RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

ARTÍCULO ORIGINAL

Perfil epidemiológico del dolor abdominal crónico en niños y adolescentes

Sarah Cascaes Alves[1], Elisa F. F. Cenci[2], Karen Y. Watanabe[2], Lonize W. Silveira[2], Aristides S. Cruz[3]

Palabras-clave:
adolescente,
dolor abdominal,
dolor crónico,
epidemiología,
niño.

Resumen

Introducción: Dolor abdominal crónico es definido como dolor abdominal intermitente o constante, de etiología funcional u orgánica, que está presente hace al menos dos meses. El objetivo de esta investigación fue evaluar los diagnósticos de niños y adolescentes con dolor abdominal crónico atendidos en un ambulatorio de gastroenterología pediátrica en Curitiba. **Métodos:** El estudio fue retrospectivo, con evaluación de los prontuarios de niños y adolescentes atendidos desde enero de 2009 a octubre de 2014 en el Ambulatorio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Universitario Evangélico de Curitiba. Para diagnóstico de los cuatro tipos de DAC funcional fueron adoptados los criterios de Roma III. **Resultados:** Fueron atendidos a 552 pacientes con diagnostico de DAC, los cuales correspondieron al 27% de todos los pacientes. Los diagnósticos encontrados fueron agrupados de la siguiente manera: DAC funcional (381 casos en 552 - 70%), dolor abdominal de causa orgánica (44 casos - 8%) y dolor abdominal de causa indefinida (127 casos - 22%). Los 381 pacientes con DAC funcional tuvieron distribución de causas de la siguiente manera: dolor abdominal funcional (DAF) (188 casos en 381 - 49%), jaqueca abdominal (JA) (90 casos- 24%), dispepsia funcional (DF) (89 casos - 23%) y síndrome del intestino irritable (SII) (31 casos - 8%). **Conclusión:** dolor abdominal crónico funcional correspondió al 70% de los casos de dolor abdominal crónico atendidos en el ambulatorio de gastroenterología pediátrica en cuestión, mientras el dolor abdominal orgánico correspondió al 8% de los casos. La causa de la DAC se definió en los 22% restantes.

[1] Médica - Médica residente de pediatría del Hospital Universitario Evangélico de Curitiba.
[2] Académica del 9º periodo de medicina Facultad Evangélica de Paraná.
[3] Doctor - Prof. Adjunto Doctor de la Asignatura de Pediatría de la Facultad Evangélica de Paraná.
Dirección:
Sarah Cascaes Alves
Hospital Universitario Evangélico de Curitiba. Rua Alameda Augusto Stellfeld, nº 1908, Bairro Bigorrilho, Curitiba, PR, Brasil. CEP: 80730-150.

INTRODUCCIÓN

Dolor abdominal crónico (DAC) se define como dolor abdominal intermitente o constante, de etiología funcional u orgánica, que está presente hace al menos dos meses[1]. Ocurre en el 10 al 19 % de los niños y la prevalencia es mayor en niños con edad de 4 a 6 años y al inicio de la adolescencia[2].

La causa más común de DAC en niños y adolescentes es la DAC funcional, la que implica la interacción entre los factores regulatorios del sistema entérico y sistema nervoso central[3]. Dolor abdominal crónico funcional puede estar asociado a la hiperalgesia visceral, umbral reducido para el dolor, dolor referido anormal después de la distensión retal, o perjudicada respuesta de relajamiento gástrico para refecciones[4].

La DAC funcional se puede diagnosticar en niños que tienen dolor abdominal crónico, sin señales o síntomas sugestivos de enfermedad orgánica y examen físico normal[5]. Varios disturbios gastrointestinales funcionales de la infancia tienen estándares reconocibles de síntomas, y entre ellos están incluidos los que cursan con DAC: dispepsia funcional, síndrome del intestino irritable, dolor abdominal funcional de la infancia, jaqueca abdominal[6].

Términos que se han utilizado en forma indistinguible con DAC funcional incluyen "dolor abdominal no orgánico", "dolor abdominal psicogénico" y "dolor abdominal recurrente". La Academia Americana de Pediatría de 2005, Sociedad de Gastroenterologia, Hepatología y Nutrición Pediátrica norteamericanas recomiendan que el término "dolor abdominal recurrente" no sea usado como sinónimo de dolor abdominal funcional, psicológico, o relacionado al estrés , pero este uso persiste[7].

La DAC es responsable del 5% de los motivos de consulta a pediatras generales y tiene gran impacto sobre el bienestar del niño y del sistema de salud[8]. La calidad de vida de pacientes con DAC funcional es sustancialmente peor que en la población en general o en personas que sufren de asma o jaqueca[9]. Es una situación de síndrome asociada a las ausencias escolares y aumento de la angustia psicológica[10]. De esta forma, estudios sobre DAC y sus etiologías se muestran de gran importancia para la mejora del abordaje de estos pacientes por sus pediatras.

OBJETIVO

El objetivo de esta investigación fue evaluar los diagnósticos de niños y adolescentes con dolor abdominal crónico atendidos en un ambulatorio de gastroenterología pediátrica en Curitiba.

MÉTODOS

El estudio fue retrospectivo, con evaluación del prontuario de niños y adolescentes que fueron atendidos desde enero de 2009 a octubre de 2014 en el ambulatorio de gastroenterología pediátrica del Hospital Universitario Evangélico de Curitiba (HUEC). Este ambulatorio atiende a la demanda del SUS de niños y adolescentes provenientes de todo el estado de Paraná.

Fueron incluidos todos los pacientes que tuvieron dolor abdominal con duración de al menos 2 meses, independiente del número de consultas realizadas. Fue decidido no excluir a los pacientes atendidos en una sólo consulta porque ocasionalmente estos pacientes llegan a un diagnóstico definitivo en el contacto inicial. La edad en la primera consulta varió de 0 a 19 años.

El diagnóstico etiológico de la DAC en este ambulatorio es alcanzado después de anamnesis detallada, examen físico y exámenes complementarios cuando necesario. Son necesarias 1 a 4 consultas para llegar al diagnóstico etiológico en la mayoría de los pacientes. Para diagnóstico de los cuatro tipos de DAC funcional se adoptaron los criterios de Roma III (Rasquin A et al. 2006) (anexo 1).

Las variables analizadas en cada prontuario fueron sexo, edad en años en la primera consulta, edad de inicio del dolor en años, estado antropométrico en la primera consulta, diagnóstico final y comorbilidades.

Los resultados se presentarán en forma descriptiva, con medianas e intervalo intercuartil para las variables continuas, y número y proporción para las variables nominales.

RESULTADOS

Fueron atendidos a 552 pacientes con diagnóstico de DAC, los cuales correspondieron al 27% de todos los pacientes atendidos en el ambulatorio de gastroenterología pediátrica del HUEC en aquel periodo. En 85 pacientes fue posible establecer el diagnóstico etiológico de la DAC en apenas una consulta. Hubo asociación de dos diagnósticos en 17 pacientes, 2 de ellos síndrome del intestino irritable y jaqueca abdominal, 1 síndrome del intestino irritable y dispepsia funcional y 14 de ellos tuvieron diagnóstico de jaqueca abdominal y dispepsia funcional.

Los diagnósticos encontrados fueron agrupados de la siguiente manera: DAC funcional (381 - 70%), dolor abdominal de causa orgánica (44 - 7,7%) y dolor abdominal de causa indefinida (127 - 22,3%). La tabla 1 presenta las características generales de los 552 pacientes y compara con los pacientes portadores de DAC funcional, DAC orgánica y DAC indefinida. En el grupo DAC funcional, el 67,7% de los pacientes eran del sexo femenino, mientras en el grupo DAC orgánica el 47,7%, lo que significa que en esta última el sexo femenino deja de ser más prevalente. La edad de la primera consulta fue semejante en los grupos DAC orgánica y DAC funcional (media de 9 años), no obstante la edad media de inicio de los síntomas fue 7 años en el grupo DAC orgánica y 5 años en el DAC funcional. El estado antropométrico no reveló diferencias significativas entre los tipos de DAC, pero el grupo DAC orgánica tuvo 9 pacientes con baja estatura o delgadez (15,9%), mientras en el grupo DAC funcional fueron 21 con baja estatura o delgadez (5,5%).

Tabla 1. Características generales de los 552 pacientes y de los grupos: DAC funcional, DAC organica e DAC indefinida.

	TODOS	DAC FUNCIONAL	DAC ORGANICA	DAC INDEFINIDA
	n = 552	n = 381	n = 44	n = 127
Sexo Feminino	338 (61%)	258 (67,7%)	21 (47,7%)	75 (59%)
Edad de la primera consulta (años)*	9 (6 - 11)	9 (6 - 11)	9 (6,8 - 12)	8 (6 - 11)
Edad de início del dolor (anos)*	6 (3 - 9)	5 (2 - 8)	7 (4 - 9,3)	7 (4 - 9)
Antropometria				
Eutrofia	391 (71%)	282 (74%)	28 (63,6%)	90 (70,9%)
Sobrepeso	76 (13,8%)	57 (15%)	5 (11,4%)	19 (15%)
Obesidad	45 (8%)	34 (8,9%)	4 (9%)	9 (7%)
Delgadez	15 (2,7%)	10 (2,6%)	2 (4,5%)	4 (3,1%)
Riesgo de sobrepeso	4 (0,7%)	4 (1%)	0 (0%)	0 (0%)
Baja estatura	21 (3,8%)	11 (2,9%)	5 (11,4%)	5 (3,9%)

* Variables contínuas presentadas en mediana y intervalo interquartil (P25 - P75). DAC: Dolor abdominal cronica.

Los 381 pacientes con DAC funcional tuvieron distribución de causas de la siguiente manera: dolor abdominal funcional (DAF) (188 casos - 49,3%), jaqueca abdominal (JA) (90 casos- 23,6%), dispepsia funcional (DF) (89 casos - 23,4%) y síndrome del intestino irritable (SII) (31 casos - 8,1%). La tabla 2 presenta las características generales de los cuatro grupos de pacientes con DAC funcional. La distribución entre los sexos fue semejante en los cuatro tipos de DAC funcional. En relación con la edad en la primera consulta los pacientes con DF y JA fueron en media 2 años más viejos (media de 11 y 10, respectivamente) que los pacientes con DAF Y SII (media de 8). La media de edad de inicio del dolor fue 3 años antes de la primera consulta en los cuatro grupos, de modo que en la DAF y SII las crisis iniciaron con media de 5 años de edad y en la DF y JA con media de 8 y 7,5 años, respectivamente. En cuanto a la antropometría, la eutrofia prevaleció en la DAF y SII (75% y 74,2%, respectivamente) sobre la JA y DF (67,7% y 64%, respectivamente. Ya la suma de individuos con sobrepeso y obesidad fue más prevalente en la DF que en la DAF, JA y SII (32,5% *vs* 18,6%, 24,4% y 16%, respectivamente).

De los 44 pacientes (7,7%) con DAC orgánica, en 10 (22,7%) de ellos la causa era constipación intestinal, 5 (11,4%) intolerancia ontogenética a lactosa, 4 (9%) enfermedad celíaca, 3 (6,8%) fatiga diafragmática, 3 (6,8%) duodenitis, 2 (4,5%) esteatosis hepática, 2 (4,5%) dolor por uso de ritalina, 2 (4,5%) esofagitis, 1 (2,3%) síndrome de vómitos cíclicos, 1 (2,3%) enfermedad inflamatoria intestinal, 1 (2,3%) deficiencia congénita de sacarosa isomaltasa, 1 (2,3%) dolor por uso de citrato de calcio, 1 (2,3%) hernia hiatal, 1 (2,3%) quiste funcional de ovario, 1 (2,3%) nefrolitiasis, 1 (2,3%) colelitiasis, 1 (2,3%) intolerancia a la leche de vaca no especificada, 1 (2,3%) colitis alérgica por leche de vaca, 1 (2,3%) uso de imipramina, 1 (2,3%) gastroparesis por leche de vaca, 1 (2,3%) alergia a proteína de la leche de vaca y 1 (2,3%) enfermedad del reflujo gastroesofágico.

En relación con las comorbilidades, 234 pacientes no tuvieron ningún otro diagnóstico asociado a DAC, 66 pacientes tenían error alimentar, 54 constipación intestinal, 37 cefalea, 20 vómitos, 17 diarrea crónica, 17 síndrome de vómitos cíclicos, 17 hemorragia digestiva baja, 16 asma, 15 anemia, 13 H. Pylori, 13 encopresis, 9 TDAH, 8 enuresis nocturna, 8 eosinofilia, 7 disfunción miccional, 7 anorexia, 7 dermatitis atópica, 6 hipercinetosis, 6 dislipidemia, 6 rinitis, 5 Presión arterial elevada, 5 trastorno de ansiedad, 5 litiasis renal, 5 epilepsia, 5 gastritis, 5 halitosis, 4 pitiriasis Alba, 5 estomatitis, 4 síncope, 4 pérdida de peso, 4 depresión, 4 retraso neurológico, 4 fiebre recurrente, 4 oxiuriasis, 4 calcificación hepática, 3 intolerancia a lactosa, 3 vulvovaginitis, 3 insomnio, 3 ascaridiasis, 3 dislexia, 3 ITU de repetición, 3 trastorno de humor, 3 soplo cardíaco, 3 giardiasis, 3 gastroparesis por LV, 3 dolor en miembros, 3 vena hemorroidal ingurgitada, 2 escoliosis, 2 adenitis mesentérica, 2 quistes renales, 2 hipotiroidismo, 2 trastorno de oposición, 2 esteatosis hepática, 2 dolor de crecimiento, 2 disfagia, 2 epistaxis, 2 disquecia, 2 alergia a proteína de la leche de vaca, 2 hematuria, 2 *Diabetes Mellitus* tipo 1, 2 neutropenia, 2 prematuridad, 2 rumiación, 2 resistencia insulínica, 2 síndrome de mala absorción, 2 hemorragia digestiva alta, 2 pubertad precoz, 2 hipotiroidismo. Otros diagnósticos asociados a apenas un paciente fueron los siguientes: enfermedad de Fabry, hepatitis, poliposis gástrica difusa, hipercalciuria, traqueomalacia, gastrostomía, alopecia, apnea del sueño, enfermedad inflamatoria intestinal, dermatitis herpetiforme, dispepsia ocasional, colelitiasis, distrofia muscular congénita, diarrea persistente, hiperglucemia, enfermedad celíaca, enfermedad del reflujo gastroesofágico, tiroidopatía, dolor torácica, neurofibromatosis, tos crónica, pitiriasis versicolor, conjuntivitis alérgica, teniasis, gastrosquisis, lengua geográfica, fisura anal, fracturas de repetición, pólipo colónico juvenil, estenosis de prepucio, hemihipertrofia, quiste preauricular, hemofilia A, quiste de ovario, páncreas ectópico, displasia de cuadril, pectus carinatum, arritmia cardíaca, sordez

Tabla 2. Características generales de los 4 grupos de pacientes con DAC funcional.

	DAF	EA	DF	SII
	n = 188	n = 90	n = 89	n = 31
Sexo Feminino	114 (60,6%)	62 (68,9%)	62 (69,7%)	20 (64,5%)
Edad de la primera consulta (años)*	8 (5 - 11)	10 (8,25 - 12)	11 (9 - 12)	8 (4 - 10)
Edad de início de dolor (años)*	5 (2 - 8)	7,5 (5 - 10)	8 (6 - 11)	5 (2,5 - 7,5)
Antropometria				
Eutrofia	141 (75%)	61 (67,7%)	57 (64%)	23 (74,2%)
Sobrepeso	21 (11,2%)	13 (14,4%)	19 (21,3%)	4 (12,9%)
Obesidad	14 (7,4%)	9 (10%)	10 (11,2%)	1 (3,2%)
Delgadez	4 (2,1%)	5 (5,5%)	1 (1,1%)	0 (0%)
Riesgo de sobrepeso	3 (1,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,2%)
Baja estatura	5 (2,6%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	2 (6,5%)

* Variables contínuas presentadas en mediana e intervalo interquartil (P25 - P75). DAF: Dolor abbdominal funcional, EA: Enxaqueca abdominal, DF: Dispepsia funcional, SII: Sindrome del intestino irritable.

congénita, urticaria crónica, aerofagia, plenitud postprandial, vejiga neurogénica, esplenomegalia, esofagitis, malos tratos, distrofia muscular de Becker, trasplante renal, enfermedad metabólica, intoxicación medicamentosa, intolerancia alimentar, regurgitación, paro de crecimiento.

DISCUSIÓN

La DAC en este estudio fue el motivo de consulta el 27% de los pacientes atendidos en el ambulatorio de gastroenterología pediátrica del HUEC en el periodo de estudio. Hay relatos de que hasta el 50% de las consultas en ambulatorio de gastroenterología pediátrica pueden ser por DAC[11].

Los diagnósticos encontrados en el presente estudio fueron los siguientes: DAC funcional (381 - 70%), dolor abdominal de causa orgánica (44 - 7,7%) y dolor abdominal de causa indefinida (127 - 22%). El gran número de pacientes con causa indefinida del dolor, probablemente, se relaciona con pacientes que consultaron apenas una vez y que no hubo un regreso para evaluación de resultados de exámenes y de evolución clínica del cuadro. El hecho de no regresar antes de aclararse el diagnóstico, se puede explicar por el abordaje médico y tranquilidad pasada para los padres, después de una o algunas consultas, de que el dolor abdominal de su hijo probablemente no está relacionado a alguna enfermedad orgánica. En diversos casos es posible que el dolor haya desaparecido y no hubo motivación para el regreso. Esa tranquilidad sobre la benignidad del problema puede inclusive llevar a la mejora del dolor abdominal crónico del paciente. Estudios observacionales muestran que la aceptación de los padres del modelo biopsicosocial de la enfermedad está asociada a la mejora del dolor[12].

Hubo asociación de dos diagnósticos de DAC funcional en 17 pacientes, sin embargo también puede haber asociación de alguna DAC funcional con alguna causa de DAC orgánica. En este estudio se puede observar que causas de DAC orgánica aparecieron también como comorbilidades asociadas a DAC funcional, un ejemplo es la constipación que fue la causa de DAC orgánica el 22,7% de ellas y en contrapartida fue una comorbilidad relacionada a la DAC funcional en 54 pacientes de la muestra total del estudio (9,8%). Se debe pensar que la constipación asociada a DAC funcional de algunos de estos pacientes puede ser una manifestación de SII y no una asociación diagnóstica. Estudios muestran que las dos grandes categorías de causas de dolor abdominal crónico en niños y adolescentes son desórdenes orgánicos y disturbios funcionales y que la mayoría de los niños con dolor abdominal crónico tiene disturbios funcionais[13]. No obstante, las dos categorías no son mutuamente exclusivas, condiciones funcionales y orgánicas coexisten e interaccionan y complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica son comunes en niños y adolescentes[14].

Como ya citado en los resultados de este estudio, el 67,7% de los pacientes del grupo DAC funcional eran del sexo femenino, mientras en el grupo DAC orgánica el 47,7%, lo que significa que en esta última el sexo femenino deja de ser más prevalente. Los estudios realmente muestran una prevalencia del sexo femenino en la DAC funcional, sin embargo pocos de ellos describen la prevalencia entre los sexos en caso de DAC orgánica. En un trabajo publicado en 2013 en el *Scandinavian Journal of Primary Health Care* sobre características de niños con DAC mostró una prevalencia del 61,1% del sexo femenino en pacientes con DAC funcional y el sexo femenino también predominó en pacientes con DAC orgánica con el 65,6% de los pacientes[15]. La edad de la primera consulta en esta investigación fue semejante en los grupos DAC orgánica y DAC funcional (media de 9 años), no obstante la edad media de inicio de los síntomas fue 7 años en el grupo DAC orgánica y 5 años en el DAC funcional. Este resultado muestra que los

pacientes con dolor funcional demoraron en promedio 4 años con el síntoma para consultarse con el especialista y aquellos con dolor orgánico llevaron en promedio 2 años. Esto refleja un problema de salud pública de Brasil que es la demora en conseguir consulta con especialista a través del Sistema Único de Salud (SUS), así como también refleja la característica de que la DAC funcional genera motivación menos urgente para llegar al especialista.

El estado antropométrico no reveló diferencias significativas entre los tipos de DAC, pero el grupo DAC orgánica tuvo una proporción mayor de pacientes con baja estatura (11,4%) y delgadez (4,5%), si comparado con el grupo DAC funcional fueron 11 con baja estatura (2,9%) y 10 con delgadez (2,6%). Este dato corrobora la literatura, la cual muestra que dos de las señales de alarma para investigarse DAC orgánica son pérdida de peso involuntaria y desaceleración del crecimiento lineal[16].

El presente estudio mostró que el 70% de los pacientes con DAC fueron diagnosticados con DAC funcional. Existen diferentes abordajes para definir DAC funcional en la infancia. En 1958, Apley describió dolor abdominal recurrente como 3 crisis de dolor, graves suficientemente para afectar las actividades, durante un periodo de al menos tres meses [17]. Von Baeyer añadió el criterio de impacto en las actividades diariamente, y lo llamó dolor abdominal crónico[18]. En 2006, "Pediatric Roma Critérios III" (PRC-III), lo más aceptado actualmente, clasificó los trastornos abdominales relacionados a los dolores funcionales gastrointestinales utilizando un abordaje basado en síntomas[1].

Utilizando este último criterio, el presente estudio tuvo la siguiente distribución entre los 381 pacientes con DAC funcional: dolor abdominal funcional (188 casos - 49,3%), jaqueca abdominal (90 casos - 23,6%), dispepsia funcional (89 casos - 23,4%) y síndrome del intestino irritable (31 casos - 8,1%). A pesar de la estandarización de los criterios diagnósticos a través del PRC-III, la prevalencia entre los tipos de DAC funcional es muy variable entre los estudios más recientes. En una cohorte prospectiva de 992 niños con diagnóstico de DAC, el 27,2% satisficieron los criterios para SII, el 20% para dispepsia funcional, y 311 (31%) para dolor abdominal funcional. En relación con la edad de inicio del dolor los pacientes con DF y JA fueron en promedio 2 años más viejos (promedio de 8 y 7,5, respectivamente) que los pacientes con DAF Y SII (promedio de 5). Estos números corroboran con la literatura, excepto el hecho de que la DAF y SII acometen a niños desde los 4 años de edad y en esta investigación el percentil 25 correspondió a 2 años de edad[19].

Una posible explicación para esta discordancia es un relato equivocado de la queja de dolor por las madres o cuidadores. Otra información que se debe analizar es que la SII puede precederse por un largo historial de constipación[14], entonces se levanta la hipótesis de que este periodo previo de constipación pueda ya ser el inicio de un cuadro de SII, siendo así, la edad de acometimiento de esta enfermedad sería inferior. En cuanto a la antropometría, el sobrepeso y obesidad fueron más prevalentes en la DF si comparados con DAF, JA y SII (32,5% *vs* 18,6%, 24,4% y 16%, respectivamente). Posiblemente, los errores alimentares explican este resultado, ya que la ingestión de alimentos grasosos y chucherías llevan al sobrepeso y la obesidad exógena y pueden ser responsables de un cuadro de dispepsia.

Muchos estudios se han desarrollado con el objeto de evaluar a los pacientes con DAC funcional en largo plazo debido a una preocupación en cuanto al pronóstico de estos pacientes. En una revisión sistemática de 18 estudios prospectivos, incluyendo 1.331 niños con dolor abdominal crónico en 2008, el dolor abdominal persistió el 29,1 % (IC 95% 28,1-30,2) en el periodo de seguimiento promedio de cinco años (1 a 29)[12]. En otro estudio prospectivo de 132 niños con abdominal funcional seguidas en una clínica de gastroenterología, los síntomas mejoraron alrededor del 85% de los pacientes en dos meses[20]. Investigaciones relatan que los factores asociados al dolor funcional persistente incluyen: modelado parental y refuerzo del papel de enfermo, (o sea, los miembros de la familia con disturbios de dolor crónico) "familia dolorosa", la edad más joven que seis años al momento del diagnóstico, tiempo mayor que seis meses de dolor antes de buscar tratamiento, eventos de vida negativos y aumento de los síntomas de depresión y ansiedad[10]. Algunos estudios longitudinales sugieren que los chicos, especialmente las chicas, con dolor abdominal funcional pasan a tener síndrome del intestino irritable, cuando adultos[21]. Finalmente, un estudio prospectivo en el cual 322 niños con dolor abdominal funcional fueron acompañados hasta la edad adulta joven (edad media de 20 años), el riesgo de ansiedad y depresión fue del 51 y 40% (contra 20 y 16% en los controles) [22].

Los hallazgos de este estudio son representativos de un ambulatorio de gastroenterología pediátrica y no debería haber la expectativa de que reflejan el perfil general de los casos de DAC en niños y adolescentes. No obstante, el alta prevalencia de diagnóstico de DAC funcional y prevalencia menor que el 10% de DAC orgánica, parecen revelar un perfil de asistencia médica pediátrica en nuestro país en que la DAC, mismo en las situaciones menos graves, pasó a ser enviada al especialista. Tal vez sea el momento de proponer que el pediatra generalista adquiera cierto dominio y mayor resolución sobre los casos de DAC al menos en sus formas menos graves.

CONCLUSIÓN

Con este estudio retrospectivo, se concluye que el dolor abdominal crónico funcional correspondió al 70% de los casos de dolor abdominal crónico del ambulatorio de gastroenterología pediátrica en cuestión, mientras el dolor abdominal crónico orgánico al 7,7% de los casos. La causa de la DAC fue indefinida en los 22,3% restantes. Entre los tipos de dolor abdominal crónico funcional, el dolor abdominal

funcional de la infancia predominó con el 49,3% de los casos, seguido de la jaqueca abdominal con el 23,6%, dispepsia funcional con el 23,4% y síndrome del intestino irritable con el 8,1% de los casos.

REFERENCIAS

1. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006;130(5):1527-37. PMID: 16678566
2. Ramchandani PG, Hotopf M, Sandhu B, Stein A; ALSPAC Study Team. The epidemiology of recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, population-based study. Pediatrics. 2005;116(1):46-50.
3. Boyle JT, Hamel-Lambert J. Biopsychosocial issues in functional abdominal pain. Pediatr Ann. 2001;30(1):32-40.
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(1):66-71. PMID: 17188617
5. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children. Pediatrics. 2005;115(3):812-5. DOI:http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-2497
6. Appendix A. Rome III diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders [Internet]. Raleigh (NC): [citado em 2013 July 18]. Disponível em: http://www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomeIII_apA_885-898.pdf
7. McFerron BA, Waseem S. Chronic recurrent abdominal pain. Pediatr Rev. 2012;33(11):509-16. DOI: http://dx.doi.org/10.1542/pir.33-11-509
8. Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, van der Wouden JC, Schellevis FG, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. Ann Fam Med. 2011;9(4):337-43. DOI: http://dx.doi.org/10.1370/afm.1268
9. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. Clin Ther. 2002;24(4):675-89.
10. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, Schaffer G, Marshall BM, Di Lorenzo C. A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. J Pediatr. 2009;154(3):322-6.
11. Starfield B, Hoekelman RA, McCormick M, Benson P, Mendenhall RC, Moynihan C, et al. Who provides health care to children and adolescents in the United States? Pediatrics. 1984;74(6):991-7. PMID: 6504643
12. Dufton LM, Dunn MJ, Compas BE. Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. J Pediatr Psychol. 2009;34(2):176-86. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsn064
13. El-Matary W, Spray C, Sandhu B. Irritable bowel syndrome: the commonest cause of recurrent abdominal pain in children. Eur J Pediatr. 2004;163(10):584-8. PMID: 15290263 DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s00431-004-1503-0
14. Lake AM. Chronic abdominal pain in childhood: diagnosis and management. Am Fam Physician. 1999;59(7):1823-30.
15. Spee LA, Lisman-Van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Berger MY. Prevalence, characteristics, and management of childhood functional abdominal pain in general practice. Scand J Prim Health Care. 2013;31(4):197-202.
16. Chiou E, Nurko S. Functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. Therapy. 2011;8(3):315-31. DOI:http://dx.doi.org/10.2217/thy.11.7
17. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. Arch Dis Child. 1958;33(168):165-70. PMID: 13534750 DOI:http://dx.doi.org/10.1136/adc.33.168.165
18. von Baeyer CL, Walker LS. Children with recurrent abdominal pain: issues in the selection and description of research participants. J Dev Behav Pediatr. 1999;20(5):307-13. PMID: 10533986 DOI: http://dx.doi.org/10.1097/00004703-199910000-00001
19. Duarte MM, Melo MCB, Cruz PCG. Doenças gastrointestinais funcionais. In: Lopez FA, Campos Júnior D. Tratado de pediatria. 2a ed. Barueri: Manole; 2009. p.927-36.
20. El-Chammas K, Majeskie A, Simpson P, Sood M, Miranda A. Red flags in children with chronic abdominal pain and Crohn's disease-a single center experience. J Pediatr. 2013;162(4):783-7. PMID: 23069193
21. Howell S, Poulton R, Talley NJ. The natural history of childhood abdominal pain and its association with adult irritable bowel syndrome: birth-cohort study. Am J Gastroenterol. 2005;100(9):2071-8. PMID: 16128954 DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.41753.x
22. Shelby GD, Shirkey KC, Sherman AL, Beck JE, Haman K, Shears AR, et al. Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. Pediatrics. 2013;132(3):475-82. PMID: 23940244 DOI: http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-2191

Anexo 1. Criterios de Roma III para dolor abdominal crónico funcional.

1. Dispepsia funcional

Los criterios diagnósticos * deben incluir todos los siguientes:

. Dolor o incómodo persistente o recurrente en el abdomen superior (arriba del ombligo).

. No es aliviada por la evacuación o asociada al inicio de un cambio en la frecuencia de las evacuaciones o forma de las heces (esto es, no el síndrome del intestino irritable).

. No hay evidencia de una enfermedad inflamatoria, anatómica, metabólica o proceso neoplásico que explica los síntomas.

*Criterios cumplen al menos una vez por semana, durante al menos 2 meses antes del diagnóstico.

2. Síndrome del Intestino Irritable

Los criterios diagnósticos * deben incluir los dos siguientes:

1. Incómodo abdominal** o dolor asociado a dos o más de las siguientes características al menos el 25% del tiempo:

a. Mejora con la defecación

b. Inicio asociado a una cambio en la frecuencia de heces

c. Inicio asociado a un cambio en la forma (apariencia) de las heces

2. No hay evidencia de una enfermedad inflamatoria, anatómica, metabólica o proceso neoplásico que explica los síntomas.

*Criterios cumplen al menos una vez por semana, durante al menos 2 meses antes del diagnóstico

**"Incómodo" significa una sensación incómoda no descrita como dolor.

3. Jaqueca abdominal

Los criterios diagnósticos * deben incluir todos los siguientes:

1. Episodios paroxísticos de intenso dolor periumbilical agudo que dura 1 hora o más

2. Periodos asintomáticos con duración de semanas a meses

3. El dolor interfiere en las actividades habituales

4. El dolor está asociado a 2 de los siguientes:

a. anorexia

b. náusea

c. vómito

d. cefalea

e. fotofobia

f. palidez

5. No hay evidencia de una enfermedad inflamatoria, anatómica, metabólica o proceso neoplásico que explica los síntomas.

*Criterios que cumplen dos o más veces los últimos 12 meses

4. Dolor abdominal funcional de la infancia

Los criterios diagnósticos * deben incluir todos los siguientes:

1. Dolor abdominal episódico o continuo

2. Criterios insuficientes para los otros diagnósticos de antes

3. No hay evidencia de una enfermedad inflamatoria, anatómica, metabólica o proceso neoplásico que explica los síntomas.

* Criterios cumplen al menos una vez por semana, durante al menos 2 meses antes del diagnóstico.