

## Dolor abdominal crónico

**Atención especializada:** Sonia Fernández (Hospital Severo Ochoa), Enrique Salcedo (Hospital Universitario de Getafe), Paloma Donado (Hospital Universitario de Getafe), Pedro Urruzuno (Hospital Universitario 12 de Octubre).

**Atención primaria:** Celina Arana (Área 9), Elisa Corrales (Área 10), Amparo de la Fuente (Área 11).

### Introducción

El dolor abdominal crónico (DAC) es un motivo de consulta frecuente en pediatría, tanto en Atención Primaria como en la hospitalaria de Digestivo Infantil. Se considera que genera el 2-4% de las visitas<sup>1</sup> y, aunque puede aparecer a cualquier edad, habitualmente se presenta en niños entre cinco y doce años.

Clásicamente Apley<sup>2</sup> definió el dolor abdominal recurrente como aquel que se presenta en niños mayores de cuatro años, de intensidad suficiente como para interferir en su actividad, con tres o más episodios en un periodo superior o igual a tres meses. Esta definición ha sido aceptada unánimemente para la orientación del dolor abdominal. "Dolor abdominal recurrente" es tan solo un término descriptivo que, sin embargo, se utiliza como sinónimo de dolor de etiología no orgánica; por ello, en la actualidad, se prefiere hablar de "dolor abdominal crónico" y en él se incluye tanto el dolor de origen orgánico como el funcional. Además, en la práctica se debe considerar como DAC cuando la duración es mayor de un mes, pues así se excluyen trastornos banales y abdominalgias agudas.

Si bien la incidencia exacta es difícil de precisar, distintos estudios estiman que el DAC afecta del 10 al 20% de la población infantil. Incluso podría aumentar si se contabilizaran las consultas no realizadas al pediatra. No se da una diferencia significativa por sexos antes de los 9 años, pero después es más frecuente en niñas con una proporción aproximada de 1,5:1. A menudo genera absentismo escolar por la ansiedad que provoca en el niño y, sobre todo, en sus familiares. La demanda asistencial subsiguiente supone un elevado gasto en recursos económicos y humanos. Además, existen datos preliminares en estudios a largo plazo que indican que los niños con DAC presentan mayor riesgo de alteraciones psicológicas y migrañas en la edad adulta<sup>3</sup>.

En la fisiopatología del dolor abdominal juegan un importante papel los fenómenos de hipersensibilidad visceral y dismotilidad gastrointestinal. Los niños con DAC tendrían una disminución del umbral del dolor con una respuesta exagerada a estímulos (hiperalgesia). Alteraciones mínimas habituales también pueden actuar como estímulos desencadenantes del dolor (alodinia). La dismotilidad intestinal ha sido demostrada en estudios manométricos y puede deberse a una disautonomía vegetativa.

El componente psicoafectivo es muy importante en el DAC. Los niños con DAC suelen ser de carácter tímido, introvertido, perfeccionista, y es frecuente que el dolor se desencadene tras estímulos emocionales. El entorno familiar tiene una especial relevancia. Existen con frecuencia alteraciones en la dinámica de relación y antecedentes familiares de enfermedades crónicas digestivas o incluso psiquiátricas. En los niños con DAC también se han descrito síntomas de

conversión, cuadros depresivos y síndrome de Munchäusen, lo que hace necesaria en ocasiones la colaboración de un psicólogo infantil.

En cuanto a la etiología, el DAC engloba causas orgánicas y funcionales. Sólo el 5-15% de los casos de DAC tienen un origen orgánico identificable, que puede ser digestivo o extradigestivo (ver tabla 1). En caso de demostrar causa orgánica debe realizarse un tratamiento etiológico específico.

Todos los autores coinciden en que la inmensa mayoría de los casos de DAC (85-95%) son de etiología no orgánica, con base funcional o psicógena. Los trastornos gastrointestinales funcionales en la infancia, entre los que se incluyen los cuadros con predominio del dolor abdominal, se han clasificado según los criterios de referencia de Roma II<sup>4</sup>, que recientemente se han modificado en la clasificación Roma III<sup>5</sup> (ver tabla 2). El reconocimiento del cuadro de DAC dentro de uno de estos subgrupos nos puede servir de orientación.

**Tabla 1.- Causas orgánicas de dolor abdominal crónico**

Dolor abdominal tipo dispepsia	Dolor abdominal periumbilical tipo cólico con/sin alteración del ritmo intestinal
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflujo gastroesofágico.</li> <li>- Enfermedad ulcerosa péptica (H. pylori, estrés, yatrogenia ej. AINEs, S. Zollinger-Ellison).</li> <li>- Inflamación de mucosa gastroduodenal (gastritis eosinofílica, enfermedad de Crohn,...).</li> <li>- Gastritis infecciosa.</li> <li>- Alteración de la motilidad (gastroparesia, pseudoobstrucción duodenal, disquinesia biliar...).</li> <li>- Pancreatitis crónica.</li> <li>- Colecistopatías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estreñimiento.</li> <li>- Infecciones intestinales (<i>Yersinia</i>, Tbc, parásitos,...).</li> <li>- Enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>- Enfermedad celíaca.</li> <li>- Medicamentos.</li> <li>- Gastroenteropatía eosinofílica.</li> <li>- Malrotación o invaginación intestinal.</li> <li>- Adherencias postquirúrgicas.</li> <li>- Divertículo de Meckel.</li> <li>- Trastornos vasculares, púrpura de Schönlein-Henoch.</li> <li>- Patología ginecológica: endometriosis, dismenorrea, quiste ovárico, hematocolpos,...</li> <li>- Obstrucción ureteropélvica, urolitiasis.</li> <li>- Trastornos musculoesqueléticos.</li> <li>- Linfoma intestinal.</li> <li>- Porfiria aguda intermitente.</li> </ul>

Sin embargo, clasificar los cuadros en orgánicos (determinados por una alteración física) y funcionales (expresión somática de un trastorno psicoemocional) es un planteamiento demasiado simplista, ya que factores físicos y psicógenos coexisten en todos los casos de DAC. El dolor y la enfermedad producen ansiedad y angustia por sí mismos, sin que exista otro factor de estrés como causa primaria. Además, debemos tener en cuenta la posibilidad de detectar circunstancias patológicas coincidentes en el paciente (ej. parasitosis, colonización gástrica por H. pylori,...), que pueden no ser la causa del dolor abdominal.

Por todo esto, una clasificación más útil debería establecer 3 grupos:

- DAC con causa orgánica demostrable.
- DAC con etiología psicógena clara.
- DAC funcional "tradicional", en el que no son evidentes ninguna de las causas anteriores.

**Tabla 2.- Trastornos intestinales funcionales con dolor abdominal** (criterios ROMA III)

**H2. Trastornos gastrointest**

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.

**H2 a. Dispepsia funcional**

- Dolor abdominal localizado en hemiabdomen superior
- No evidencia de alivio con defecación o asociación con cambio de consistencia o frecuencia de deposiciones
- No evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas

**H2 b. Síndrome de intestino irritable**

- Dolor o disconfort abdominal asociado a 2 o más de los siguientes criterios al menos durante el 25 % del tiempo:
  - o Alivio con la defecación
  - o Inicio asociado a cambios en frecuencia de deposiciones
  - o Inicio asociado a cambios en consistencia de deposiciones
- No evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas

**H2 c. Migraña abdominal**

- Episodios paroxísticos de dolor periumbilical intenso y agudo al menos 1 hora de duración
- Intervalos libres de síntomas durante semanas o meses
- El dolor interfiere con la actividad habitual
- El dolor se asocia a 2 o más de las siguientes características:
  - o Anorexia
  - o Náusea
  - o Vómitos
  - o Cefalea
  - o Fotofobia
  - o Palidez
- No evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas

**H2 d. Dolor abdominal funcional de la infancia**

- Dolor abdominal episódico o continuo
- Ausencia de criterios de otros trastornos gastrointestinales funcionales
- No evidencia de enfermedad orgánica que justifique los síntomas

**H2 d1. Síndrome del dolor abdominal funcional de la infancia**

- Alguna pérdida de actividad habitual
- Síntomas somáticos asociados como cefalea, dolor de miembros, dificultades en el sueño

El abordaje del DAC es un proceso complejo que exige la colaboración del pediatra de Atención Primaria, el gastroenterólogo infantil y, en muchos casos, el psicólogo o psiquiatra infantil, además de implicar a la familia y al entorno del niño.

El pediatra debe establecer una hipótesis diagnóstica sin prisa, después de haber valorado todos los elementos implicados mediante una historia clínica exhaustiva que investigue factores orgánicos y psicoemocionales, así como una exploración física orientada. Para ello se han definido síntomas y signos clínicos de alarma que indican una etiología orgánica, aunque su ausencia no garantiza el origen funcional del DAC.

Descartados estos signos de alarma, se recomienda plantear una estrategia inicial frente al DAC como de causa no orgánica. En ella se deberá explicar al niño y sus familiares la probable benignidad del cuadro, no se solicitarán pruebas complementarias innecesarias, se prestará especial atención a los aspectos psicológicos del trastorno y, excepcionalmente, se indicará un tratamiento sintomático en casos seleccionados. Esto, además de evitar el "encarnizamiento" diagnóstico, puede disminuir la ansiedad ya existente, no refuerza el sentimiento de enfermedad y evita crear falsas expectativas. Asimismo, deben evitarse actitudes de desprecio y minimización del problema.

El objetivo de la presente guía clínica es intentar dar una respuesta lo más clara posible a las siguientes cuestiones:

- ¿A qué niños con DAC es conveniente hacer pruebas complementarias?
- En estos casos, ¿qué criterios clínicos nos indican las pruebas complementarias que deben pedirse?
- ¿Qué pacientes deben recibir tratamiento farmacológico sintomático y cuál?
- ¿Con qué criterios deben remitirse al hospital para completar estudio y/o tratamiento?
- ¿Qué pacientes precisan valoración psicológica específica?

## **Anamnesis y exploración física**

Una historia clínica cuidadosa es la principal herramienta para la orientación diagnóstica, selección de pruebas complementarias y valoración de la conducta a seguir en el DAC en la infancia<sup>6</sup>.

Exige una relación de confianza entre el pediatra, el niño y sus padres que permita reconocer el dolor como real, independientemente de su origen orgánico o funcional. Una anamnesis y exploración física detalladas contribuyen a convencer a los padres de que sus preocupaciones son consideradas con seriedad. Hay que escuchar atentamente para desentrañar la preocupación principal (el dolor puede ser el motivo de consulta aparente y el aislamiento social o la fobia escolar el motivo oculto).

No debe establecerse solo una estrategia de exclusión sino la búsqueda de elementos positivos que apoyen el diagnóstico basados en la entrevista con el niño, su familia y todas las fuentes posibles del entorno (familia extensa, escuela).

Tras una adecuada anamnesis y exploración física tendremos que ser capaces de:

- Detectar la presencia de síntomas y/o signos de alarma que orienten hacia una causa orgánica y precisen estudios complementarios.
- Definir de forma precisa el cuadro clínico para poder encuadrar el caso, si fuera posible, en alguna de las entidades clínicas reconocidas de dolor abdominal funcional (Roma II) y así evitar estudios innecesarios, o mejorar el rendimiento de los que solicitemos, y de los posibles tratamientos.
- Conocer el entorno psicosocial del problema: temperamento y actitud del niño y sus padres, condicionantes del ambiente familiar, escolar y social, posibles ganancias secundarias.

Para ello, en la anamnesis<sup>7</sup> se preguntará por:

- Antecedentes familiares: enfermedades crónicas, en especial digestivas y psiquiátricas.
- Antecedentes médicos, quirúrgicos y psicosociales del niño.
- Características del dolor en cuanto a:
  - o Forma de comienzo: brusco o gradual.
  - o Tiempo de evolución, frecuencia y tendencia a disminuir o aumentar.
  - o Intensidad: repercusión sobre la vida habitual (absentismo escolar).
  - o Forma del dolor: constante o intermitente, fijo o cambiante.
  - o Localización: periumbilical u otra. Irradiación a otras zonas.
  - o Horario y duración de los episodios.
  - o Alivio o empeoramiento del dolor en relación con:
    - Defecación, ventoseo o vómitos.
    - Ingesta en general, algún alimento en particular.
    - Postura.
    - Emociones.
- Presencia de síntomas asociados:
  - o Signos vegetativos: palidez, náuseas, sudoración.
  - o Vómitos y sus características.
  - o Pirosis.
  - o Alteraciones del ritmo intestinal. Características de las heces.
  - o Sangrado rectal.
  - o Anorexia, rechazo de algún alimento en particular.
  - o Estado nutricional. Pérdida de peso.
  - o Repercusión sobre el estado general.
  - o Presencia de fiebre.
  - o Síntomas genito-uritarios.
  - o Cefalea y síntomas neurosensoriales.
  - o Aftas y dermatopatías.
- Hábitos alimentarios.
- Aspectos psicosociales:
  - o Carácter del niño.
  - o Comportamiento del niño y de su familia.
  - o Hábitos de sueño
  - o Conducta en la escuela.
  - o Respuesta del niño y de su familia.
  - o Limitaciones y desventajas derivadas del dolor.
  - o Beneficios y posibles ganancias secundarias atribuibles al dolor.

Se realizará una exploración física completa con especial atención a:

- Antropometría. Estado nutricional. Coloración (ictericia, palidez).
- Abdomen:
  - o Distensión. Timpanismo.
  - o Zonas dolorosas.
  - o Presencia de masas. Visceromegalias.
  - o Restos fecales.
- Exploración rectal:

- Fisuras, úlceras perianales.
- Tacto rectal: sangre, heces en ampolla.

Existen unos síntomas y signos de alarma<sup>8,9</sup> cuya presencia determina la sospecha de origen orgánico y la necesidad de estudios complementarios orientados (ver tabla 3), unos indicadores de origen funcional<sup>10</sup> (ver tabla 4) y de riesgo psicológico<sup>11</sup> (ver tabla 5).

**Tabla 3.- Signos de alarma en la historia clínica**

En la anamnesis	En la exploración física
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dolor no periumbilical, asimétrico o irradiado.</li> <li>– Pérdida de peso.</li> <li>– Presencia de sangre en heces</li> <li>– Vómitos significativos</li> <li>– Diarrea crónica</li> <li>– Presencia de fiebre</li> <li>– Dolor nocturno que despierta al niño</li> <li>– Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal y/o úlcus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evidencia de pérdida de peso o desnutrición</li> <li>– Visceromegalias</li> <li>– Palpación de masas</li> <li>– Úlcera perirrectal o fisura anal</li> <li>– Tacto rectal doloroso o restos de sangre</li> </ul>

**Tabla 4.- Indicadores de DAC de origen funcional**

- Dolor cólico de comienzo insidioso o gradual.
- Localización mesogástrica o periumbilical.
- No relacionado con las comidas.
- Capaz de interrumpir la actividad o dificultar el sueño pero que no le despierta.
- Desencadenado por acontecimientos estresantes.
- Puede estar acompañado de síntomas vegetativos.
- Antecedente de cólico infantil, aerofagia, pequeños trastornos digestivos en el primer año de vida.

**Tabla 5.- Indicadores de DAC de origen psicógeno**

- Asociación del inicio, gravedad, exacerbación o persistencia del dolor con factores psicológicos.
- Hiperfrecuentación de consultas médicas.
- Absentismo escolar. Problemas de aprendizaje. Restricción de la actividad habitual.
- Riesgo social.
- Comorbilidad psiquiátrica.
- Historia familiar de trastornos somatomorfos.
- Refuerzo familiar del síntoma. Ganancias secundarias.
- Mejoría del síntoma con tratamiento psicológico.

Con estas referencias podremos valorar los datos recogidos en la historia y orientar adecuadamente nuestro diagnóstico.

## Protocolo diagnóstico

Si bien no existe una guía clínica para la evaluación y tratamiento del DAC basada en la evidencia<sup>12</sup>, desde un punto de vista práctico el primer escalón diagnóstico de un niño con DAC será la valoración por el pediatra de Atención Primaria, con especial atención a los signos y síntomas de alarma anteriormente descritos (algoritmo)<sup>13</sup>.

Ante la sospecha de organicidad, el pediatra podrá realizar unas pruebas complementarias de primer nivel (ver tabla 6) y valorar los resultados obtenidos o derivar directamente a la consulta de gastroenterología infantil dependiendo de la gravedad del cuadro.

Si no existen signos de alarma, se intentará tranquilizar a la familia y, en algunos casos seleccionados, se planteará una prueba terapéutica empírica que dependerá de cada situación. Así, ante síntomas de dispepsia, valoraremos iniciar un tratamiento con ranitidina oral durante 4 semanas; si la sospecha es de retención fecal, propondremos tratamiento laxante; si la clínica es sugerente de intolerancia a la lactosa, se indicará una dieta sin lactosa durante aproximadamente dos semanas. Si con estas medidas se produce una mejoría clínica, se continuará el seguimiento en la consulta de Atención Primaria sin necesidad, por el momento, de realización de pruebas complementarias.

**Tabla 6.- Exploraciones complementarias de primer nivel a realizar en el consulta de atención primaria**

Dolor abdominal tipo dispepsia	Dolor abdominal no dispéptico con y sin alteración del ritmo intestinal
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma</li> <li>- VSG, PCR</li> <li>- Bioquímica básica</li> <li>- Amilasa y lipasa</li> <li>- Hemorragias ocultas en heces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma</li> <li>- VSG, PCR</li> <li>- Bioquímica básica</li> <li>- Sedimento de orina</li> <li>- Parásitos en heces</li> <li>- Sangre oculta en heces</li> <li>- Rx de abdomen. Se realizará si la sospecha de estreñimiento por la anamnesis y la exploración física no son concluyentes.</li> <li>- Ecografía abdominal. Fundamentalmente está indicada ante la sospecha de patología pancreatobiliar o síntomas genitourinarios. Por otra parte aunque los estudios no demuestran la eficacia de esta prueba sin la sospecha de una causa orgánica, puede tener un papel tranquilizador en la familia indicándose su realización en casos concretos.</li> </ul>

Si por el contrario el cuadro clínico persiste, se realizarán unas pruebas diagnósticas de primer nivel (ver tabla 6) que servirán para establecer el diagnóstico de presunción de algunas patologías orgánicas:

- Si el dolor es de tipo dispepsia:
  - o Valores patológicos de amilasa y lipasa harán sospechar patología pancreática
  - o Alteración de las transaminasas y/o bilirrubina directa indican enfermedad hepato-biliar.
  - o Anemia y/o hemorragia oculta en heces posible enfermedad úlcero-péptica.
  
- Si el dolor es no dispéptico, con o sin alteración del ritmo intestinal:
  - o Aumento de VSG o PCR, con anemia, trombocitosis, leucocitosis y en alguna ocasión sangre en heces, nos hará sospechar enfermedad inflamatoria intestinal.
  - o La ecografía abdominal, dará información sobre patología biliar, renal y ovárica.
  - o Alteraciones en el sedimento urinario (hematuria, proteinuria) orientarán hacia patología renal.
  - o Alteraciones bioquímicas (acidosis/alcalosis, glucosa, creatinina, urea...) pueden suponer causas metabólicas de dolor abdominal.

Estas exploraciones de primer nivel permitirán en algunos casos (como en la evidencia de retención fecal en la Rx de abdomen, o la presencia de parásitos en heces) indicar el tratamiento oportuno en la consulta de Atención Primaria. Si tras los resultados el proceso diagnóstico requiere la valoración por el especialista, se derivará a la consulta de Gastroenterología Infantil, donde se realizarán una serie de pruebas complementarias específicas (tabla 7).

**TABLA 7.- EXPLORACIONES A REALIZAR EN LA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA INTANTIL**

**Dolor abdominal crónico tipo dispepsia**

- Enfermedad úlcero-péptica: Endoscopia digestiva alta.
- Reflujo gastroesofágico: pHmetría, TDS.
- Pancreatitis: Ecografía abdominal.
- Hepatitis: Ecografía abdominal, estudio etiológico.
- Colelitiasis, quiste de colédoco: Ecografía abdominal.

**Dolor abdominal crónico no dispéptico con y sin alteraciones del ritmo intestinal**

- Estreñimiento con sospecha de organicidad: Enema opaco, CT abdominal, TSH.
- Enfermedad inflamatoria intestinal: Colonoscopia, tránsito digestivo completo, gammagrafía con leucocitos marcados
- Malrotación intestinal: Enema opaco, tránsito digestivo completo.
- Intolerancia a la lactosa: Test de hidrógeno espirado, si la exclusión de la dieta no es concluyente
- Quiste ovárico: Ecografía abdominal.
- Obstrucción unión uretero-piélica: Ecografía abdominal.
- Divertículo de Meckel: Gammagrafía con Tecnecio 99.
- Enfermedad celiaca: Serología de enfermedad celiaca (EMA, ATG, AGA).

Por otra parte, si el dolor abdominal persiste con normalidad de las exploraciones complementarias antes citadas y sin ningún signo o síntoma de organicidad, se valorará por parte del pediatra de Atención Primaria la derivación a consulta de Salud Mental, teniendo en cuenta el componente psicológico predominante en estos cuadros.



Mención aparte merece la enfermedad gastroduodenal por *H. pylori*<sup>14</sup>. En la edad infantil, es un proceso leve que produce habitualmente una gastritis crónica sin signos de actividad con una baja incidencia de úlcus péptico. No existe una relación causa-efecto demostrada entre la infección por *H. pylori* y el DAC, por lo que no está indicada la búsqueda rutinaria de la infección mediante métodos no invasivos (serología, test de urea espirada). Si los síntomas sugieren una enfermedad ulcerosa, está indicada la endoscopia digestiva alta.

El DAC suele producir angustia familiar a pesar de las explicaciones de benignidad de su pediatra y de la valoración psicológica. En algunos casos, a pesar de la funcionalidad del dolor, la derivación a la consulta del gastroenterólogo infantil es necesaria para tranquilizar a la familia.

## Tratamiento del dolor abdominal crónico funcional

El objetivo principal del tratamiento en el caso del DAC sin causa orgánica no es tanto la desaparición del dolor como la recuperación de la actividad habitual normal del niño.

Para ello, la primera tarea es explicar al paciente y su familia el concepto de "dolor funcional" y dejar bien establecido que, aunque no se encuentre un origen físico, el dolor no es imaginario ni inventado sino indudablemente real. Se debe alentar al niño a realizar sus actividades y continuar con la asistencia escolar lo máximo posible y no hay que preguntarle por el dolor si él no lo refiere. Hay que abordar las dudas, ansiedades y reacciones de los padres ante el dolor, y contener los miedos y preocupaciones. Se tratarán de evitar aquellos desencadenantes y refuerzos del problema que hayamos identificado. En este sentido hay que pensar y valorar cuidadosamente la conveniencia de indicar un tratamiento empírico de alivio sintomático que pueda actuar como refuerzo del síntoma.

El aquellos casos en que los indicadores de riesgo psicológico sean importantes o no sea suficiente con el trabajo en la consulta del pediatra, será necesaria la intervención de un psicólogo o psiquiatra. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su utilidad en estos casos.

El uso de dietas ricas en fibra en el tratamiento del DAC funcional es controvertido y los beneficios obtenidos con la administración de suplementos de fibra no son significativos<sup>15</sup>. Además, su uso excesivo puede provocar un aumento del gas intestinal y la consiguiente distensión abdominal que incrementa el cuadro doloroso. Sin embargo, un aporte adecuado de fibra en la dieta es necesario, junto con otras medidas, en el tratamiento del estreñimiento.

De manera general, debe evitarse la ingesta excesiva de lácteos, almidones, bebidas carbonatadas y con cafeína, productos que contienen sorbitol (chicles, caramelos, etc.). Una dieta hipograsa puede mejorar los síntomas, sobre todo en aquellos pacientes que presentan náuseas y meteorismo abdominal superior.

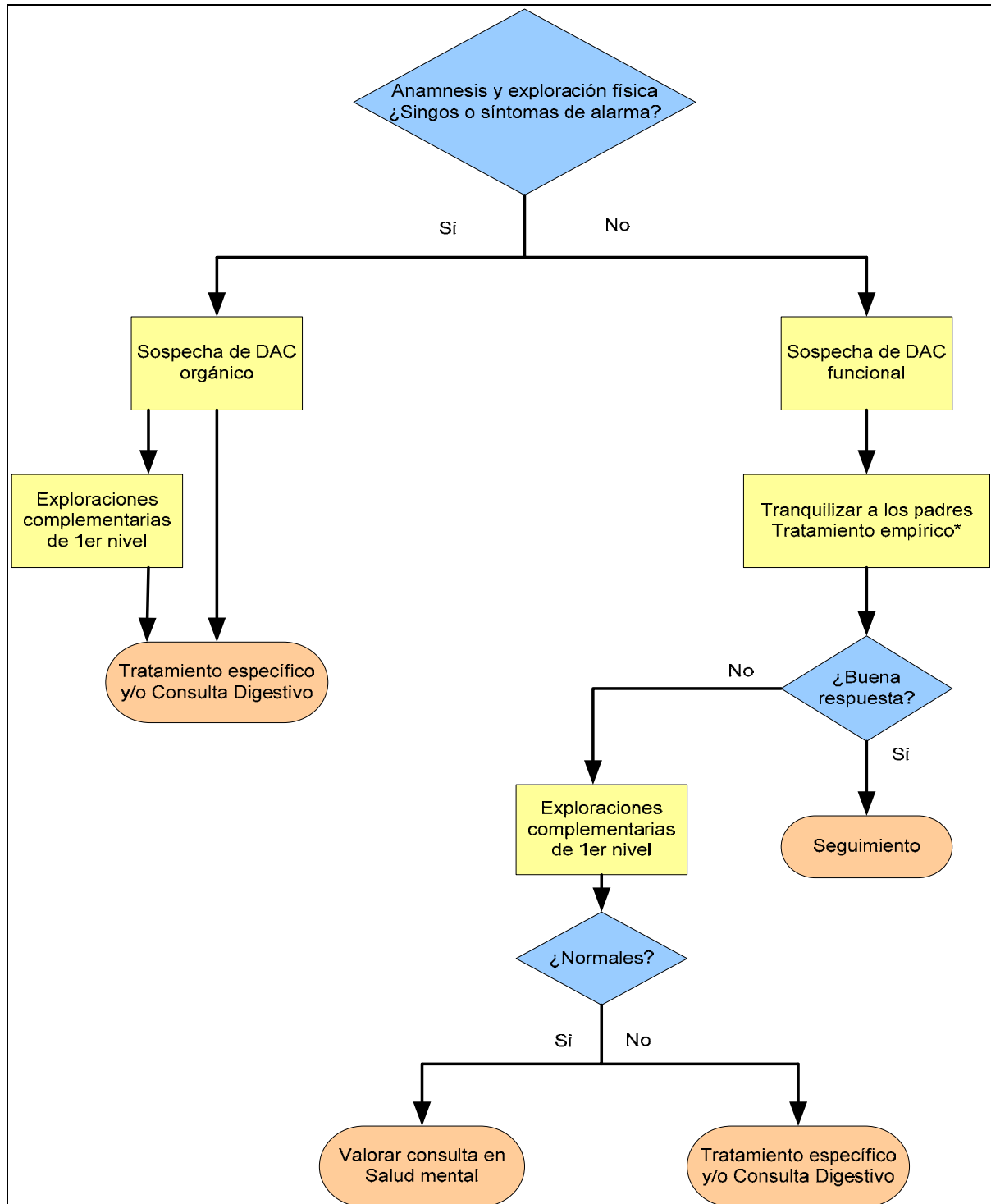
No hay tampoco evidencia científica del beneficio de la dieta sin lactosa en el DAC de la infancia<sup>14,16</sup>, aunque empíricamente se recomienda la restricción de lactosa en aquellos pacientes que refieren síntomas relacionados con la ingesta de lácteos. La intolerancia a la lactosa debería confirmarse con la realización de un test de hidrógeno espirado con lactosa.

La utilización de antagonistas de los receptores de la histamina puede ser útil en los pacientes con síntomas dispépticos. Se deben reservar los inhibidores de la bomba de protones para las esofagitis o la enfermedad gastroduodenal comprobada.

Los pacientes que tienen síntomas de dismotilidad (náuseas, vómitos, saciedad precoz y meteorismo) pueden tratarse con procinéticos de forma empírica ya que no hay suficientes datos científicos que avalen este tratamiento.

No hay evidencia que justifique tampoco el tratamiento prolongado con anticolinérgicos antiespasmódicos o anticonvulsivantes.

### Algoritmo: Diagnóstico del dolor abdominal crónico



\* Tratamiento referido en el texto. \*\*Tabla 1

## Bibliografía

- <sup>1</sup> Starfield B, Hoekelman R, Mc Cormick Met al. Who provides health care to children and adolescents in the United States? Pediatrics 1984;74:991-7.
- <sup>2</sup> Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. Arch Dis Child 1958;33:165-70.
- <sup>3</sup> 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(1):e1. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/1/e1>
- <sup>4</sup> Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut 1999;45 (SII):60-8.
- <sup>5</sup> Rasquin W, Di Lorenzo C et al. Childhood functional gastrointestinal diseases. Gastroenterology 2006;130:1527-37.
- <sup>6</sup> Thiessen PN. Dolor abdominal recurrente. Pediatr Rev (en español) 2002;23:213-9.
- <sup>7</sup> Alonso Franch M, Bedate Calderón P. Dolor abdominal recidivante. Bol Pediatr 1999;39:101-5.
- <sup>8</sup> Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT. American Academy of Pediatrics. Chronic abdominal pain in children. Pediatrics 2005;115:812-5. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/115/3/812>
- <sup>9</sup> Pereda A, Manrique I, Pineda M. Dolor abdominal recurrente. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría 2002;5:37-45.
- <sup>10</sup> Pereda A, Maluenda C. Dolor abdominal recurrente. En: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Madrid: Ergon 2004; p.31-42.
- <sup>11</sup> Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. Pediatr Rev 2003;24:255-61.
- <sup>12</sup> 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.
- <sup>13</sup> Sanz de la Garza CL, Gámez Guerrero S et al. Dolores abdominales recurrentes en Atención Primaria: Estudio del dolor abdominal recurrente funcional. An Esp Pediatr 2000; 53: 458-68.
- <sup>14</sup> Urruzuno P, Bousoño C, Cilleruelo ML. Dolor abdominal. An Esp Pediatr 2002;56:452-8.
- <sup>15</sup> Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. Pediatrics 2003;111:e1-e11. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/1/e1>
- <sup>16</sup> J.Timothy Boyle. Recurrent abdominal pain. An update. Pediatr Rev 1997;18:310-21.