

Artículo original

Dolor abdominal crónico recurrente en niños

Dr. Luis Carlos Ocampo del Prado,* Dr. Roberto Cervantes Bustamante,* Dr. Jaime A. Ramírez Mayans,* Dra. Cristina Sosa-de-Martínez**

Resumen

Introducción: El dolor abdominal crónico recurrente (DACR) es común en la edad pediátrica; afecta a más del 34% de los niños y adolescentes de la población mundial. Se define como un síntoma que se presenta al menos una vez al mes durante tres meses consecutivos, y de intensidad suficiente para alterar la vida normal.

Objetivo: Conocer las principales causas de dolor abdominal crónico recurrente en niños mexicanos.

Método: Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, observacional en pacientes de 2 a 17 años de edad de ambos géneros con dolor abdominal crónico recurrente estudiados en la consulta externa del Servicio de Gastroenterología y Nutrición, Instituto Nacional de Pediatría, entre marzo del 2001 a diciembre del 2002. Se realizaron exámenes de laboratorio, gabinete, endoscopia e histología.

Resultados: Hubo 151 pacientes predominantemente escolares; 81 fueron del sexo femenino. En todos se halló una causa orgánica. El 52% de los pacientes presentaron enfermedad ácido péptica con y sin *Helicobacter pylori*; seguido de intolerancia a la lactosa, giardiasis, constipación funcional crónica y pancreatitis.

Conclusión: En países como México en donde las condiciones socioeconómicas son precarias, las causas más frecuentes de DACR fueron la enfermedad ácido péptica con y sin asociación con *H. pylori*, la intolerancia a la lactosa y la giardiasis. Se concluye que el abordaje de estos niños tiene que ser sistematizado para investigar las causas más frecuentes en cada población.

Palabras clave: Dolor abdominal recurrente, *Helicobacter pylori*, enfermedad ácido péptica, intolerancia a la lactosa, constipación, pancreatitis.

* Servicio de Gastroenterología y Nutrición

** Departamento de Metodología
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Roberto Cervantes Bustamante* Servicio de Gastroenterología y Nutrición Instituto Nacional de Pediatría Insurgentes Sur #3700-C. Col. Insurgentes-Cuicuilco 04530 México, D.F. FAX: (55) 5606-00-02 ext 188 e-mail: robertocervantes@yahoo.com. jramay1@yahoo.com
Recibido: agosto, 2003. Aceptado: octubre, 2003.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Abstract

Introduction: Chronic recurrent abdominal pain (RAP) is a very common gastrointestinal disorder in pediatric patients. It occurs in over 34% of children and teenagers. It is defined as recurring episodes of abdominal pain at least once a month for three consecutive months severe enough to seriously affect patients' everyday activities.

Objective: To ascertain the main causes of chronic recurrent abdominal pain in a series of Mexican children.

Method: Descriptive, longitudinal, retrospective and observational study. From March 2001 to December 2002, patients between 2 and 17 years old with chronic recurrent abdominal pain were studied as outpatients of the Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition at the Instituto Nacional de Pediatría. Laboratory, endoscopic and histologic tests were performed.

Results: There were 151 mostly school children; 81 were female. In all of them there was an organic cause for the pain. Fifty two percent had peptic disease with or without *Helicobacter pylori* infection, followed by lactose intolerance, giardiasis, chronic functional constipation and chronic pancreatitis.

Discussion: In underdeveloped countries such as Mexico, where socio-economic conditions are precarious, the main causes of recurrent abdominal pain are acid-peptic disease with or without *Helicobacter pylori*, lactose intolerance, giardiasis. The RAP study in children has to be systematic to determine the prevalent causes in each targeted population.

Key words: Recurrent abdominal pain, *Helicobacter pylori*, peptic disease, lactose intolerance, constipation, pancreatitis.

Introducción

El dolor abdominal crónico recurrente (DACR) es un síntoma frecuente en la edad pediátrica^{1,2}; afecta a más del 34% de niños y adolescentes de la población mundial.

A finales de los años 50 del siglo XX Apley³ estudió 1,000 escolares y estableció el criterio para definir el dolor abdominal crónico recurrente: todo dolor abdominal al menos una vez al mes durante tres meses consecutivos con intensidad suficiente para alterar la vida normal; puede ser persistente o recurrente. En este mismo estudio entre 10

y 15% de los escolares presentaron DACR, y sólo un 5 a 10% tuvo una causa orgánica. El género femenino fue el más afectado en proporción de 1.3: 1. Hyams ⁴ encontró que la edad de presentación más frecuente del DACR era en adolescentes con una frecuencia del 75%.

Ramírez-Mayans y cols. ⁵ estudiaron 100 niños con DACR y hallaron que la causa orgánica más frecuente fue la absorción intestinal deficiente de lactosa con duodenitis asociada a *Giardia lamblia*. En otro estudio de 50 niños, estos mismos autores ⁶ encontraron DACR en 25 de ellos con gastritis crónica corroborada por histología; de éstos en 16 era causada por *Helicobacter pylori*. Méndez, en un estudio de 40 halló *H. pylori* en 24. ⁷

Con los nuevos procedimientos diagnósticos como la prueba de hidrógeno en aire espirado, la endoscopia alta y baja en niños, se ha visto que la etiología orgánica del DACR es más frecuente de lo señalado por Apley³ y por lo tanto la frecuencia del dolor abdominal "funcional" ha disminuido. Hyams ⁸ señaló que en 33% de los casos existía una causa orgánica: malabsorción de lactosa, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca.

El diagnóstico de DACR "funcional" debe hacerse por exclusión de todas las causas orgánicas.

El objetivo del presente estudio fue conocer las principales causas de dolor abdominal crónico recurrente en una población pediátrica.

Métodos

Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo,⁹ para estudiar pacientes de dos a 18 años de edad, con cuadro clínico de dolor abdominal crónico recurrente, en el Instituto Nacional de Pediatría, referidos a la consulta externa del Servicio de Gastroenterología y Nutrición, entre el 1º de marzo 2001 y el 31 de diciembre 2002.

Se excluyeron los pacientes con alteraciones del sistema nervioso central y retraso psicomotor, malformaciones congénitas del tubo digestivo, antecedentes de cirugía del tubo digestivo, enfermedades metabólicas, neuropatía crónica o nefropatía crónica.

En todos se elaboró historia clínica completa; para fines de este estudio sólo se tomaron en cuenta edad y género. Se realizaron exámenes de laboratorio, de gabinete o de ambos: biometría hemática completa, urocultivo, coproparasitoscópicos en serie de tres, coproantígeno para *Giardia lamblia*, prueba de hidrogeno en aire espirado, endoscopia digestiva alta con dos tomas de biopsias de antro y dos de

duodeno para búsqueda de *Helicobacter pylori* y estudio histopatológico. En algunos casos se midió amilasa, lipasa sérica y se realizó ultrasonografía abdominal.

Por ser un estudio descriptivo, la información se describió gráfica y numéricamente, mediante medidas de tendencia central y de dispersión en función de la escala de medición de las variables involucradas.¹⁰

Resultados

La distribución por edad y género se muestran en el cuadro 1. El cuadro 2 muestra los datos de laboratorio, gabinete e histología. El cuadro 3 muestra los diagnósticos de las causas del DACR.

Cuadro 1. Distribución por edad y género de 151 pacientes con dolor abdominal crónico recurrente

Edad	Género	
	Masculino	Femenino
2 a 5 años	22	19
5 a 12 años	34	40
13 a 18 años	14	22

Ji-cuadrada $(_{g,1=2}) = 1.69, p=042$

Cuadro 2. Datos de laboratorio y gabinete en 151 pacientes con dolor abdominal crónico recurrente

Coproparasitoscópico (serie de 3)	
Negativo	145
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1
<i>Giardia lamblia</i>	1
<i>Entamoeba histolytica</i>	4
Antígeno <i>Giardia</i>	17
Coproparasitoscópico con <i>Giardia</i> +antígeno <i>Giardia</i>	7
Prueba de hidrogeniones	25
Histología	
Esofagitis	2
Gastritis no asociada a <i>Helicobacter pylori</i>	30
Gastritis asociada a <i>Helicobacter pylori</i>	47
Duodenitis crónica	13
Duodenitis con hiperplasia linfoide	8
Gastroduodenitis	4
Endoscopia	
Esofagitis	2
Gastritis	10
Duodenitis	35
Gastroduodenitis	79

Discusión

Hubo 81 casos del género femenino. No hubo diferencia estadísticamente significativa como en el estudio de Apley.³

Cuadro 3. Diagnósticos asociados en 151 pacientes con dolor abdominal crónico recurrente

Diagnóstico	
Gastritis asociada a <i>Helicobacter pylori</i>	41
Gastritis asociada a <i>H. pylori</i> e intolerancia a la lactosa	4
Gastritis asociada a <i>H. pylori</i> y constipación crónica	2
Enfermedad ácido péptica	27
Enfermedad ácido péptica e intolerancia alimenticia	2
Enfermedad ácido péptica y constipación crónica	1
Enfermedad ácido péptica y pancreatitis crónica	1
Enfermedad ácido péptica y alergia a proteínas de la leche de vaca	1
Intolerancia a la lactosa	10
Intolerancia a la lactosa y reflujo gastroesofágico	6
Intolerancia a la lactosa y giardiasis	4
Intolerancia a la lactosa y pancreatitis crónica	1
Constipación crónica	16
Giardiasis	14
Pancreatitis crónica	7
Intolerancia alimentaria	4
Quiste folicular de ovario	3
Amibiasis	2
Orquiepididimitis	2
Colecistitis y colecololitiasis	1
Ascariasis	1
Síndrome de intestino irritable	1

En este estudio el DACR fue más frecuente en los niños de edad escolar como en el informe de Apley³; difiere de los informes de Hyams,⁸ en los que predominaron los adolescentes. En 27% de los casos el DACR se presentó en menores de cinco años a diferencia de lo referido por Apley,³ quien no lo encontró a esta edad. (Cuadro 1)

Todos los pacientes con DACR tenían un problema orgánico. La enfermedad ácido péptica con y sin *H. pylori* fue la causa más frecuente (52% de los casos). Le siguieron en frecuencia la intolerancia a la lactosa, la giardiasis, la constipación funcional crónica, la pancreatitis crónica, etc. (Cuadro 3)

Estos datos difieren de lo publicado en países desarrollados en donde las principales causas son de origen funcional,^{3,4} pero confirma lo previamente señalado en niños mexicanos por Ramírez⁶ y Méndez⁷ en donde las principales causas son de tipo orgánico.

Puesto que existen otras causas de DACR como la pancreatitis crónica (siete de los casos), es importante realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo antes de catalogarlo como funcional.

Conclusión

En países en vías de desarrollo como México en donde las condiciones socioeconómicas son precarias, las causas más frecuentes de DACR son la enfermedad ácido péptica con y sin asociación con *H. pylori*, la intolerancia a la lactosa y la giardiasis. Por lo tanto el abordaje de estos niños tiene que ser sistematizado para investigar las causas del DACR en cada población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faull C, Nicol AR. Abdominal pain in six-year-olds: An epidemiological study in a new town. *J Child Psychol Psychiatry Allied Dis* 1986;27:251-60.
2. Hyams JS, Zeiter DK. Recurrent abdominal pain in children. *Pediatr Clin North Am* 2002;49(1):559-74.
3. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: A field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child* 1957;33:165-70.
4. Hyams JS, Treem WR, Justinich CJ, Davis P, Shoup M, Burke G. Characterization of symptoms in children with recurrent abdominal pain: Resemblance to irritable bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995;20(2):209-14.
5. Ramírez-Mayans J, Colindres EC, Echegoyen MR. Frecuencia de *Entamoeba histolytica* en niños con dolor abdominal crónico. *Acta Pediatr Mex* 1988;9(2):49-51.
6. Ramírez-Mayans J, Chanis R, Cervantes R, Cuevas F. Gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori* como causa de dolor abdominal recurrente en niños. Estudio de 50 casos. *Acta Pediatr Mex* 1993;14 (3):119-21.
7. Méndez Nieto CM, Ramírez-Mayans J, Cervantes R, Mata N, Cuevas F, Martínez C, et al. Diagnóstico de *Helicobacter pylori* en niños con dolor abdominal recurrente. *Acta Gastroent Latinoamer* 1994;24:169-74.
8. Hyams JS, Burke G, Davis PM, et al. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community-based study. *J Pediatr* 1996;129:220-26.
9. Sosa-de-Martínez MC, Pablos-Hach JL, Santos-Atherton D. Guía para elaborar el protocolo de investigación. Parte 2. Clasificación del protocolo de investigación. *Acta Pediatr Mex* 1994;15:139-45.
10. Zar JH. *Biostatistical analysis*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1974.