede ser la manifestación inicial de un abdomen agudo obstructivo o inflamatorio, frecuente en recién nacidos y lactantes.

Distensión abdominal: puede ser parcial o generalizada. Expresa una alteración de la motilidad intestinal con acumulación excesiva de gases, líquido o materia fecal en los intestinos. También puede deberse a la presencia de aire o líquido en la cavidad peritoneal, tumores o visceromegalias. A veces se puede observar abdomen tenso, distendido con dibujo de asas intestinales o equimosis en la pared abdominal que indican sufrimiento visceral.

Otras manifestaciones

Fiebre: presente en casi todo cuadro de abdomen agudo, pero frecuente o constante en el abdomen agudo inflamatorio

Manifestaciones generales: facies dolorosa, posición antálgica, hipersensibilidad abdominal o abdomen rígido con flexión de piernas, signos de dificultad respiratoria, irritabilidad, inquietud, desasosiego, malestar general, quietud o imposibilidad de moverse, inapetencia y grados variables de choque.

Signos de traumatismo, accidental o provocado: hematomas, equimosis, laceraciones, cortes, heridas, quemaduras, etc.

Examen físico

Debe ser realizarlo en un cuarto tranquilo, generalmente en presencia de los padres e iniciar la palpación y percusión en una zona distante a la referencia del dolor. En el examen tener en mente causas, además considerar la posibilidad de dolor referido o extra-abdominal.

La localización de puntos dolorosos específicos permite una mejor ubicación del órgano(s) afectado(s). Tanto por palpación, percusión o presionando con la mano o con el estetoscopio.

La palpación y percusión abdominal identifica masas abdominales, vísceras, líquido, aire, o plastrones inflamatorios dolorosos (timpanismo o matidez). La resistencia muscular o “abdomen en tabla” y el signo del rebote que causa mucho dolor, son datos de irritación peritoneal o apendicitis. El signo del rebote en niños, se puede elucidar pidiendo al paciente a toser, saltar sobre la camilla o podemos sacudir el muslo del niño.

La auscultación abdominal diferencia el íleo paralítico (peristalsis disminuida o silencio abdominal) del íleo mecánico (peristalsis incrementada).

Incluir al final un examen rectal para determinar si la ampolla rectal esta libre u ocupada.

En adolescentes mujeres es importante considerar y realizar un examen ginecológico y pélvico y descartar gestación, embarazo ectópico, procesos inflamatorios, quistes o tumores ováricos, etc.

El recién nacido y lactante expresan el dolor con llanto e irritabilidad y en general son de difícil valoración, en ocasiones es necesario emplear sedación leve para el examen. En cambio, el niño mayor tiene la capacidad de informar con detalle las características del dolor.

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: donde es frecuente encontrar datos de anemia, trombocitopenia o datos de infección (leucocitosis o leucopenia y desvío a la izquierda).
- PCR cuantitativa: elevada en casos infección bacteriana.
- Examen general de orina y urocultivo: para descartar infección de vías urinarias y otras patologías renales (glucosuria, cetonuria, proteinuria, hematuria, etc.).

- Examen de heces: moco fecal, parasitológico, coprocultivo, búsqueda de sangre oculta (prueba del guayaco), material sin digerir y pH.
- Pruebas de embarazo: en mujeres adolescente.
- Pruebas de función hepática, pancreática, renal, de coagulación sanguínea y otras: según cada caso.

Entre los exámenes por imágenes más utilizados, mencionamos:

Radiografía simple de abdomen: anteroposterior de pie, echado y decúbito lateral, en busca de niveles hidroaéreos, aire libre o gas en cavidad abdominal, doble burbuja, masas intra-abdominales, calcificaciones, etc. Ver figuras # 1, 2 y 3.

Se debe incluir tele-radiografía de tórax para confirmar o descartar un proceso neumónico (causa frecuente de dolor abdominal agudo reflejo).

Figura # 1. Radiografías simples lateral y de pie, observándose Neumoperitoneo



Figura # 2. Niveles hidroaéreos



Figura # 3. Imagen en “doble burbuja”. Atresia duodenal



El rastreo ecográfico abdominal y pelviano, nos permite evaluar con mayor precisión la cavidad y su contenido, facilitando el diagnóstico.

En ocasiones se necesita de otros exámenes más especializados:

Paracentesis peritoneal: permite demostrar sangre, bilis, pus y otros fluidos en la cavidad peritoneal.

Otros exámenes. Tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética nuclear de abdomen, radiografías contrastadas del tubo digestivo, endoscopia gastroduodenal, rectosigmoidoscopia y otras pruebas más especializadas de acuerdo a cada caso en particular.

En casos difíciles se recomienda laparoscopia y/o cirugía exploradora para dilucidar el diagnóstico.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico se basa en la detallada anamnesis, manifestaciones clínicas y examen clínico completo descritos anteriormente y sobre todo la observación frecuente y oportuna de la evolución del cuadro.

Además de solicitar los exámenes complementarios de acuerdo a cada caso en particular, para confirmar o excluir los diagnósticos planteados.

Diagnóstico diferencial

Es importante diferenciar el dolor abdominal agudo intra-abdominal (médico como quirúrgico) del extra-abdominal. Ver cuadro # 1

Cuadro # 1, Diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo.



Complicaciones y secuelas

En general las complicaciones son múltiples y las más frecuentes incluyen: necrosis y perforación intestinal, peritonitis, hemoperitoneo, septicemia y diversos grados de choque hipovolémico o séptico.

Posteriormente se presentan secuelas como: adherencias, síndrome de intestino corto y alteraciones de la digestión.

Tratamiento

El manejo integral del niño con abdomen agudo incluye la estabilización del estado general del paciente y su observación permanente:

1. Mantener vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas.
2. Iniciar acceso venoso, en lo posible por catéter central.
3. Colocar sonda vesical y naso u orogástrica.
4. Corregir el desequilibrio hidroelectrolítico, metabólico, ácido-base y trastornos de coagulación.
5. Tratar los diversos grados de choque.
6. Rectificar los trastornos de coagulación.
7. Administrar antibióticos de amplio espectro en casos de septicemia o de acuerdo a la sospecha del foco infeccioso o resultados de laboratorio.
8. Aliviar ocasionalmente el dolor sin interferir con el proceso de evaluación frecuente y diagnóstico de la enfermedad de base.
9. Tratar el abdomen agudo médico de acuerdo a cada caso en particular.

El manejo especializado del abdomen agudo quirúrgico corre a cargo del cirujano.

Pronóstico

Está en relación al diagnóstico, manejo y tratamiento oportunos y a la patología de base.

Dolor abdominal recurrente

Definición

El dolor abdominal recurrente (DAR) se define por la presencia de tres episodios de dolor abdominal en los tres meses previos a la consulta, que producen limitación de la actividad normal del niño y/o preocupación en la familia.

El DAR afecta aproximadamente a un 10-20% de niños en edad preescolar o escolar y es más frecuente en mujeres. La evaluación del niño con DAR es frustrante y exige del médico y familiares, paciencia y conocimiento. No existen pruebas que demuestren un perfil uniforme psicopatológico entre niños con DAR.

En forma práctica, clasificamos al DAR en:

DAR orgánico: generalmente asociado a otros síntomas y signos clínicos (estreñimiento, diarreas, vómitos, disuria, cefaleas, edemas, artralgias, ictericia, etc.). Es más frecuente en los niños menores de dos años e infrecuente en los mayores. Son causas frecuentes las siguientes patologías: Ver cuadro #2

Cuadro # 2, Causas de dolor abdominal recurrente orgánico.

- Gastroduodenitis.
- Enfermedad ulcero-péptica secundaria a infección por *H. pylori*.
- Giardiasis, amebiasis y otras parasitosis.
- Estreñimiento
- Intolerancia a la lactosa
- Epilepsia abdominal
- Migraña abdominal
- Colecistitis
- Hepatitis
- Pancreatitis
- Infección del tracto urinario
- Tuberculosis abdominal
- Intoxicación por plomo
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Colon irritable
- Enfermedad celiaca (intolerancia al gluten)

DAR funcional, no se encuentra una causa orgánica a pesar de una evaluación clínica completa, en la mayoría de los casos se asocia un componente psicogénico, de estrés o ansiedad. En general, el DAR funcional no se asocia a ninguna causa anatómica o bioquímica concreta e identificable. Sin embargo, en su evaluación se deben descartar las causas orgánicas. El DAR funcional es más frecuente en los niños mayores de dos años. Cuadro # 3

Cuadro # 3, Motivos frecuentes que causan DAR funcional

- Niños con depresión u otros problemas psicológicos
- Chicos con fobia al colegio
- Hijo único
- Hermano mayor o menor en familias numerosas
- Hijo que vive con padres divorciados o con uno sólo por fallecimiento
- Situaciones de rivalidad o celos entre hermanos
- Niños que reciben malos tratos o intimidación
- Historia de DAR en otros familiares o parientes

Manifestaciones clínicas

Los síntomas del DAR son generalmente inespecíficos, la ausencia de datos clínicos a favor de un proceso orgánico específico, ayudan a establecer el diagnóstico de dolor funcional. En general, el DAR funcional se exagera en casos de estrés y desaparece o mejora los fines de semana o durante las vacaciones escolares.

Evaluación clínica

Las maniobras diagnósticas más importantes para su diagnóstico son una historia clínica detallada y un examen físico completo. Más del 90% de los niños con DAR no presentan anomalías anatómicas ni alteraciones de la mucosa del tracto gastrointestinal. El dolor es característicamente central, localizado alrededor del ombligo y por lo demás los niños se encuentran bien.

Exámenes complementarios

En casos de DAR funcional, ocasionalmente se requieren exámenes complementarios que generalmente se limitan a un hemograma completo, examen de orina y heces fecales. Ocasionalmente rastreo ecográfico abdominal.

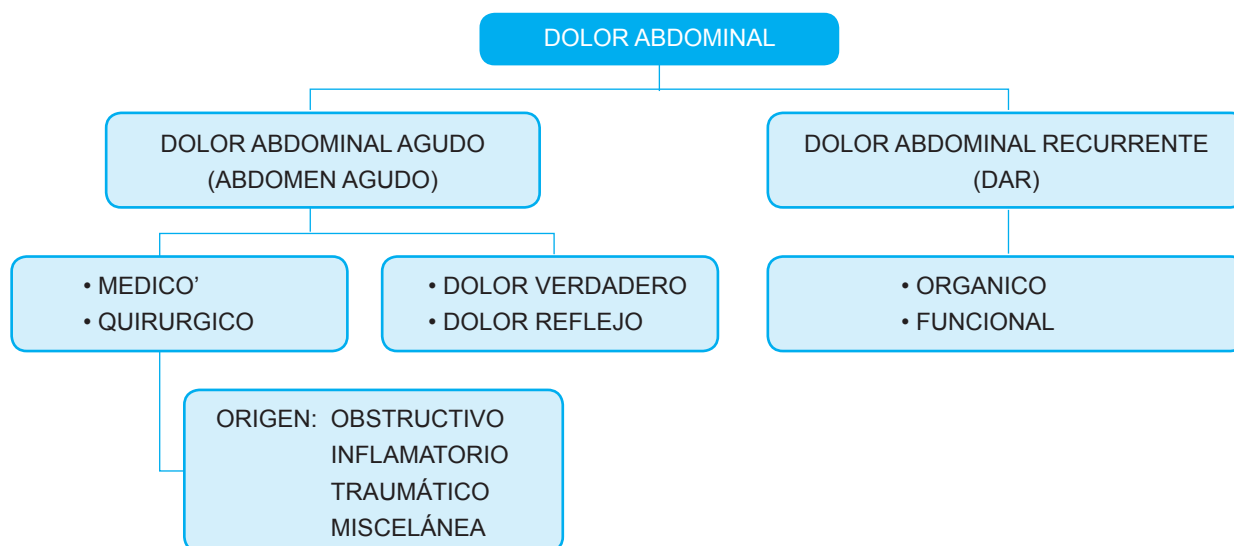
Cuando se sospecha DAR orgánico, se deben realizar todos los exámenes complementarios necesarios para arribar a un diagnóstico certero (coproparasitológico seriado, EGO, hemograma completo, VES, identificación de *H. pylori*, Ac. antiendoneurosis y anti gliadina (casos sospechosos de enfermedad celíaca), etc.

Tratamiento

El DAR orgánico se trata de acuerdo a la causa encontrada, en cambio el DAR funcional se maneja con información y reforzamiento correcto de los hechos, control de la ansiedad familiar y del niño, disminución de las situaciones de estrés, tratamiento de problemas psicológicos subyacentes, etc.; ocasionalmente se utilizan medicamentos que producen un efecto placebo transitorio.

El siguiente flujograma (Cuadro # 4) ayuda a la evaluación del dolor abdominal en pediatría.

Cuadro # 4. Flujoograma del dolor abdominal en pediatría



Referencias

1. Achenson J, Banerjee J. Management of suspected appendicitis in children. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2010; 95: 9-13.
2. Blakely ML. Early vs interval appendectomy for children with perforated appendicitis. Arch Surg 2011. Localizable en: archsurg.com. Acceso: febrero 2013.
3. Booth I. Gastroenterología. En: Lissauer T, Clayden G, eds. Texto Ilustrado de Pediatría. 3ra. ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.p.205-24.
4. Buch NA, Ahmad SM, Ahmad SZ, Ali SW, Charoo BA, Hassan M. Recurrent abdominal pain in children. Indian Pediatr 2002; 39:830-4.
5. Dengler-Criss C, Horst S, Walker T, Lynn S. Somatic complaints in childhood functional abdominal pain is associated with functional gastrointestinal disorders in adolescence and adulthood. J Pediatr Gastroenterol Nutrition 2011; 52: 162-5..
6. Garcia A, Sánchez T, Camarero C, Turegano F. Dolor abdominal. Abdomen agudo. Medicine 2011; 10: 6069-77.
7. Gieteling M, Bierma S, Van Leewen Y, Passchier J, Berger M. Prognostic factors for persistence of chronic abdominal pain in children. J Pediatr Gastroenterol Nutrition 2011; 52: 154-61.
8. Mazzi E. Abdomen agudo. Rev Soc Bol Ped 1999; 38:86-8.
9. Mazzi E. Dolor abdominal. En: Mazzi E, Sandoval O, Aranda E, Bartos A, Peñaranda RM, Kaune V, Velasco VH, Zamora A, eds. Texto de la Cátedra de Pediatría. 5ta. ed. La Paz: Elite Impresiones; 2011.p. 279-84.
10. McCollough M, Sharieff G Q. Abdominal pain in children. Pediatr Clin North Am 2006; 53:107-37.
11. Mejia H, Mazzi E. Dolor abdominal agudo y recurrente. En: Principios de Diagnóstico y Tratamiento en Pediatría. Mazzi E, Zamora A, Salazar V, Bocangel D, Sandoval O, Aranda E, eds. 4ta ed. La Paz: Bolivian Print; 2013.
12. Pantoja M. Abdomen agudo no quirúrgico en pediatría. En: Mitru N, ed. Abdomen agudo no quirúrgico. 1ta. ed. La Paz: Weinberg S.R.L.; 2011.p.451-57.