

Protocolos de Digestivo

Dolor abdominal crónico

O. RUBINOS CUADRADO*, I. MORA GANDARILLAS**

*E.A.P. de Bemibre, **E.A.P. de Villablino. León.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal crónico es un síntoma de gran prevalencia en la población infantil que, en la mayor parte de las ocasiones, no traduce ninguna enfermedad importante. A pesar de que en la literatura científica hay escasa evidencia sobre el problema, las últimas recomendaciones nos obligan a cambiar los criterios diagnósticos clásicos y adaptarlos a las nuevas propuestas de nomenclatura.

El dolor abdominal crónico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría, entre un 2 y un 4%. Afecta al 10-15% de los niños en edad escolar en algún momento de su vida. Suele aparecer entre los 5 y los 14 años, siendo más frecuente en el grupo de 5-8 años. No hay diferencias entre sexos en menores de 9 años, pero por encima de esa edad es más frecuente en los varones (1,5:1). A pesar de esta prevalencia tan alta son escasos los estudios metodológicamente bien diseñados que traten de evaluar el problema y su evolución a largo plazo. Es un síntoma de difícil valoración. Las causas orgánicas del dolor abdominal crónico son poco frecuentes (1-3%). La clínica produce preocupación en el pediatra, que duda en solicitar las pruebas diagnósticas que puedan descartar la organicidad del proceso; en el niño, que ve como tiene que interrumpir las tareas que realiza; y, sobre todo, en los padres que no saben

cómo interpretar los episodios de dolor que aparecen sin causa aparente.

Desde el año 1958, en el que se publicaron los trabajos de Appley y Naish, se ha definido al dolor abdominal recurrente como aquel que aparece en niños mayores de 4 años, con una intensidad que es capaz de interferir la actividad que el niño está desarrollando y con una frecuencia igual o mayor a tres episodios en un período de tiempo superior a tres meses; en los períodos intercríticos el niño está asintomático y se ha descartado que el dolor pueda deberse a una enfermedad orgánica conocida. En marzo de 2005, la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición, a través del Subcomité de Dolor Abdominal Crónico, publica una Guía Clínica tras una revisión exhaustiva de la bibliografía existente, utilizando técnicas de grupo nominal, que permite llegar a conclusiones basadas en la evidencia disponible. Se revisan a continuación sus propuestas a partir de las cuales se recomienda modificar la nomenclatura en los siguientes términos:

1. Abandonar el término de dolor abdominal recurrente como diagnóstico definitivo y final de todo dolor abdominal que no sugiera o en el que no se encuentre enfermedad que lo justifique.
2. Utilizar la acepción de dolor abdominal crónico como aquel de larga duración, intermitente o constante, fun-

Correspondencia: Oscar Rubinos Cuadrado. Calle Ramón Carnicer nº 30. 24400 Ponferrada. (León)
Correo electrónico: orubinos@arrakis.es

© 2006 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. ROMA II. CRITERIOS DE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES INTESTINALES RELACIONADAS CON EL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN LOS NIÑOS.**1. Dispepsia funcional**

Un niño que en los últimos 12 meses ha tenido durante, al menos, 12 semanas:

- Dolor persistente o recurrente, o molestias localizadas en región supraumbilical; además,
- Sin pruebas, endoscopia incluida, de enfermedad orgánica que justifique los síntomas; y además,
- Sin datos de que la dispepsia se alivie con la defecación o que el inicio se relacione con cambios en la frecuencia o en la consistencia de las heces.

2. Síndrome del intestino irritable

Un niño que en los últimos 12 meses ha tenido durante, al menos, 12 semanas:

- Dolor o molestias abdominales que presentan, al menos, dos de las tres siguientes características:
 - Alivio con la defecación.
 - Inicio relacionado con cambios en la frecuencia de las deposiciones.
 - Inicio relacionado con cambios en la consistencia de las heces.
- No hay lesiones orgánicas ni alteraciones metabólicas que expliquen la clínica.
- Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico de Sd. de Intestino Irritable:
 - Frecuencia anormal de deposiciones. Más de tres deposiciones al día o menos de tres semanales.
 - Consistencia anormal de las heces (duras o blandas).
 - Alteraciones en la defecación: urgencia, sensación de evacuación incompleta, gran esfuerzo.
 - Emisión de moco con las heces.
 - Sensación de distensión abdominal

3. Dolor abdominal funcional

Niño en edad escolar o adolescente que durante, al menos, 12 semanas ha padecido

- Dolor abdominal casi continuo.
- Sin relación o relacionado de forma ocasional con actividades fisiológicas (comer, menstruación, defecación)
- El dolor impide realizar las actividades habituales.
- Dolor no fingido y, además,
- No hay criterios en otras alteraciones gastrointestinales funcionales que lo justifiquen

4. Migraña abdominal

Niño que en los 12 meses previos ha tenido:

- Al menos, tres episodios de dolor intenso, localizado en la línea media, que dura entre 2 horas y varios días, con periodos asintomáticos de semanas a meses.
- No hay enfermedades metabólicas, gastrointestinales, bioquímicas ni del SNC y además
- Dos de las siguientes características:
 - Cefalea durante las crisis de dolor.
 - Fotofobia durante los episodios.
 - Historia familiar de migrañas.
 - Localización unilateral del dolor.
 - Presencia de aura con alteraciones visuales, sensoriales o motoras.

cional u orgánico. En la práctica clínica, un dolor abdominal que dure más de uno o dos meses puede considerarse como crónico.

3. Utilizar el término de dolor abdominal funcional para aquel en el que no se han hallado signos demostrables

de algún proceso patológico de tipo anatómico, metabólico, infeccioso, inflamatorio o neoplásico.

4. Tratar de clasificar en dolor abdominal funcional en alguno de los cuatro patrones de síntomas según los criterios de Roma II (Tabla I):

- 4.1. *Dispepsia funcional*: dolor abdominal funcional con molestias en la parte superior del abdomen.
- 4.2. *Síndrome del intestino irritable*: dolor abdominal funcional con trastornos en la defecación.
- 4.3. *Migraña abdominal*: dolor abdominal funcional asociado a náuseas, vómitos, palidez con antecedentes maternos de cefaleas migrañosas.
- 4.4. *Síndrome de dolor abdominal funcional*: sin las características de dispepsia, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal.

ETIOLOGÍA

Se trata de un trastorno cuya causa se desconoce. Desde que fuera descrito en 1958, se han elaborado muchas teorías para intentar explicar su aparición. Desde las más antiguas, como la somatomórfica y la que relacionaba el dolor con alteraciones de la motilidad intestinal, a la más reciente, que atribuye la clínica a fenómenos de reactividad intestinal.

1. Teoría somatomórfica

La teoría somatomórfica trata de buscar una justificación psicósomática al dolor abdominal, en base a que cumple los criterios de la DSM IV referidos al "trastorno somatomorfo indiferenciado", al tratarse de síntomas gastrointestinales, que tras un examen físico adecuado no pueden explicarse por una enfermedad médica conocida, que producen un deterioro social o laboral con una duración superior a seis meses y que los síntomas ni se producen intencionadamente, ni son simulados ni pueden ser explicados por otro trastorno mental. Actualmente, se cree que los factores psicológicos, del niño y los padres, son más importantes a la hora de buscar asistencia médica que como factores desencadenantes del dolor.

2. Teoría de la alteración de la motilidad intestinal

Relaciona la aparición y persistencia del dolor con una disregulación del sistema nervioso entérico. Las investigaciones recientes no han identificado anomalías motoras lo suficientemente importantes como para atribuir los síntomas que padecen los niños con dolor abdominal crónico.

3. Teoría de la alteración de la reactividad intestinal

La teoría de la reactividad intestinal intenta explicar el dolor abdominal a través de una sensibilización de la vía

aferente debida a procesos alérgicos, inflamatorios o infecciosos de la mucosa intestinal. Esta sensibilización se traduce en hiperalgesia visceral y disminución del umbral del dolor como respuesta a los cambios de presión intraluminal que se producen al actuar los desencadenantes:

- Fisiológicos: alimentos, distensión intestinal y cambios hormonales.
- Nociceptivos: procesos inflamatorios.
- Estímulos psicológicos estresantes: ansiedad, separación de los padres, ...

CLÍNICA

Los criterios clínicos del dolor abdominal crónico clásico son:

- Inicio gradual.
- Localización periumbilical.
- Dolor que no se relaciona con la ingesta.
- Crisis que no tienen predominio horario.
- Dolor que no le despierta por la noche, aunque puede retrasar el inicio del sueño.
- Dolor que cede espontáneamente.
- En un 50% de los casos asocian palidez, náuseas o vómitos, cambios del ritmo intestinal, cefaleas o mareos.

Para orientar el diagnóstico hacia uno de los cuatro patrones del dolor abdominal funcional se debe recordar que:

- En la *dispepsia funcional* el dolor se suele localizar en epigastrio, es mayor tras la ingesta y se puede acompañar de sensación de plenitud, pirosis y regurgitación.
- En el *síndrome del intestino irritable* el dolor suele ser infraumbilical, puede aliviarse con la defecación y suele venir precedido de alteraciones en el ritmo intestinal o en las características de las heces. Puede tener dos variantes: la del estreñimiento, si hay menos de tres deposiciones semanales, y la de la diarrea, si hay más de tres deposiciones diarias.
- La *migraña abdominal* suele venir precedida o acompañada de cefalea, fotofobia y a veces alteraciones visuales (visión borrosa), síntomas sensoriales (hormigueos) o motores (dificultad o parálisis del habla).

DIAGNÓSTICO

En los apartados de diagnóstico y tratamiento deben incluirse los hallazgos que ofrece la medicina basada en la evidencia (disponibles en la Guía Clínica de la Sociedad

Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica, (Tablas II y III). Ante todo paciente que consulta por dolor abdominal crónico deber realizarse una historia clínica exhaustiva recogiendo las características clínicas del dolor, los aspectos emocionales y de integración del niño en su medio familiar, social y escolar, así como posibles antecedentes familiares y personales relacionados con esta sintomatología. Es recomendable explorar la repercusión que el dolor tiene en la vida del niño y su familia y establecer desde la primera consulta una comunicación abierta con los padres para evitar exploraciones innecesarias y llegar a establecer un diagnóstico y una terapéutica adecuada.

Antecedentes

Se deben buscar antecedentes familiares de trastornos digestivos orgánicos o funcionales.

Anamnesis

Se debe explorar la relación del niño con su entorno inmediato, relación entre los padres, del niño con los padres y del niño con profesores y compañeros de colegio. Es útil anotar los posibles beneficios que obtiene el niño con los episodios de dolor abdominal. Se debe dudar de la ausencia de organicidad si el dolor aparece antes de los 4 años de edad o después de los 14. Es más probable que el dolor sea orgánico si presenta irradiación en el abdomen o despierta al niño por la noche, una vez que se haya dormido.

Clínica

La presencia de uno o más de estos signos y síntomas sugiere una mayor probabilidad de enfermedad orgánica subyacente:

- Pérdida de peso no voluntaria.
- Deceleración de la velocidad de crecimiento.
- Sangrado gastrointestinal.
- Vómitos significativos.
- Diarrea crónica severa.
- Dolor persistente en epigastrio o en fosa iliaca derecha.
- Fiebre no justificada.
- Síndrome miccional
- Antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal.

TABLA II. NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

Nivel	Criterios de evidencia
A	Evidencia obtenida en ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados o estudios diagnósticos sobre poblaciones representativas: dos o más estudios que comparen la prueba, mediante unos criterios estándar, doble ciego y de forma independiente en una población no seleccionada de niños que es similar a la que se dirige el informe.
B	Evidencia obtenida de ensayos clínicos aleatorizados o estudios diagnósticos con pequeñas limitaciones, pero con evidencias concluyentes referidas a estudios observacionales: un solo estudio que compare la prueba con un criterio estándar, realizada a doble ciego y de forma independiente, en una población no seleccionada de niños que es similar a la que se dirige el informe.
C	Evidencia obtenida de estudios observacionales de cohortes o de casos y controles.
D	Evidencia obtenida en base a opiniones de reconocidos expertos basadas en la experiencia clínica, casos clínicos o razonamientos desde principios básicos.

Exploración física

Es obligatorio realizar un examen físico completo y exploración anorrectal (inspección y tacto). Son signos de alarma en la exploración física:

- Hepatomegalia o esplenomegalia
- Masas o distensión abdominal
- Dolor a la palpación en ambas fosas iliacas
- Anomalías perianales (úlceras o fístulas)

Exploraciones complementarias:

Los exámenes complementarios se solicitarán ante la presencia de signos o síntomas de alarma o si el nivel de ansiedad familiar así lo aconseja. En la Figura 1 se propone un protocolo de actuación.

Exploraciones básicas

- Hemograma y fórmula leucocitaria, bioquímica (creatinina, transaminasas, colesterol y triglicéridos, proteínas totales, calcio y fósforo), VSG y PCR.
- Sistemático y sedimento urinario, cociente calcio/creatinina.

TABLA III. RESUMEN DE EVIDENCIAS EN LOS APARTADOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO.

Diagnóstico

Anamnesis

- No hay datos que sugieran que el hecho de que aparezcan situaciones traumáticas recientes en la vida del niño sea útil para diferenciar el dolor abdominal funcional del originado por otras causas. Evidencia clase B.
- Hay pocas pruebas que relacionen el inicio de dolor abdominal con situaciones de tensión emocional y la presencia de acontecimientos frustrantes para el niño con una mayor posibilidad de persistencia de los síntomas. Evidencia clase C.
- No hay estudios que demuestren que las situaciones percibidas por el niño como de tensión tengan relación con la intensidad de los síntomas, su evolución y la respuesta al tratamiento. Evidencia clase D.
- La presencia de ansiedad, depresión o trastornos del comportamiento no sirve para diferenciar el dolor abdominal funcional de originado por otras causas. Evidencia clase B.
- No hay estudios que demuestren que la frecuencia del dolor, la intensidad, la localización y el estilo de vida sean parámetros fiables para diferenciar un dolor funcional de otro orgánico. Evidencia clase C.

Clínica

- La presencia de signos o síntomas de alarma sugiere una mayor probabilidad de enfermedad orgánico y justifica la realización de exploraciones complementarias. Evidencia clase D.
- Los niños con dolor abdominal recurrente tienen con más frecuencia cefalea, artralgias, anorexia, vómitos, náuseas y aerocolia que aquellos que no padecen abdominalgia. No hay datos suficientes como para saber si la presencia de estos síntomas asociados puede diferenciar el dolor funcional del orgánico. Evidencia clase C.
- Los pacientes con dolor abdominal recurrente tienen más síntomas de ansiedad y depresión que aquellos controles que no lo padecen. Evidencia clase B.
- Estos niños, por el contrario, no tienen más alteraciones del comportamiento ni conductas de oposición que quienes no lo padecen. Evidencia clase B.
- Los trastornos emocionales o de comportamiento no predicen ni la severidad ni al evolución ni la respuesta al tratamiento. Evidencia clase D.
- Los niños con dolor abdominal recurrente tienen un riesgo mayor de padecer trastornos emocionales o alteraciones psiquiátricas como trastornos de ansiedad y depresión. Evidencia clase B.
- Los padres de los niños con dolor abdominal recurrente tienen más síntomas de ansiedad, depresión y somatización al compararlos con los padres de niños sanos o padres de niños con otro tipo de patología. Evidencia clase C.
- Esta patología, no obstante, no afecta al funcionamiento de la unidad familiar en términos de satisfacción, cohesión y conflictividad. Evidencia clase C.

Exploraciones complementarias

- No hay datos que avalen el valor predictivo de los análisis de sangre, ni en el caso de que haya signos o síntomas de alarma. Evidencia clase D.
- No hay datos que indiquen que la realización de una ecografía abdominal, en el caso de que no haya signos o síntomas de alarma, tenga un buen rendimiento para tipificar una causa orgánica. Evidencia clase C.

Tratamiento

- No hay pruebas fiables que avalen el beneficio del tratamiento con antagonistas de los receptores H2 en todos los niños con dolor abdominal crónico y dispepsia. Evidencia clase B.
 - El tratamiento durante dos semanas con cápsulas de aceite de menta mejora el dolor de los niños con síndrome del intestino irritable. Evidencia clase B.
 - Hay pocos datos que avalen la eficacia del pizotifeno en el tratamiento de la migraña abdominal. Evidencia clase B.
 - No hay pruebas concluyentes de que los suplementos de fibra en la dieta disminuyan los episodios de dolor en el niño con dolor abdominal crónico. Evidencia clase B.
 - No hay pruebas definitivas de que una dieta libre de lactosa disminuya los síntomas de los niños que padecen dolor abdominal crónico. Evidencia clase B.
 - La modificación de la conducta por parte de la familia puede ser útil en la mejoría del dolor y la discapacidad que produce a corto plazo. Evidencia clase B.
-

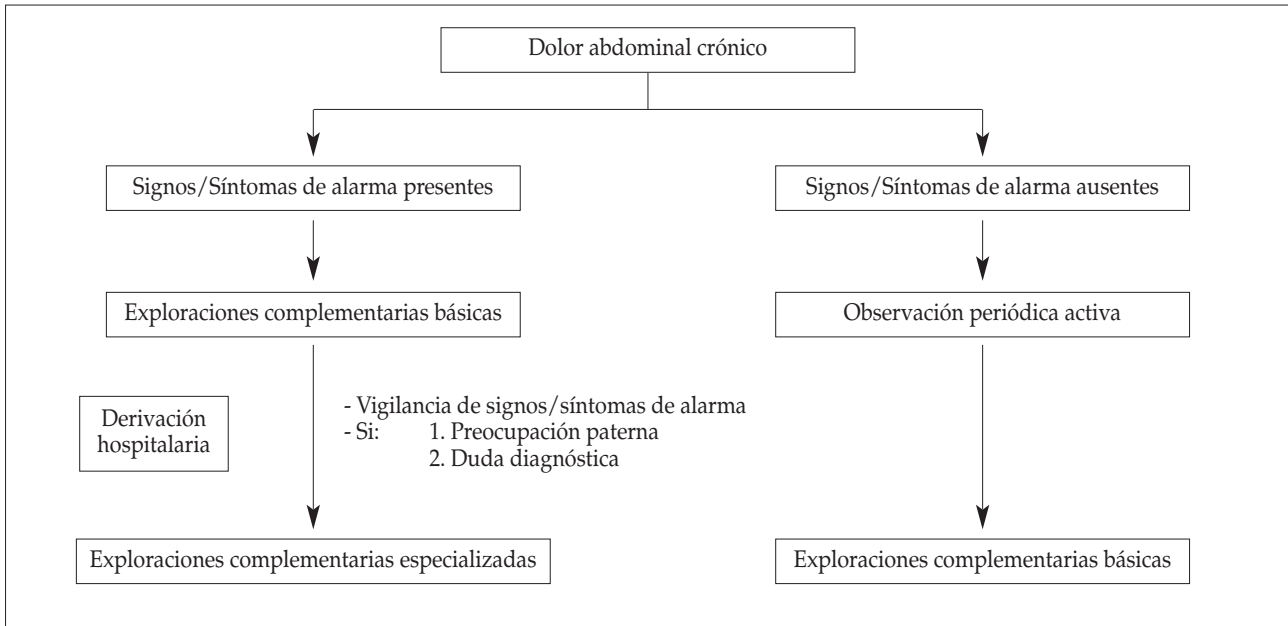


Figura 1. Protocolo de actuación diagnóstica en el dolor abdominal crónico.

- Coprocultivo y parásitos en heces, determinación de sangre oculta en heces.
- Serología *Helicobacter pylori*, marcadores serológicos de enfermedad celiaca.
- Estudios de imagen:
 1. Radiología simple de abdomen: ofrece poca información. Puede localizar fecalomas o retención de heces en niños estreñidos. Ocasionalmente pueden verse cuerpos extraños o apendicolitos.
 2. Ecografía abdominal: tiene baja rentabilidad diagnóstica en pacientes no seleccionados. Permite llegar al diagnóstico etiológico en menos de un 1% de los casos. Si se realiza en niños con ictericia, síndrome miccional, dolor lumbar o en aquellos con una exploración anormal (distensión o masas) su rendimiento diagnóstico se incrementa hasta un 10%. Tiene efecto tranquilizador.

Los signos de alarma que pueden aparecer en la exploraciones básicas son:

- Hemograma alterado con anemia o trombocitosis
- Marcadores de enfermedad inflamatoria o infección anormales (VSG y PCR)
- Anomalías en el sedimento urinario y/o bioquímica de orina

- Presencia de sangre oculta en heces.
 - Signos de organicidad en las pruebas de imagen.
- En la Tabla IV se agrupan todos los signos y síntomas de alarma identificados en el proceso de diagnóstico.

Exploraciones especializadas

Se deben solicitar si existen signos o síntomas de alarma, exploraciones básicas alteradas o clínica atípica de dolor abdominal funcional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La Tabla V muestra el diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico con otras causas orgánicas de dolor abdominal y las exploraciones diagnósticas que los pueden diferenciar.

TRATAMIENTO

Si en la anamnesis y la historia clínica no hemos recogido signos y síntomas de alarma, la clínica entra dentro de los patrones típicos de un dolor abdominal funcional, la exploración física del niño es normal y las exploraciones básicas, si se decide realizarlas, son normales se recomienda:

- Informar a los padres de que lo más probable es que su hijo no tenga una enfermedad importante.
- Intentar normalizar la vida del niño.

TABLA IV. RESUMEN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

Antecedentes	Antecedentes familiares en enfermedades orgánicas digestivas sobre todo de enfermedad inflamatoria intestinal
Anamnesis	Dolor que aparece antes de los 4 años o después de los 14. Dolor abdominal con irradiación o que despierta al niño por la noche
Clínica	Pérdida de peso no voluntaria. Deceleración de la velocidad de crecimiento. Sangrado gastrointestinal. Vómitos significativos. Diarrea crónica severa. Dolor persistente en epigastrio o en fosa iliaca derecha. Fiebre no justificada. Síndrome miccional
Exploración	Hepatomegalia o esplenomegalia Masas o distensión abdominal Dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas Anomalías perianales (úlceras o fístulas)
Exámenes complementarios	Hemograma alterado, con anemia o trombocitosis Marcadores de enfermedad inflamatoria o infección anormales (VSG y PCR) Anomalías en el sedimento urinario y/o bioquímica de orina Presencia de sangre oculta en heces. Signos de organicidad en las pruebas de imagen.
Evolución	Evolución hacia clínica atípica de dolor

- Modificar el comportamiento familiar o social que refuerce los síntomas de dolor.
- Establecer revisiones periódicas para vigilar la aparición de síntomas de alarma y confirmar el diagnóstico de funcionalidad.

Si la clínica y las exploraciones complementarias sugieren alguno de los cuatro patrones clínicos de dolor abdominal funcional las propuestas terapéuticas serán:

Dispepsia funcional

Los antagonistas de los receptores H2 y los inhibidores de la bomba de protones pueden ser beneficiosos en niños con síntomas severos de dispepsia:

- Antagonistas de receptores H2:
 - Cimetidina: 20-40 mg/kg/día, repartida en cuatro dosis, con alimento.
 - Ranitidina: 5-10 mg/kg/día, repartida en dos dosis, con alimento.
 - Famotidina: 1-2 mg/kg/día, repartidos en una o dos dosis (máximo 40 mg/24 horas).
- Inhibidores de la bomba de protones:
 - Omeprazol: 0,7 mg/kg/día, en una o dos dosis, media hora antes de las comidas.

En el caso de mala respuesta al tratamiento o recurrencia de los síntomas se realizará endoscopia superior para descartar o confirmar esofagitis, gastritis o úlcus. Si la clínica de dispepsia se acompaña de una serología positiva a *Helicobacter pylori* se realizará tratamiento erradicador, durante 7 días, con omeprazol (10 mg para menores de 20 kg y 20 mg para mayores de 20 kg, dosis única) + claritromicina (15 mg/kg/día, repartidos en dos dosis) + metronidazol (15 mg/kg/día, repartidos en dos dosis, máximo de 400 mg/dosis). Si la respuesta al tratamiento erradicador no es aceptable o se reproducen los síntomas, está indicada una endoscopia superior con biopsia gástrica y cultivo de tejido gástrico.

Síndrome del intestino irritable

El aceite esencial de menta tiene acción espasmolítica y analgésica sobre los tejidos musculares y la mucosa de tracto digestivo. A pesar de que la medicina basada en la evidencia afirma que un tratamiento de 15 días con cápsulas de aceite esencial de menta mejora los síntomas, se necesitan más estudios para avalar la utilización de este producto. La persistencia de los síntomas o la presencia de signos de alarma (pérdida de peso, úlceras perirectales o fisuras anales o tacto rectal con sangre) hacen obligada la colonoscopia y la biopsia para descartar una enfermedad inflamatoria intestinal.

Migraña abdominal

El tratamiento de la migraña abdominal es el mismo que el de la migraña, considerando a la abdominalgia como un síntoma más que acompaña a la cefalea.

Síndrome de dolor abdominal funcional

Los niños con dolor abdominal crónico padecen con frecuencia un estreñimiento crónico. La abdominalgia se resuel-

TABLA V. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO CON OTRAS CAUSAS FRECUENTES DE DOLOR ABDOMINAL Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS QUE LOS PUEDEN DIFERENCIAR.

Localización del trastorno	Exploraciones complementarias
<i>Aparato digestivo</i>	
Estreñimiento crónico	Historia clínica. Tacto rectal. Radiología simple de abdomen.
Esofagitis y úlcera péptica	Endoscopia superior.
Reflujo gastroesofágico	PH metría y endoscopia superior
Gastritis por <i>Helicobacter pylori</i>	Test del aliento. Serología. Endoscopia superior y biopsia.
Parasitosis intestinal.	Determinación de parásitos en heces
Enfermedad inflamatoria intestinal	Colonoscopia y biopsia
Colelitiasis	Ecografía de vesícula biliar
Pancreatitis	Ecografía y TAC. Amilasa, lipasa y tripsinógeno sérico.
<i>Sistema genitourinario</i>	
Infección urinaria.	Cultivo de orina.
Hidronefrosis	Ecografía renal
Urolitiasis	Sistemático y sedimento urinario. Ecografía renal. Pielografía intravenosa.
Quiste ovárico	Ecografía abdominal
Dismenorrea	Ecografía abdominal

ve en estos casos cuando normalizan su ritmo intestinal. Las medidas terapéuticas deben adaptarse al grado y severidad del estreñimiento:

- Los niños con un estreñimiento simple requieren modificar los hábitos dietéticos (aumentar la ingesta de líquidos y de fibra) y educar el hábito de defecación. Ocasionalmente y, durante cortos períodos de tiempo, se pueden usar supositorios o microenemas de glicerol.
- Si el estreñimiento es más prolongado se pueden usar aceites minerales a dosis bajas (1-3 ml al día) o laxantes osmóticos (lactulosa 1-3 ml/kg/día).
- En cualquier tipo de estreñimiento, si en el tacto rectal hay fecalomas, debemos desimpactarlos antes de cualquier tratamiento de mantenimiento, utilizando en ese caso enemas de fosfatos (6 ml/kg, hasta 150 ml como máximo) o de aceite mineral (15-30 ml por año de edad, máximo de 250 ml/día).
- Si los episodios de dolor abdominal coinciden con la emisión de deposiciones blandas se debe plantear la posibilidad de una malabsorción de lactosa. La exclusión o la disminución de lactosa en la dieta aliviará la clínica y el test del hidrógeno espirado tras sobrecarga de lactosa confirmará el diagnóstico.

Los criterios de derivación hospitalaria serán la sospecha de enfermedad orgánica que necesite tratamiento hos-

pitalario, la realización de exámenes complementarios especializados y una evolución que sugiera organicidad.

PRONÓSTICO

La prevalencia de la enfermedad orgánica en el dolor abdominal crónico es entre un 1 y un 3%. Además entre un 30 y un 50% de los pacientes con dolor abdominal funcional la clínica desaparece espontáneamente en un plazo de dos meses. No obstante, una proporción importante de estos niños mantienen la sintomatología funcional hasta la edad adulta. Uno de cada tres adultos que tiene un colon irritable refiere el inicio de los episodios de dolor en la infancia.

Es recomendable abordar este problema tan frecuente estableciendo una relación abierta y de confianza con los padres, informándoles sobre las características del proceso y los signos de alarma que pueden sugerir una enfermedad y estableciendo una serie de revisiones programadas para valorar su evolución. Se debe huir de medicalizar el problema desde su inicio y de solicitar exploraciones complementarias de forma indiscriminada.

Para terminar recordar que el dolor abdominal crónico es un proceso que debe ser abordado desde la pediatría de atención primaria y remitido, de forma seleccionada, a atención especializada cuando la sospecha diagnóstica así lo aconseje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Appley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1.000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33:165-170.
2. Appley J. The child with recurrent abdominal pain. *Pediatr Clin North Am* 1967; 14:63-72.
3. Subcommittee on chronic abdominal pain. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Pediatrics* 2005; 115:812-815.
4. Subcommittee on chronic abdominal pain. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Pediatrics* 2005; 115:370-381.
5. Molina M, Polanco I. Dolor abdominal recurrente. En: Argüelles F, Polanco I (eds). *Manual de gastroenterología pediátrica*. Granada: Comares; 1996, pp. 151-161.
6. Pereda A, Manrique I, Pineda M. Dolor abdominal recurrente. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición en pediatría de la AEP*. 2002; 37-45.
7. Huertas-Ceballos A, Macarthur C, Logan S. Intervenciones farmacológicas para el dolor abdominal recurrente (DAR) en la infancia (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane Plus, 2005; Número 2*.
8. Huertas-Ceballos A, Macarthur C, Logan S. Intervenciones dietéticas para el dolor abdominal recurrente (DAR) en la infancia (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane Plus, 2005; Número 2*.
9. Urruzuno P, Bousoño C, Cilleruelo ML. Dolor abdominal. *Guías prácticas sobre nutrición*. *An Esp Pediatr* 2002; 56:452-458.