



Dolor abdominal crónico

E. SALCEDO LOBATO¹, A. COLMENERO HERNÁNDEZ² Y C. DE LA JARA DE SOROA³

¹ Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe (Madrid)

² Centro de Salud Santa Hortensia. Atención Primaria. Área 2 (Madrid)

³ Centro de Salud Sector III. Atención Primaria. Área 10. Getafe (Madrid)

CUADERNO DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

El dolor abdominal crónico (DAC) es un motivo de consulta muy frecuente que afecta a un grupo heterogéneo de niños en edad escolar. Su importancia radica en su elevada prevalencia, el gran consumo de recursos sanitarios que supone y la repercusión negativa en la calidad de vida del paciente. Sólo una minoría de los casos presenta enfermedades orgánicas, siendo la mayoría de origen funcional o psicoemocional. En la fisiopatología del DAC destaca la hiperalgesia visceral, con respuesta dolorosa a estímulos físicos y emocionales.

El enfoque diagnóstico debe basarse en una historia clínica detallada y una exploración física completa. Debemos conocer las características del dolor, si existen síntomas asociados y hacer una valoración psicoemocional del niño y de su entorno. Se han determinado signos y síntomas de alarma, en ausencia de los cuales el DAC se debe considerar como de etiología no orgánica, por lo que no está indicada la realización de pruebas complementarias. Una actitud comprensiva por parte del pediatra, explicando de forma sencilla al niño y a su familia la benignidad del cuadro, disminuye la angustia familiar y puede mejorar el pronóstico del dolor.

Si existen signos o síntomas de alarma que indiquen enfermedad orgánica se recomienda solicitar pruebas complementarias de primer nivel, orientadas según el cuadro clínico, para detectar las principales entidades orgánicas que producen DAC. Si los resultados indican enfermedad orgánica puede tratarse desde Atención Primaria o ser necesario remitir al gastroenterólogo para completar estudio y/o pautar tratamiento.

Si los resultados de las pruebas complementarias son normales pero la evolución es desfavorable, o detectamos factores de riesgo psicológicos, se recomienda remitir a Salud Mental para valoración psicológica.

En los trastornos orgánicos se debe pautar el tratamiento específico. En el DAC funcional no hay evidencia demostrada de eficacia de las intervenciones en la dieta. En cuanto al tratamiento farmacológico, sólo hay cierta evidencia con el pizotifeno en la migraña abdominal. Únicamente en casos seleccionados se recomienda intentar un tratamiento farmacológico empírico con el objetivo de controlar la sintomatología,

pero nunca de modo prolongado. Aunque no suele ofrecerse habitualmente, el tratamiento cognitivo sí ha demostrado eficacia clínica.

EL PROBLEMA EN NUESTRO MEDIO

El DAC en pediatría afecta a un grupo heterogéneo de niños que comprende a pacientes con enfermedades orgánicas y otros con trastornos funcionales o psicógenos. Es un problema muy común que motiva numerosas visitas a la consulta de Atención Primaria y, en ocasiones, la realización de pruebas complementarias y derivación a consulta del especialista, con un gasto elevado en recursos sanitarios. Aunque la mayoría de los casos no presentan una enfermedad grave, sí supone un importante deterioro de la calidad de vida, por la repercusión sobre la actividad habitual del niño, la ansiedad que genera en el entorno familiar y las altas tasas de absentismo escolar y laboral que provoca.

El dolor abdominal recurrente fue definido clásicamente por Apley¹ como aquél que se presenta en niños mayores de 4 años, de intensidad suficiente como para interferir en su actividad, con tres o más episodios en un período superior o igual a 3 meses. Aunque se ha utilizado como sinónimo de trastorno funcional, es un término únicamente descriptivo. En la actualidad se prefiere hablar de dolor abdominal crónico, y se aplica a procesos de duración mayor de un mes para excluir trastornos banales y abdominalgias agudas.

La prevalencia estimada en los países occidentales varía, según edad y criterios de definición, desde el 0,3% al 19%². Tiene dos picos de incidencia, uno a los 5-7 años y otro en la edad prepuberal, con ligero predominio en sexo femenino en niñas mayores de 9 años. También se ha asociado con mayor riesgo de alteraciones psicológicas y migrañas en la edad adulta³.

Fisiopatología

El dolor abdominal de causa orgánica suele ser secundario a las alteraciones causadas por el proceso (inflamación, hipoxia, etc.). Sin embargo, en la mayoría de los casos de DAC funcional están implicados los fenómenos de hipersensibilidad

visceral y, en menor medida, la dismotilidad gastrointestinal. Los niños con DAC tendrían una reactividad exagerada a múltiples estímulos (hiperalgesia)⁴, tanto fisiológicos como nociceptivos y emocionales, en ocasiones asociado a una disminución del umbral del dolor. Se ha descrito la existencia de una hiperalgesia secundaria a un proceso inflamatorio banoal, tras el cual la sensibilidad visceral queda alterada. La dismotilidad intestinal juega un papel secundario, aunque se ha demostrado su existencia mediante estudios manométricos.

El componente psicológico y el entorno familiar tienen una especial relevancia. Además de poder desencadenar episodios de dolor por estímulos emocionales, los niños con DAC suelen tener un carácter tímido, introvertido, perfeccionista, y con frecuencia están presentes alteraciones en la dinámica de relación familiar que pueden fomentar el dolor. Pueden existir antecedentes familiares de enfermedades digestivas o incluso psiquiátricas. También se han descrito casos de trastornos depresivos, síntomas de conversión e incluso síndrome de Munchäusen por poderes, lo que obliga a una intervención del paidopsiquiatra.

Etiología

La mayoría de los autores coinciden en que únicamente el 5-15% de los casos de DAC tienen un origen orgánico, aunque suele ser más frecuente en niños menores de 4 años. Las principales causas orgánicas causantes de dolor abdominal crónico, digestivas y extradigestivas, se enumeran en la **tabla 1**. Debemos considerar que puede haber circunstancias patológicas coincidentes que no sean las responsables

Dolor abdominal tipo dispepsia	Dolor abdominal periumbilical
<ul style="list-style-type: none"> • Esofagitis por reflujo gastroesofágico • Esofagitis eosinofílica • Enfermedad ulcerosa péptica • Yatrogenia (p. ej., AINEs) • Inflamación de mucosa gastroduodenal (gastritis eosinofílica, enfermedad de Crohn...) • Gastritis infecciosa • Alteraciones de la motilidad (gastroparesia, disquinesia biliar...) • Patología biliar • Pancreatitis crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Infecciones intestinales crónicas (parásitos, Tbc...) • Enfermedad inflamatoria intestinal • Enfermedad celíaca • Gastroenteropatía eosinofílica • Malrotación intestinal • Adherencias posquirúrgicas • Divertículo de Meckel • Vasculitis (p. ej., púrpura de Schönlein-Henoch) • Patología ginecológica: endometriosis, quiste ovárico... • Patología urológica: obstrucción ureteropélvica, urolitiasis • Trastornos musculoesqueléticos • Tumores abdominales (neuroblastoma, linfoma intestinal)

Tabla 2
CRITERIOS ROMA III

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES RELACIONADOS CON DOLOR ABDOMINAL

Niños de 4 a 18 años con presencia de síntomas al menos una vez a la semana durante al menos 2 meses previos al diagnóstico, sin evidencia de un trastorno inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que pueda explicar los síntomas.

Dispepsia funcional

- Dolor abdominal supraumbilical persistente o recurrente
- No se alivia con defecación ni asociado con cambio en frecuencia o características de las deposiciones

Síndrome de intestino irritable

Disconfort abdominal o dolor asociado con 2 o más de las siguientes, al menos el 25% del tiempo:

- Mejoría con la defecación
- Inicio asociado con cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Inicio asociado con cambio en las características de las deposiciones

Migraña abdominal

Criterios: se cumplen durante 2 o más veces en los últimos 12 meses:

- Episodios paroxísticos de dolor abdominal periumbilical intenso de una hora o más de duración
- Intervalos asintomáticos de semanas o meses
- El dolor interfiere con la actividad habitual
- El dolor está asociado a dos o más de los siguientes síntomas:
 - Anorexia
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Cefalea
 - Fotofobia
 - Palidez

Dolor abdominal funcional de la infancia

- Dolor abdominal episódico o continuo
- Criterios insuficientes para otros trastornos gastrointestinales funcionales

Síndrome del dolor abdominal funcional de la infancia

Debe incluir dolor abdominal funcional al menos el 25% del tiempo y además uno o más de los siguientes:

- Alguna repercusión sobre actividad habitual
- Síntomas somáticos adicionales como cefalea, dolor de miembros, dificultad para dormir

del cuadro doloroso (p. ej., colonización por *H. pylori*, parasitosis...). La mayoría de los niños con DAC no tienen ninguna enfermedad orgánica, el dolor está provocado por problemas funcionales o psicoemocionales. Los trastornos funcionales han adquirido gran protagonismo en la patología digestiva de los últimos años; muchos de estos niños cumplen criterios de algunos de los trastornos funcionales de la infancia, revisados recientemente⁵, que se consideran un diagnóstico concreto (**tabla 2**). Sin embargo, no podemos

olvidar que en la mayoría de los casos coexisten factores orgánicos, funcionales y psicológicos, incluso que el dolor crónico provoca ansiedad y angustia por sí mismo⁶.

SECUENCIA DIAGNÓSTICA

La herramienta fundamental para la orientación diagnóstica de los niños con DAC es la historia clínica. Es conveniente establecer una relación de confianza con el niño y su familia, mostrando interés por el cuadro, compartiendo su preocupación y reconociendo el dolor como real. El interrogatorio debe estar enfocado de forma activa tanto hacia la detección de síntomas que nos orienten hacia un cuadro orgánico como a una valoración psicoemocional del niño y su entorno que nos ayude a comprender las manifestaciones del dolor. También debemos conocer los antecedentes de procesos médico-quirúrgicos del niño, incluyendo regurgitaciones o cólicos durante los primeros meses de vida. Los antecedentes familiares de enfermedades crónicas, en especial las digestivas, tanto orgánicas como funcionales, y las psiquiátricas nos ayudarán para realizar el adecuado enfoque diagnóstico.

Las características del dolor y la existencia o no de síntomas asociados indicarán en gran medida la posible etiología del cuadro. Debemos preguntar por el tipo de dolor, su intensidad, forma de comienzo, tiempo de evolución, frecuencia y duración de los episodios, factores que desencadenan o alivian el dolor (defecación, ingesta, vómitos, situaciones estresantes...). La localización del dolor, preferentemente indicada de forma espontánea por el paciente, es básica para la orientación etiológica.

El dolor abdominal puede acompañarse de síntomas como vómitos, pirosis, alteraciones en la frecuencia y/o características de las heces, fiebre, anorexia, pérdida de peso, cefalea, signos vegetativos (palidez, sudor frío, mareos...) o síntomas genitourinarios. La presencia de algunos de estos síntomas y su repercusión sobre el estado general nos ayudará a realizar el juicio clínico.

Como ya se ha comentado previamente, el componente psicoemocional del niño y de su entorno puede jugar un papel fundamental en el origen del DAC, así como en la vivencia de éste por parte del paciente y su familia. El carácter del niño, su personalidad, su forma de relacionarse, su comportamiento en el colegio, la reacción del niño y su familia a los episodios de dolor y las limitaciones y posibles beneficios secundarios obtenidos por el dolor deben ser tenidos en cuenta en la valoración del DAC.

La exploración física ha de ser completa y meticulosa, prestando especial atención al estado nutricional y a la exploración abdominal. Además de las medidas antropométricas obligadas, debemos hacer una valoración nutricional fijándonos en la masa muscular y en el aspecto y coloración de la piel y mucosas. En la exploración abdominal, se detectará la existencia de áreas dolorosas a la palpación, presencia de masas, visceromegalias o restos fecales, así como distensión o timpanismo. No debemos olvidar la exploración anal, incluyendo el tacto rectal para buscar afectación perianal y retención fecal.

Protocolo diagnóstico

A pesar de su elevada prevalencia y de su enorme presencia en la literatura médica, la heterogeneidad de los pacientes con DAC ha dificultado la existencia de un protocolo de actuación diagnóstico basado en la evidencia. Las siguientes pautas de actuación se basan en recomendaciones de expertos⁷⁻¹¹ y en guías de actuación consensuadas¹².

Tras una historia clínica exhaustiva y una exploración física completa el pediatra debe establecer el juicio clínico sobre el origen del dolor. Aunque no hay evidencia de que la localización del dolor, su intensidad, la afectación general o la presencia de determinados síntomas asociados nos permita distinguir sin dudar entre etiología orgánica o funcional, sí hay acuerdo sobre la existencia de unos síntomas y signos de alarma^{13,14} cuya presencia determina una elevada sospecha de origen orgánico (tabla 3).

Hay acuerdo que en ausencia de los signos de alarma descritos se debe orientar inicialmente como dolor no orgánico. El médico debe crear un clima de confianza y mostrar interés por el proceso, evitando actitudes de desprecio y minimización el problema. En esta situación no está indicado solicitar pruebas complementarias, sino tranquilizar al niño y a sus familiares explicando de forma sencilla la probable benignidad del cuadro. Así se evitan pruebas innecesarias además de debilitar el sentimiento de enfermedad, lo que disminuye la angustia del niño y su entorno. La realización de pruebas complementarias en estos niños sin síntomas de alarma no influye en el pronóstico del dolor¹⁵. En casos seleccionados, se puede plantear una prueba terapéutica empírica según la clínica (p. ej., laxante, si hay retención fecal; inhibidores de la secreción ácida si existe dispepsia...).

Si se sospecha causa orgánica por presencia de algún signo de alarma, se deben solicitar pruebas complementarias orientadas desde atención primaria según el cuadro clínico. También se pueden solicitar en caso de evolución desfavorable

Tabla 3
SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

Historia clínica	Exploración física
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor no periumbilical, asimétrico o irradiado • Dolor fijo en cuadrante superior o inferior derecho • Pérdida de peso no voluntaria • Presencia de sangre en heces • Vómitos significativos • Diarrea crónica • Fiebre • Dolor nocturno que despierta al niño • Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, úlcus o enfermedad celíaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de pérdida de peso o desnutrición • Palidez, ictericia • Visceromegalias • Palpación de masas • Afectación perianal

Tabla 4
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS A REALIZAR EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dolor abdominal tipo dispepsia	Dolor abdominal no dispéptico
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • VSG, PCR • Bioquímica básica • Cinética de hierro • Amilasa y lipasa • Sangre oculta en heces 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • VSG, PCR • Bioquímica básica • Cinética de hierro • Antigliadina y antitransglutaminasa • Inmunoglobulinas (IgA) • Parásitos en heces • Sangre oculta en heces • Radiografía de abdomen • Ecografía abdominal • Sedimento de orina y urocultivo

PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.

o por elevada presión familiar, con el objetivo de que su normalidad pueda disminuir la angustia en el entorno. En caso de afectación importante o sospecha de cuadro grave, valorar y remitir directamente a atención especializada. Estas pruebas de primer nivel se han dividido por el tipo de dolor en dispéptico y no dispéptico (tabla 4) y están encaminadas a detectar alteraciones presentes en los procesos orgánicos más frecuentes. Así, en el dolor dispéptico la anemia o ferropenia pueden indicar esofagitis o enfermedad ulcerosa y la hiperbilirrubinemia o hipertransaminasemia indica patología hepatobiliar. En el dolor no dispéptico, los reactantes de fase aguda aumentados (PCR, VSG, leucocitosis, trombocitosis) señalan la probabilidad de una enfermedad inflamatoria intestinal y la positividad de anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa alertan sobre la presencia de la enfermedad celíaca. Destaca el uso de la ecografía abdominal en la práctica clínica habitual. La indicación de modo estricto es en el dolor fijo en cuadrantes superior o inferior derechos, presencia de masas o sospecha de patología hepatobiliar, urológica o ginecológica; sin embargo, en muchas ocasiones se solicita sin criterios de organicidad para que su normalidad refuerce el diagnóstico de cuadro funcional y calme la ansiedad familiar.

Si los resultados obtenidos en los exámenes complementarios demuestran enfermedad orgánica, se puede pautar un tratamiento específico en atención primaria o derivar al gastroenterólogo pediátrico para nuevas pruebas diagnósticas y/o tratamiento. En la consulta de digestivo infantil se pueden solicitar pruebas específicas según el cuadro clínico para confirmar la sospecha diagnóstica: esofagogastroscofia en caso de síntomas de esofagitis o enfermedad ulcerosa, tránsito digestivo o enema opaco si sospecha de malrotación intestinal o enfermedad de Hirschprung, colonoscopia o gammagrafía con leucocitos marcados si cuadro clínico sugerente de enfermedad inflamatoria intestinal, biopsia yeyunal si hay anticuerpos antitransglutaminasa positivos... Tras el diagnóstico etiológico el especialista pautará el tratamiento correspondiente

y será el responsable del control evolutivo del cuadro si es necesario un seguimiento en consulta de digestivo infantil.

Las pruebas complementarias pueden poner de manifiesto circunstancias coincidentes que no son la causa del dolor abdominal. En este sentido destaca el papel controvertido de la enfermedad gastroduodenal por *Helicobacter pylori*. La infección se adquiere mayoritariamente en los primeros 5 años de vida¹⁶ y su prevalencia estimada en la edad escolar en nuestro medio alcanza el 15-25%¹⁷. Habitualmente la infección es asintomática y produce una gastritis crónica leve sin signos de actividad, aunque un pequeño porcentaje de los niños infectados desarrollan úlcera péptica. No se ha demostrado asociación causal entre la infección por *H. pylori* y el DAC¹⁸, sólo en caso de sospecha de enfermedad ulcerosa se debe investigar la enfermedad por *Helicobacter* mediante la realización de una endoscopia digestiva alta. No está indicado la búsqueda rutinaria de la infección mediante métodos no invasivos que no demuestran enfermedad (serología, test del aliento con urea marcada).

También puede ocurrir que los resultados de las exploraciones complementarias realizadas sean normales, pero que persista el dolor abdominal, sin ningún signo o síntoma que nos indique organicidad. En estos casos se debe profundizar en el componente psicoemocional del niño y su entorno y puede ser conveniente la valoración por un psicólogo infantil. El DAC funcional que genere gran ansiedad puede hacer aconsejable la valoración por un gastroenterólogo con el fin de tranquilizar al entorno familiar.

MANEJO INICIAL

El objetivo fundamental del tratamiento en el DAC funcional es la normalización de la actividad habitual del niño más que la total desaparición del dolor. Es necesario calmar la ansiedad del paciente y de sus padres, ya que influye en el pronóstico del dolor^{19,20}: los pacientes cuyos padres prestan más atención a los síntomas presentan mayor número de episodios que aquellos a los que se les distrae. Para el control de la ansiedad es importante dar la información adecuada a la familia, asegurar que, aunque no haya causa orgánica que lo produzca, el dolor es real, pero no implica gravedad. Insistir en que es una entidad diferenciada y bien conocida en la infancia, y que el dolor es uno de sus síntomas más característicos. Se aconseja normalizar la vida diaria del niño, continuar con sus actividades habituales del niño, evitando las ausencias escolares por este motivo²¹. Se deben eliminar aquellos factores desencadenantes y los refuerzos del problema que hayamos identificado.

Los estudios controlados sobre tratamiento de dolor abdominal funcional en niños son escasos, la mayoría presentan alternativas terapéuticas cuya eficacia no está comprobada de forma estadística, aunque parece mejorar alguno de los síntomas que el paciente pueda presentar²².

Intervenciones dietéticas

No hay evidencia de que la intervención sobre la dieta sea eficaz en el manejo de los niños con dolor funcional²³. Comen-

zando con la fibra, se han realizado estudios para comprobar la eficacia de añadir fibra con resultados débiles y no concluyentes¹⁹. Mientras que un aporte adecuado es imprescindible en niños con estreñimiento, su exceso en la dieta puede aumentar la formación de gas intestinal y la consiguiente distensión abdominal que favorece el espasmo doloroso.

En cuanto a la exclusión de la lactosa en niños con DAC no ha mostrado eficacia en varios estudios²⁴, sólo se aconseja como prueba terapéutica su restricción en pacientes seleccionados con síntomas provocados por la ingesta de lácteos²⁵. Estos pacientes pueden estar en relación con la hipolactasia, trastorno de base genética frecuente en la población general, por lo que podrían tolerar lácteos fermentados con bajo contenido en lactosa (p. ej., yogures, queso curado)²⁶. También se aconseja eliminar de la dieta aquellos alimentos concretos que desencadenen dolor, así como evitar la ingesta de bebidas carbonatadas y con cafeína, almidones y productos que contengan sorbitol, por su efecto estimulante de la motilidad. Una dieta hipograsa puede mejorar los síntomas en aquellos pacientes que presentan náuseas y meteorismo abdominal superior.

Existen estudios que compara la suplementación con *Lactobacillus GG* versus placebo en niños con DAC funcional, pero no se han encontrado diferencias entre los grupos o no se ha demostrado eficacia de modo estadísticamente significativo²⁰.

Fármacos

También se ha utilizado el tratamiento farmacológico en un intento de controlar los síntomas en pacientes con DAC funcional, con resultados variables. Algunos estudios sobre el aceite de menta muestran mejorar de los síntomas de aquellos niños que presentan síndrome de intestino irritable. Este aceite relaja la musculatura lisa del intestino mediante bloqueo de los canales de calcio, contribuyendo a la mejoría de los síntomas, además de presentar un leve efecto anestésico que puede ayudar a reducir el dolor localmente¹⁰.

Se ha comprobado la eficacia del pizotifeno (antagonista serotoninérgico) para el tratamiento profiláctico de la migraña abdominal¹⁰, aunque puede producir incremento del apetito, alteraciones gastrointestinales e intranquilidad.

El tratamiento farmacológico empírico no se recomienda de modo rutinario en los trastornos funcionales, pero en casos seleccionados con gran repercusión en la calidad de vida, puede estar indicado. El objetivo es controlar la sintomatología dolorosa, por lo que se usarán los fármacos apropiados según el tipo de síntomas predominantes de cada cuadro. Debe comprobarse una respuesta clínica favorable, pero no está justificado su administración durante períodos prolongados.

En caso de síntomas dispépticos puede pautarse un tratamiento con antagonistas de los receptores de histamina (ranitidina, cimetidina, famotidina). Se recomienda reservar los inhibidores de la bomba de protones para la esofagitis por reflujo gastroesofágico o la enfermedad gastroduodenal orgánica comprobada¹². Los fármacos laxantes pueden conseguir mejoría clínica en pacientes con retención fecal o aumento de consistencia de las heces. Los pacientes con predominio de síntomas de dismotilidad (náuseas, vómitos, saciedad pre-

Tabla 5
PRINCIPALES FÁRMACOS UTILIZADOS
PARA TRATAMIENTO EMPÍRICO DEL DOLOR
ABDOMINAL CRÓNICO FUNCIONAL

Fármaco	Dosis	Presentación
DISPEPSIA		
Ranitidina	4-10 mg/kg/día en 2 dosis Máximo 300 mg/día	Comprimidos 75,150 y 300 mg (efervescente 150 mg) Ampollas 50 mg/5 ml
Cimetidina	20-40 mg/kg/día en 2-4 dosis Máximo 2.400 mg/día	Comprimidos 200, 400 y 800 mg
Famotidina	0,5-1 mg/kg/día en 1-2 dosis Máximo 80 mg/día	Comprimidos 20 y 40 mg
Omeprazol	40 mg/1,73 m ²	Cápsulas 10, 20 y 40 mg
Lansoprazol	1 mg/kg/día <20 kg: 15 mg/día >20 kg: 30 mg/día	Cápsulas 15 y 30 mg (bucodispersables)
DISMOTILIDAD		
Domperidona	1-2 mg/kg día en 3-4 dosis	Sol. 5 mg/5 ml Comp. 10 mg Supositorios 30 y 60 mg
Metoclopramida	0,4-0,8 mg/kg/día en 3-4 dosis	Sol. 5 mg/5 ml Gotas 2,6 mg/ml Comp. 10 mg
DOLOR ESPÁSTICO		
Bromuro de otilonio	>6 años: 5-30 mg en 2-3 dosis	Grageas de 10 y 40 mg
Trimebutina	>5 años: 100-200 mg/8-12 h	Comp. 100 mg Susp. 24 mg/5 ml
ESTREÑIMIENTO		
Lactulosa	1-3 ml/kg día en 2 dosis	Sol. 67 g/100 ml Sobres 10 g
Lactitol	0,25 g/kg/día en 1-2 dosis Máximo 20 g/día	Sobres 10 g Polvo 100%
Aceite de parafina	1-3 ml/kg/día en 2 dosis	Sol. 3,3 g/5 ml 4 mg/5 ml 2,3 mg/5 ml

coz y meteorismo) pueden beneficiarse de tratamiento con procinéticos (domperidona, metoclopramida), aunque no hay evidencia suficiente que apoye su recomendación y no están exentos de efectos secundarios. En períodos de dolor abdominal espástico muy intenso puede estar indicado el tratamiento sintomático con espasmolíticos, pero no hay evidencia que justifique su uso de modo prolongado o para prevenir nuevas crisis de dolor. Los principales fármacos utilizados como tratamiento empírico se resumen en la **tabla 5**.

Hay estudios que concluyen que la terapia conductual puede ser eficaz en el control del dolor. La terapia conductual (técnicas de relajación, modificación del comportamiento y de la conducta, hipnosis, meditación, *biofeedback*²⁷) comenzó a utilizarse con la idea de que el dolor producía una ganancia secundaria (atención especial, ausencia escolar), que hace que se perpetúe, aparece en respuesta a una conducta aprendida^{6,28}. La terapia conductual pretende cambiar esos patrones de conducta, modificando la actuación del

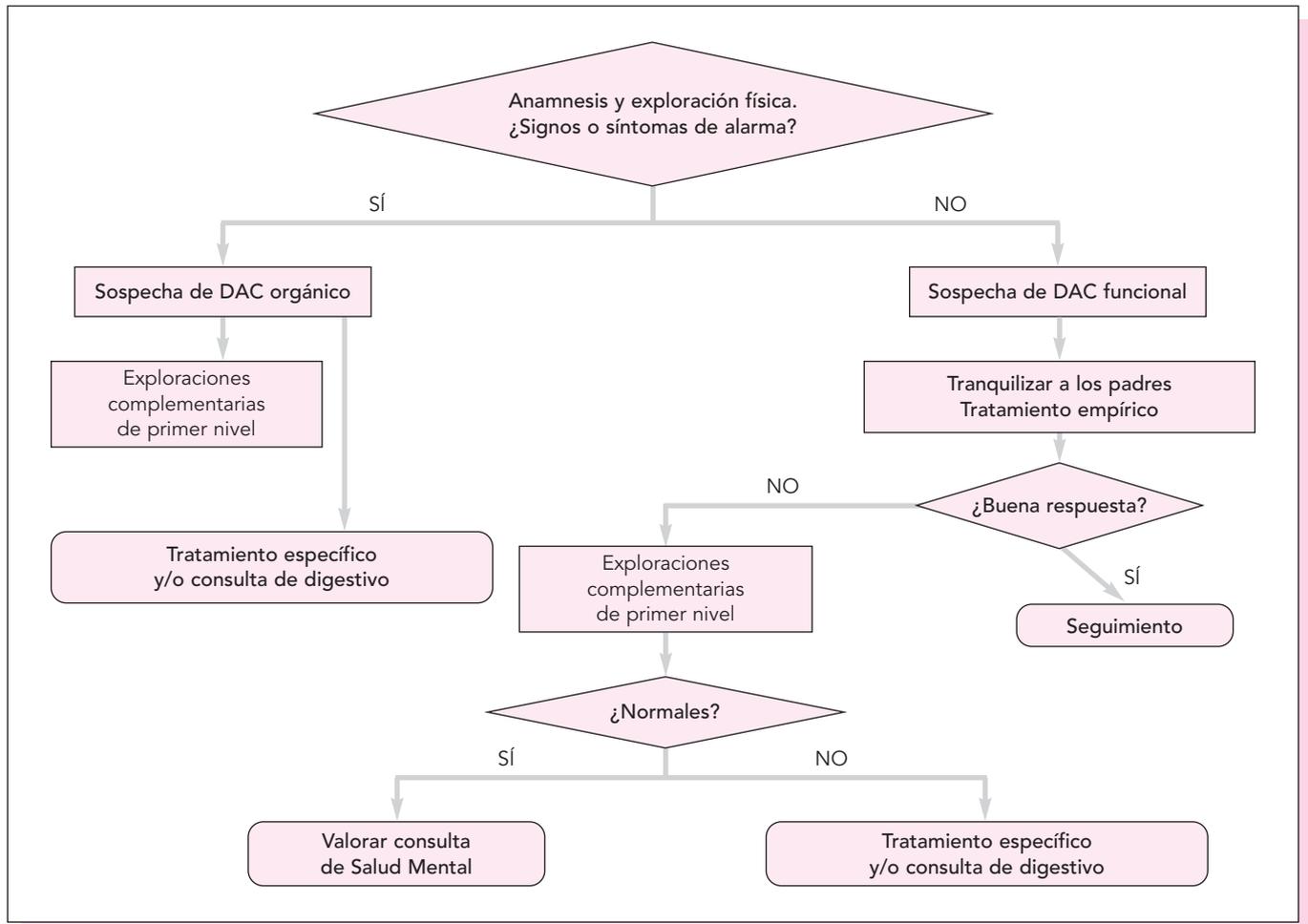


FIGURA 1. Algoritmo diagnóstico del dolor abdominal crónico. (Tomado de ref. 12.)

niño y de sus padres frente al dolor^{10,28}. Los estudios randomizados de tratamiento conductual en niños con DAC, a pesar de que presentan debilidades metodológicas, parecen proporcionar cierta evidencia de que esta intervención es útil²⁹. Sin embargo, la mayoría de los niños, sobre todo en consultas de atención primaria, acaban mejorando tranquilizando al niño y la familia, reforzando el diagnóstico de funcionalidad y con el tiempo de evolución. Aunque parecen efectivas en el control a largo plazo del dolor, se ofertan a los pacientes en muy pocas ocasiones (figura 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child* 1958;33:165-70.
2. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1868-75.
3. Campo JV, Di Lorenzo C, Chiapetta L, et al. Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it? *Pediatrics* 2001;108:e1.
4. Faure C, Wieckowska A. Somatic referral of visceral sensations and rectal sensory threshold for pain in children with functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr* 2007;150:66-71.
5. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130:1527-37.
6. Levy RL, Langer SL, Whitehead WE. Social learning contributions to the etiology and treatment of functional abdominal pain and inflammatory bowel disease in children and adults. *World J Gastroenterol* 2007;13:2397-403.
7. Thiessen PN. Dolor abdominal recurrente. *Pediatr Rev (en español)* 2002;23:213-9.
8. Urruzuno P, Bousoño C, Cilleruelo ML. Dolor abdominal. *An Esp Pediatr* 2002;56:452-8.
9. Boyle JT. Recurrent abdominal pain. An update. *Pediatr Rev* 1997;18:310-21.
10. AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children: A Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40:249-61.
11. Pereda A, Berbel O, Maluenda C. Dolor abdominal crónico y recurrente en el niño y adolescente. En: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Trata-

- miento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2.ª ed. Madrid: Editorial Ergón, 2008; pp. 41-50.
12. Grupo de Gastroenterología Pediátrica Zona Sur de Madrid. Dolor abdominal crónico. Guías conjuntas de actuación Primaria-Especializada en Patología Digestiva. www.mcmpediatria.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/DAC_GastroSur_2007.pdf.
 13. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT. American Academy of Pediatrics Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics* 2005;115:812-5.
 14. Pereda A, Manrique I, Pineda M. Dolor abdominal recurrente. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría 2002;5:37-45.
 15. Gieteling MJ, Bierma-Zeinstra SMA, Passchier J, Berger MY. Prognosis of chronic abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47:316-26.
 16. Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med* 2002;347:1175-86.
 17. Leandro Liberato SV, Hernández Galindo M, Torroba Álvarez L, y cols. Infección por *Helicobacter pylori* en pediatría: prevalencia, factores asociados e influencia sobre el crecimiento. *An Pediatr* 2005;63:489-94.
 18. Kalach N, Mention K, Guimber D, et al. *Helicobacter pylori* infection is not associated with specific symptoms in non ulcer-dyspeptic children. *Pediatrics* 2005;115:17-21.
 19. Crushell E, Rowland M, Doherty M, et al. Abdominal Pain: importance of Parental Conceptual Model of Illness in Severe Recurrent. *Pediatrics* 2003;112:1368-72.
 20. Berger MY, Gieteling MJ, Benninga MA. Chronic abdominal pain in children. *BMJ* 2007;334:997-1002.
 21. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Chronic Abdominal Pain in Children. *Pediatrics* 2005;115:812-5.
 22. Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systematic Review of Treatments for Recurrent Abdominal Pain. *Pediatrics* 2003;111:e1-11.
 23. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennet C, Macarthur C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, 2008:CD003019.
 24. Subcommittee on Chronic Abdominal Pain: Chronic Abdominal Pain in Children. *Pediatrics* 2005;115:370-81.
 25. Boyle JT. Recurrent abdominal pain. An update. *Pediatr Rev* 1997;18:310-21.
 26. Infante D. Intolerancia a la lactosa: ¿en quién y por qué? *An Pediatr* 2008;69:103-5.
 27. Plunkett A, Beattie RM. Recurrent abdominal pain in childhood. *JR Soc Med* 2005;98:101-6.
 28. Drotar D, Palermo T. Commentary: Conducting Randomized Controlled Trials of Psychological Treatment to Improve the Outcomes of Recurrent Abdominal Pain: Contributions and Challenges. *J Pediatric Psychology* 2005;30:449-52.
 29. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennet C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, 2008:CD003014.