



Viernes 14 de febrero de 2020

Taller:

El maravilloso mundo del dolor abdominal a través de casos clínicos (Taller Dra. Ana Martínez Rubio)

Moderador:

Juan B. Machado Mellana

Pediatra. CS Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. Vocal de la AMPap.

Ponentes/monitoras:

■ **Leticia González Martín**

Pediatra. CS Segovia II. Segovia.

■ **Ana M.ª Vegas Álvarez**

Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

González Martín L, Vegas Álvarez AM. El maravilloso mundo del dolor abdominal a través de casos clínicos. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 341-352.



El maravilloso mundo del dolor abdominal a través de casos clínicos

Leticia González Martín

Pediatra. CS Segovia II. Segovia.

lgonzalezma@saludcastillayleon.es

Ana M.ª Vegas Álvarez

Unidad de Gastroenterología Pediátrica.

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

RESUMEN

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en las consultas de Pediatría. Diferentes patologías, tanto en origen como en gravedad, se presentan inicialmente como dolor abdominal. Es importante realizar una aproximación diagnóstica que permita descartar las patologías graves con riesgo vital como causa del dolor abdominal, y orientar aquellas patologías crónicas que pueden beneficiarse de un diagnóstico y tratamiento precoz. Frecuentemente la etiología es benigna, la historia clínica, junto con las pruebas complementarias, nos ayuda a realizar el diagnóstico e indicar el tratamiento y seguimiento adecuados.

OBJETIVO PRINCIPAL

Actualizar el manejo del dolor abdominal en Pediatría de Atención Primaria. Realizar una revisión y puesta al día de las principales causas de dolor abdominal tanto digestivas como extradigestivas. Dar a conocer el manejo del paciente con dolor abdominal de forma fácil pero documentada con las últimas publicaciones científicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar el manejo del dolor abdominal en Atención Primaria y la utilidad de las diferentes herramientas diagnósticas.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal en Pediatría es un motivo de consulta frecuente. Aunque la mayoría de los casos serán secundarios a procesos banales, un pequeño porcentaje puede ser debido a patologías potencialmente graves y que requieran un tratamiento urgente. Además, el dolor abdominal puede ser secundario a causas digestivas, pero también extradigestivas. El diagnóstico diferencial es por tanto amplio y difícil. La anamnesis y la exploración física siguen siendo las dos herramientas de mayor utilidad para conseguir llegar a un diagnóstico. Sin embargo, en ciertos casos la edad del paciente y su capacidad para expresarse puede dificultar este proceso, aumentando la incertidumbre sobre el diagnóstico diferencial. En muchas ocasiones no será necesaria la realización de ninguna prueba complementaria, en los casos en las que sí es necesario se precisa una orientación clara a la hora de seleccionar qué prueba será más útil para ayudarnos en el diagnóstico.

ETIOLOGÍA

El dolor abdominal tiene múltiples causas, la mayoría benignas, pero en ocasiones puede ser secundario a causas potencialmente graves y que implican una alta morbilidad. Además de las causas digestivas, el dolor abdominal puede ser debido a causas extradigestivas ya sean nefro-urológicas, pulmonares o ginecológicas. Por otro lado, infecciones, neoplasias, alteraciones metabólicas como las descompensaciones diabéticas también pueden debutar como dolor abdominal.

Ante esto, la preocupación por realizar un correcto diagnóstico es muy alta. Y en ocasiones conlleva la realización de múltiples pruebas complementarias y derivaciones a otros especialistas. Afortunadamente existen ciertos signos de alarma que pueden ayudar a la toma de decisiones (**Tabla 1**). Sin la presencia de signos de alarma, la realización de pruebas complementarias suele tener un rendimiento muy bajo. Las causas más frecuentes de dolor abdominal se reflejan en la **Tabla 2**.

Tabla 1. Datos de alarma potencial en el niño con dolor abdominal crónico

Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca o úlcera péptica
Dolor persistente en el cuadrante superior derecho o inferior derecho
Disfagia
Odinofagia
Vómitos persistentes
Sangrado gastrointestinal
Diarrea nocturna
Artritis
Enfermedad perianal
Pérdida de peso involuntaria
Detención del crecimiento
Pubertad retrasada
Fiebre inexplicada

EVALUACIÓN

Se debe filiar el dolor abdominal mediante un cuestionario sencillo pero orientado. Se preguntará por la duración del dolor, para diferenciar el agudo (horas o días) del de larga duración (semanas o meses); por la evolución del dolor si ha ido a más, a menos o ha permanecido estable; por la localización del dolor y su relación con las comidas, así como por los factores que hacen que se incremente o disminuya. Tanto la anamnesis como la exploración física debe ir encaminada a descartar la presencia de signos de alarma. En la mayoría de las ocasiones no será necesario realizar ninguna prueba complementaria llegando al diagnóstico solo con la evaluación básica (anamnesis y exploración física).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Algunas pruebas complementarias que se solicitan con frecuencia en el dolor abdominal son el hemograma la bioquímica con iones, perfil hepático y renal, hormonas tiroideas y proteína C reactiva (PCR), velocidad de se-

Tabla 2. Causas orgánicas de dolor abdominal en la infancia

Tracto gastrointestinal	Vesícula, hígado, páncreas
Reflujo gastroesofágico Gastritis por <i>H. pylori</i> Úlcera péptica Enfermedad celíaca Parasitosis (giardiasis...) Enfermedad inflamatoria intestinal Divertículo de Meckel Patología quirúrgica (malrotación o vólvulo intermitente, hernia, invaginación, apendicitis)	Colecistitis, colelitiasis o quiste del colédoco Hepatitis Absceso hepático Pancreatitis aguda o crónica
Tracto genitourinario	Otras causas
Infección tracto urinario Síndrome de unión pieloureteral Urolitiasis Dismenorrea Endometriosis Embarazo ectópico Enfermedad Inflamatoria pélvica	Infecciones respiratorias Tumores Fiebre mediterránea familiar Anemia de células falciformes Vasculitis (púrpura de Schönlein-Henoch) Porfiria aguda intermitente

dimentación globular (VSG), amilasa y lipasa, y en ciertos pacientes se añadirá un sistemático de orina. El coprocultivo, los antígenos de virus, así como la investigación de parásitos en heces (por microscopía directa, antígenos de *Giardia* o técnica de amplificación por PCR) son otras pruebas frecuentes en el diagnóstico.

La serología de enfermedad celíaca (EC), con los anticuerpos antitransglutaminasa IgA, tras descartar el déficit selectivo de IgA, son útiles en el despistaje de la EC.

La determinación de calprotectina ha ido cobrando cada vez más importancia ya que puede ser útil para distinguir o diferenciar qué pacientes con dolor abdominal sobre todo si cursan con diarrea, pueden beneficiarse de realizar más estudios (diferenciar el síndrome de intestino irritable (SII) de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)). El punto de corte para considerarlo normal varía según el tipo de test utilizado y la técnica de laboratorio, además puede verse alterado por la toma de algunas medicaciones en los días previos a la recogida, como los antiinflamatorios no esteroideos. Valores inferiores a 50 $\mu\text{g/g}$ de heces nos pueden ayudar a descartar la EII. Es importante conocer que la determinación de calprotectina fecal es

un marcador de inflamación intestinal pero no es diagnóstica en ningún proceso. Además de la EII, otras enfermedades pueden producir elevación de la calprotectina fecal como la enfermedad celíaca, las infecciones intestinales por virus, bacterias o parásitos, los linfomas, etc. Su rendimiento depende, como toda prueba, de la prevalencia de enfermedad en la población. Así en las consultas de Atención Primaria donde la prevalencia de EII es mínima y por tanto la probabilidad pretest de la prueba es baja, la calprotectina <50 $\mu\text{g/g}$ permite descartar la EII.

La determinación de sangre oculta en heces tampoco tiene una sensibilidad ni especificidad muy altas por lo que su determinación debe individualizarse según la sospecha diagnóstica.

Siempre que se mantenga una dieta equilibrada y variada, la prueba de exclusión de determinados alimentos, como las dietas bajas en FODMAP (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables, del inglés *fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols*), es una prueba barata, inocua y con alto rendimiento dentro de la investigación del dolor abdominal crónico.

La endoscopia digestiva alta (esofagogastroduodenoscopia) y baja (ileocolonoscopía) siguen siendo las pruebas de referencia para numerosas patologías, pero siempre se deben solicitar de forma justificada y orientada al conllevar una sedación del paciente y ser técnicas invasivas.

Por último, entre las pruebas de imagen, la radiografía simple tiene su indicación para descartar causas extradigestivas como las neumonías basales, o para confirmar la presencia de aire libre en abdomen en los cuadros agudos, en ocasiones pueden ser diagnósticas de cuadros potencialmente mortales como los vólvulos y malrotaciones. El rendimiento de las ecografías dependerá de la sospecha diagnóstica, así en un estudio se demostró que los pacientes con dolor abdominal y sin signos de alarma solo se detectó anomalías en el 1% de las ocasiones.

En ciertos pacientes será necesaria la realización de otras pruebas de imagen más complejas como la TC abdominal, la resonancia o enterorresonancia, etc.

DOLOR ABDOMINAL URGENTE

Apendicitis

La apendicitis aguda (AA) sigue siendo el cuadro quirúrgico urgente más frecuente en Pediatría. Supone entre el 1-8% de las consultas por dolor abdominal agudo. Es más frecuente en varones y es rara en los menores de 5 años, aunque en este grupo de edad es más probable su debut como cuadro complicado con perforación, debido a la inespecificidad de los síntomas y a que el cuadro suele evolucionar de forma más rápida. Hasta el 51% de los casos en menores de 6 años son apendicitis perforadas. En el lado contrario, el grupo con la mayor tasa de laparotomías blancas, es decir niños operados por sospecha de apendicitis y que finalmente no son tales, son las niñas en edad peripuberal (5%).

Clínica

Los síntomas más clásicos son la anorexia, la fiebre, los vómitos, la migración del dolor hacia la fosa iliaca dere-

cha, y los hallazgos compatibles con la irritación peritoneal como el signo de Blumberg, la maniobra de iliopsoas, y el signo de Rosvig positivos. Si estos signos están presentes la probabilidad de tener apendicitis es alta (valor predictivo positivo del 86%). Sin embargo, aunque todos estén ausentes no se puede descartar la AA.

La intensidad del dolor en la AA puede dificultar la exploración física, por lo que es necesario valorar mediante escalas adaptada a la edad (caras de Wong Baker, VAS, etc.) y tratar adecuadamente este dolor antes de la exploración física completa. La analgesia no entraña una mayor probabilidad de falsos negativos en la AA, ni modifica el curso de la apendicitis.

Diagnóstico

Hallazgos de laboratorio: la elevación de los leucocitos o neutrófilos se asocian con el diagnóstico de AA. Aunque existe una amplia variabilidad entre estudios observacionales, la sensibilidad se sitúa en torno al 68% y la especificidad en torno al 75-96%. La proteína C reactiva tiene un comportamiento más dispar, aumentando su sensibilidad en pacientes con síntomas de más de 24 horas de duración, pero su rendimiento es inferior a los leucocitos y los neutrófilos totales.

La procalcitonina (PCT) o la calprotectina no deben ser usadas para el diagnóstico de AA.

Dado que el diagnóstico, implica un alto grado de incertidumbre se han desarrollado distintas escalas que reafirman la exclusión de la apendicitis como causa del dolor abdominal, y otras confirman la necesidad de realizar más pruebas para continuar con el diagnóstico. Estas escalas son una combinación de los hallazgos clínicos y analíticos. La escala más validada en Pediatría es el Pediatric Appendicitis Score (**Tabla 3**). El score de Alvarado ampliamente usado en adultos, sobreestima el riesgo de apendicitis en niños, por lo que no es útil en la práctica diaria.

Por otro lado, la realización de una tira reactiva de orina se debe reservar a síntomas y hallazgos compatibles con infección de orina o litiasis, ya que hasta 1

Tabla 3. Escala de Samuel o PAS

Anorexia	1
Fiebre >38 °C	1
Náuseas o vómitos	1
Leucocitosis >10 000	1
Neutrofilia >75%	1
Migración dolor a fosa iliaca derecha (FID)	1
Dolor al toser, percutir o saltar	2
Dolor a la palpación superficial de FID	2

Baja probabilidad: 1-3 puntos; intermedia: 4-7 puntos, se debe realizar ecografía; alta: 8-10 puntos, avisar al cirujano.

Fuente: Alonso Cadenas JA, de la Torre Espí M. Protocolo diagnóstico y terapéutico del dolor abdominal agudo. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

de cada 4 pacientes puede tener leucocituria por la fiebre en el contexto de una AA.

Pruebas de imagen: ante cierto grado de incertidumbre que no permite descartar este diagnóstico se debe realizar una ecografía abdominal. Esta puede realizarse a pie de cama por un pediatra o en un servicio de radiología por un radiólogo según la experiencia y los medios disponibles. Si no se visualiza el apéndice o los hallazgos son dudosos, puede reevaluarse al paciente pasadas unas horas. En ocasiones será necesaria la realización de una tomografía computarizada (TC) abdominal o resonancia magnética (RM) abdominal.

Tratamiento: inicialmente se administrarán líquidos intravenosos según el grado de deshidratación que pueda haber ocasionado la AA, se reevaluará el dolor y la respuesta a la analgesia, ya que la mayoría de los pacientes necesitarán morfina, y se iniciará una profilaxis antibiótica. El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos. Pero el momento de realizar la apendicectomía depende del estado general del paciente y del tipo de apendicitis. En las apendicitis precoces (menos de 48 h de evolución con signos clínicos típicos, pero sin perforación del apéndice) la cirugía se puede realizar en las siguientes 24 h al diagnóstico, pero no más de 48 h

desde el inicio de la clínica) sin aumentar el riesgo de perforación. En las apendicitis perforadas o con clínica de sepsis la cirugía es urgente, con tratamiento antibiótico desde el diagnóstico.

Sin embargo, en ciertos pacientes con apendicitis no complicadas, y siempre bajo seguimiento de un cirujano pediátrico se puede intentar un abordaje no quirúrgico, con antibioterapia intravenosa durante 48 h y continuar con antibioterapia oral en casa. Si la evolución no es satisfactoria se realiza apendicectomía como en las apendicitis no complicadas.

Causas extradigestivas

Las neumonías basales pueden producir cuadros de dolor abdominal agudo e intenso. La clínica puede ser insidiosa inicialmente, estando solo presente el dolor abdominal de preferencia en hemiabdomen superior y la fiebre. Otras causas pueden ser las hernias inguinales, las torsiones testiculares, por lo que siempre debemos explorar la región inguinoescrotal en los pacientes que consultan por abdominalgia aguda. Las causas genitourinarias son otra etiología frecuente de dolor abdominal. Las litiasis renales pueden debutar como dolor abdominal tipo cólico generalmente en flanco, de alta intensidad y vómitos, disuria y en ocasiones hematuria. El síndrome de la unión pieloureteral (SUPU) es otra potencial causa; y en niños la mayoría de las veces es secundario a un vaso polar que comprime el uréter proximal pudiendo llegar a producir cuadros de insuficiencia renal secundarios a la obstrucción. Puede cursar en brotes estando asintomáticos intercrisis. Por último, las causas ginecológicas entre las que debemos destacar el embarazo ectópico en las niñas en edad puberal, y la endometriosis.

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

El dolor abdominal crónico (DAC) es frecuente en niños y adolescentes, afecta al 10-19% de los niños que consultan. Se define DAC como el dolor abdominal intermitente o constante que ha estado presente durante al menos dos meses, de acuerdo con los criterios Roma IV de dolor abdominal funcional (DAF). Las dos princi-

pales categorías de causas de DAC son los trastornos orgánicos y los trastornos funcionales. La clasificación se resume en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Trastornos digestivos funcionales pediátricos: niño y adolescente. Criterios Roma IV

H1. Trastornos de náuseas y vómitos funcionales	
H1a.	Síndrome de vómitos cíclicos
H1b.	Náuseas funcionales y vómitos funcionales
H1c.	Síndrome de rumiación
H1d.	Aerofagia
H2. Trastornos de dolor abdominal funcional	
H2a.	Dispepsia funcional
H2b.	Síndrome de intestino irritable
H2c.	Migraña abdominal
H2d.	Dolor abdominal funcional no especificado de otra forma
H3. Trastornos funcionales de la defecación	
H3a.	Estreñimiento funcional
H3b.	Incontinencia fecal no retentiva

Dolor abdominal funcional

Los trastornos de dolor abdominal funcional (TDAF) son la causa más frecuente (90% de los casos) de dolor abdominal crónico en niños y adolescentes.

Criterios diagnósticos

Los criterios ROMA IV para estos trastornos son aplicables a niños mayores de cuatro años y distinguen los siguientes tipos de TDAF:

Dispepsia funcional (DF)

Debe cumplir uno o más de los siguientes síntomas al menos cuatro días al mes, durante al menos dos meses previos al diagnóstico:

1. Plenitud posprandial.
2. Saciedad precoz.
3. Dolor epigástrico o acidez no asociados con defecación.

Se distinguen dos subtipos:

- Síndrome de distrés posprandial: plenitud posprandial y saciedad precoz molestos que impiden terminar una comida habitual.
- Síndrome de dolor epigástrico: dolor o acidez epigástricos que son suficientemente intensos para interferir la actividad normal y que no se alivia con la defecación o la expulsión de gases.

Síndrome de intestino irritable (SII)

Para diagnosticarlo debe de cumplir todo lo siguiente al menos durante 2 meses previos al diagnóstico:

1. Dolor abdominal, al menos cuatro días al mes, asociado con uno o más de los siguientes:
 - a. Relacionado con la defecación.
 - b. Cambios en la frecuencia de defecación.
 - c. Cambios en la forma o apariencia de las deposiciones.
2. En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve con la resolución del mismo.
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Se distinguen los siguientes subtipos según el patrón de deposiciones: SII con estreñimiento, SII con diarrea, SII con estreñimiento y diarrea, SII indefinido.

Migraña abdominal (MA)

Debe cumplir todo lo siguiente, al menos en dos ocasiones, en los seis meses anteriores al diagnóstico:

1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal periumbilical, en línea media o difuso, que duran una hora o más, siendo este el síntoma más importante.
2. Episodios separados por semanas a meses.
3. El dolor es incapacitante e interfiere con la actividad habitual.
4. Síntomas y patrones estereotipados en cada paciente individual.
5. El dolor está asociado con dos o más de los siguientes: anorexia, náusea, vómitos, dolor de cabeza, fotofobia y palidez.
6. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición.

Dolor abdominal funcional no especificado de otra manera (DAF-NEOM)

Debe cumplir todo lo siguiente, al menos 4 veces al mes, durante al menos 2 meses previos al diagnóstico:

1. Dolor abdominal episódico o continuo que no ocurre solamente durante eventos fisiológicos (por ejemplo, comer, menstruación).
2. Criterios insuficientes para SII, DF o MA.
3. Después de una evaluación médica apropiada, el dolor abdominal no puede no puede atribuirse a otra condición médica.

Evaluación clínica

El diagnóstico se basa en dos pilares fundamentales: la historia clínica y la exploración física, buscando espe-

cíficamente datos de alarma (**Tabla 1**) que orientaran hacia etiología orgánica.

Historia clínica

Es necesario establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente y sus familiares comprendiendo en todo momento que **el dolor que siente el paciente es real**.

Datos que hay que recoger:

- Antecedentes familiares y personales.
- Definir el dolor: edad de comienzo, localización, características, intensidad, duración y frecuencia, momento del día en que se inicia, síntomas asociados, factores o eventos desencadenantes: alimentación, infecciones (gastroenteritis víricas, bacterianas...), enfermedades, colegio, etc. Recoger también la conducta ante el dolor y los factores que lo alivian y lo exacerban.
- Otros datos que se deben recoger de la historia clínica son: hábitos dietéticos, ritmo deposicional, historia familiar (eventos familiares negativos, presencia de ansiedad o depresión o el funcionamiento familiar), datos psicosociales.
- Aunque no hay estudios que demuestren que todos estos datos sean concluyentes para distinguir el dolor abdominal funcional del orgánico, pueden ser de ayuda y además nos proporcionar información útil sobre factores agravantes y cómo está afectando el dolor al niño y a la familia.
- Se puede pedir al niño que elabore un diario, describiendo las molestias y los factores desencadenantes o agravantes, como acontecimientos vitales o determinados alimentos.

Exploración física

Será completa, aunque centrándose en el crecimiento y desarrollo y en la región abdominal, rectal,

pélvica y genitourinaria. También habrá que anotar datos como miedo a la exploración, presencia de cicatrices etc.

Datos de alarma

- Si presenta signos de alarma habrá que seguir evaluando al niño con pruebas complementarias dirigidas a diagnosticar patología orgánica. La causa orgánica (**Tabla 2**) como etiología del dolor abdominal crónico solo está presente en menos del 10-15% de los casos.
- Si no presenta signos de alarma hay que ver si cumple criterios de estreñimiento ya que el estreñimiento “oculto” y la retención fecal pueden ser una causa de dolor abdominal crónico en niños. Si es así tratar el estreñimiento será el siguiente paso.
- Si no cumple criterios de estreñimiento habrá que realizar el diagnóstico del tipo de trastorno de dolor abdominal funcional de acuerdo con el patrón de síntomas y los criterios anteriormente expuestos. Es conveniente recordar que el tratamiento con polietilenglicol no produce taquifilaxia y se puede mantener de forma prolongada.

Pruebas complementarias

Deberían reservarse para el paciente que presenta datos de alarma. Realizar muchas pruebas con resultado negativo en vez de tranquilizar a los padres lo que hace es reforzarles la idea de que existe un trastorno orgánico que no se ha detectado todavía. La calprotectina podría ser útil en el SII para valorar la presencia de inflamación intestinal, aunque siempre teniendo en cuenta que los valores y puntos de corte son diferentes según la edad, y las variables mencionadas previamente. Se recomienda realizar un despistaje de la enfermedad celíaca ya que su prevalencia en los DAF es cuatro veces superior a la población general.

Tratamiento

- El objetivo principal del tratamiento será la recuperación de la actividad habitual normal del niño más que la desaparición del dolor.
- Establecer una relación terapéutica con el paciente y la familia es un componente muy importante del manejo de los trastornos funcionales. El paciente tiene que ver y creer que sus síntomas y preocupaciones se toman en serio. La aceptación por los padres y el niño de los componentes biopsicosociales del dolor se asocia fuertemente con un pronóstico favorable.
- Suele ser útil explicar de forma sencilla la patogenia del cuadro (interacción cerebro-intestino), la implicación que tienen el estrés y la ansiedad y la importancia de marcar metas sencillas como el retorno a la vida diaria normal, más que la resolución de los síntomas. Hay que indicarles la elevada incidencia de resolución espontánea con el tiempo.
- Se puede recurrir a terapia no farmacológica como relajación, distracción y tratamiento cognitivo-conductual.
- Si no mejoran con el manejo habitual y en casos concretos como presencia de síntomas graves, se puede administrar medicación, que debe hacerse de forma individualizada, basándose siempre en la sintomatología y que debe ser suprimida si no se observa mejoría tras un tratamiento de prueba razonable de 2-3 semanas.
- Para la DF se pueden probar anti-H₂ e inhibidores de la bomba de protones (IBP) en caso de dolor como síntoma predominante y procinéticos en caso de náusea, hinchazón y saciedad precoz.
- Para el SII existen datos favorables, aunque de evidencia escasa, para el uso de probióticos, bromuro de otilonio, aceite de menta (antiespasmódico natural), dietas de reducción de FODMAP.

- Para la MA tratamientos preventivos utilizados: pizotifeno, ciproheptadina, amitriptilina y propranolol.
- Para TDAF-NEOM algunos tratamientos (antidepresivos, probióticos) han mostrado beneficios, pero tienen el inconveniente de su limitada generalización.
- Papel de las dietas: no se recomienda de forma rutinaria realizar restricciones dietéticas, pero de forma individual y por un tiempo limitado se puede realizar una prueba de exclusión de alimentos desencadenantes o que agraven los síntomas como por ejemplo lactosa, sorbitol, cítricos, picantes, alimentos con alto contenido en grasa, bebidas y alimentos productores de gas. No hay evidencia de calidad (revisión sistemática 2017) de que las intervenciones dietéticas sean efectivos para el DAF. Siempre que se haga una restricción dietética asegurarse de que se continúa proporcionando una nutrición adecuada.
- Es necesario un seguimiento regular del paciente para mantener la relación terapéutica, proporcionar tranquilidad, evaluar la efectividad de la terapia (farmacológica o no) y controlar la aparición de signos de alarma. Es aconsejable evaluar la intervención realizada a las 2-3 semanas y si es efectiva se ajustará y continuará por un periodo de dos a seis meses intentado retirarla gradualmente.
- Si la intervención elegida no es efectiva se cambiará de tratamiento o se reconsiderará el diagnóstico.

Criterios de derivación

- Si el dolor interfiere de forma importante con la función del paciente y de la familia, pueden derivarse a un centro de salud mental para recibir atención psicológica especializada.
- Se derivarán al gastroenterólogo pediátrico aquellos niños con estreñimiento que no responden a

las intervenciones habituales y si el paciente presenta en cualquier momento o aparecen en el seguimiento signos o síntomas de alarma.

ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDAD CELÍACA

Es conocido que la enfermedad celíaca (EC) tiene una presentación muy heterogénea lo que conlleva que esté infradiagnosticada. En 2012 las guías ESPGHAN introdujeron la posibilidad del diagnóstico basado en la serología pudiendo obviar la biopsia en casos seleccionados. En 2019 se han publicado las nuevas guías de diagnóstico de la enfermedad celíaca de la ESPGHAN. Los cambios aportados son:

- Como cribado inicial, la combinación de IgA total e IgA antitransglutaminasa tipo 2 (IgA-ATG) es más sensible para el diagnóstico de EC que otras combinaciones.
- Si el paciente tiene títulos de IgA-ATG superiores a 10 veces el límite superior de la normalidad con los test adecuados y en una segunda muestra de sangre se confirma la positividad de los anticuerpos antiendomio (AAE-IgA), no es imprescindible, la realización de biopsia para confirmar el diagnóstico de EC. No realizar biopsia es un abordaje o enfoque seguro tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos, aunque teniendo en cuenta que en estos últimos el valor predictivo positivo de IgA-ATGA ≥ 10 puede ser más bajo que en niños sintomáticos, lo que debe considerarse durante el proceso de toma de decisiones.
- Si el paciente tiene título de IgA-ATG positivos pero inferiores a 10 veces el límite superior de la normalidad se debe realizar endoscopia con biopsia para confirmar el diagnóstico de EC.
- La investigación de la genética de EC y la presencia de síntomas no son criterios obligatorios para el diagnóstico si los títulos de IgA-ATG son superiores a 10 veces el límite superior de la normalidad.

ACTUALIZACIÓN EN *HELICOBACTER PYLORI*

No existe una relación causa-efecto demostrada entre la infección por *Helicobacter pylori* (HP) y el dolor abdominal. Se ha producido un aumento de la resistencia antibiótica a HP por la búsqueda indebida de la infección por HP y el consiguiente tratamiento empírico indiscriminado. En nuestro medio la resistencia a claritromicina es muy elevada por lo que no se debe usar de forma empírica en las triples terapias.

La última actualización publicada en 2017 de la guía conjunta ESPGHAN/NASPGHAN para el manejo de la infección por HP en el niño recomienda:

- No realizar test para la búsqueda de infección por HP en niños con trastornos de dolor abdominal funcional.
- No buscar de forma rutinaria la infección por HP mediante métodos no invasivos (prueba del aliento con urea marcada con carbono 13, determinación de antígeno de HP en heces), debiendo reservarse estos test para comprobar la erradicación tras el tratamiento.
- No administrar tratamiento empírico en pacientes con test no invasivos positivos sin la realización previa de una endoscopia.
- Obtener la sensibilidad antimicrobiana de las cepas mediante cultivo de HP en mucosa gástrica, para indicar el tratamiento.
- Si no se dispone de cultivo y antibiograma se recomienda tratamiento basado en el conocimiento de los perfiles de resistencia o a la pauta regional/nacional más efectiva.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

La EII es una enfermedad de curso crónico, de base inmunológica y no predecible. Su incidencia está aumentando en las últimas décadas y cada vez se detectan casos de inicio más precoz. El retraso en el diag-

nóstico en una EII instaurada conlleva un curso más tórpido y con repercusión sobre el desarrollo nutricional del paciente. Se distinguen tres tipos:

1. Enfermedad de Crohn: afectación parcheada y transmural en cualquier parte del tubo digestivo.
2. Colitis ulcerosa: afectación continua de la mucosa del colon de forma retrógrada.
3. La enfermedad inflamatoria indeterminada.

El diagnóstico en Pediatría es complejo ya que no hay datos analíticos concretos que permitan diagnosticarla y porque la clínica puede confundirse con otras patologías como la gastroenteritis aguda. La presentación puede ser muy variada, entre los síntomas más sugestivos de EII están: la diarrea tanto diurna como nocturna, el dolor abdominal, la rectorragia, el tenesmo rectal, los restos mucosos en las heces, la anemia, la presencia de fistulas digestivas o fisuras anales, la urgencia defecatoria, el fallo de medro, y otras manifestaciones extradigestivas (uveítis, artritis, fiebre, osteoporosis). El diagnóstico diferencial debe descartar entidades como el SII, la poliposis, las hemorroides, la colitis alérgica e infecciosa, la gastroenteritis eosinofílica, las inmunodeficiencias, los linfomas intestinales, la enfermedad celíaca, el hipertiroidismo, o el síndrome urémico hemolítico entre otros.

En la exploración física se debe valorar el estado nutricional del paciente, la presencia de signos que orientan hacia la EII como los repliegues perianales típicos del Crohn, la presencia de fiebre o artralgias, la localización del dolor abdominal y la existencia o no de signos de irritación peritoneal, y la coloración de piel y mucosas. Si por la clínica y la exploración física se sospecha una EII se debe realizar un estudio analítico para detectar datos que apoyen el diagnóstico. Se debe incluir hemograma para la detección de anemia, leucocitosis o trombocitosis; bioquímica para detectar hipoalbuminemia o ferropenia; coagulación, reactantes de fase aguda (PCR y VSG), sangre oculta en heces y coprocultivo e investigación de parásitos en heces. Si

se confirma la sospecha se debe derivar a la Unidad de Gastroenterología pediátrica de referencia para completar estudio e iniciar tratamiento.

El tratamiento en la enfermedad de Crohn, la nutrición enteral exclusiva con fórmulas poliméricas específicas para esta enfermedad durante 6-8 semanas, ha demostrado ser una terapia tan eficaz en inducir la remisión y además consigue un mejor estado nutricional que el uso de corticoides, por lo que es de elección al debut en los casos de afectación leve-moderada. Entre los tratamientos farmacológicos destacan los corticoides para los brotes y los fármacos inmunomoduladores (azatioprina, 6-mercaptopurina) que producen inmunosupresión y los biológicos (infliximab, adalimumab..) que aumentan el riesgo de padecer infecciones. Estos pacientes son especialmente proclives a las infecciones oportunistas, hecho que se debe tener en cuenta de cara a la vacunación.

El papel del pediatra de Atención Primaria en la EI englobará distintos aspectos:

1. **Ayudar en la formación e información para el autocuidado:** debemos conocer los efectos secundarios más frecuentes de los fármacos utilizados para el control de enfermedad. Así como instruir al paciente en la prevención y adherencia al tratamiento. Asegurar un estilo de vida y dieta saludable y una adecuada prevención de la osteoporosis con una ingesta de calcio y vitamina D diaria. Evitar el alcohol y el tabaco que favorecen las recidivas y un curso más tórpido de la enfermedad.
2. **Vigilancia y prevención de infecciones:** al debut se debe valorar el estado de inmunización del paciente y actualizar su calendario vacunal. Hay suficiente evidencia de que las inmunizaciones no facilitan la aparición, en estos pacientes, de brotes de su enfermedad de base. Por tanto, deben recibir las vacunas inactivadas según calendario, e independientemente de su estado de inmunosupresión, haciendo especial énfasis en la vacunación antineumocócica, frente al meningococo y la antigripal anual. Sin embargo, las respuestas va-

cunales son subóptimas y en algunos pacientes podría ser útil administrar un refuerzo de todas las vacunas a los 3 meses de acabada la inmunosupresión, en caso de que haya sido posible su suspensión. Las mujeres con enfermedad de Crohn tienen un riesgo especialmente incrementado de neoplasia de cérvix y también existe un aumento de riesgo de cáncer anal en todos los pacientes con esta enfermedad. Por tanto, la vacunación frente al VPH es prioritaria, utilizándose, como en todos los pacientes inmunodeprimidos, una pauta de tres dosis independientemente de la edad, y preferiblemente con la vacuna nonavalente. Aunque no hay estudios al respecto, es muy probable que los varones en esta situación también se beneficien de esta vacunación, por lo que también se recomienda en ellos. En general, se recomienda determinar títulos de las vacunas víricas atenuadas y vacunar si no se detectan, al menos, 4-6 semanas antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor (incluso 12 semanas para el caso de la varicela). Se evitará su administración durante el tratamiento con corticoides a dosis inmunosupresoras, azatioprina, metotrexate o terapias biológicas (infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab o natalizumab) o hasta 3 meses, incluso 6 meses (este es el tiempo máximo que estos productos persisten en el paciente tras su administración) después de la suspensión. Se recomienda especialmente la vacunación frente a la hepatitis A, dada la especial predisposición de estos pacientes a padecer problemas hepáticos derivados de su enfermedad o de la medicación. Se debe medir la respuesta frente a la hepatitis B al mes de la última dosis, por la posibilidad de una peor respuesta, y si no existen títulos adecuados, revacunar con el doble de la dosis o bien con la vacuna combinada VHA y VHB (Twinrix). Se puede consultar el manual de vacunas en línea de la AEP en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunasy> la página del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa (GETECCU) en: <https://www.educainflamatoria.com/vacunacion-y-algoritmos-de-actuacion-en-enfermedad-inflamatoria-intestinal>

3. **Detectar posibles brotes de la EI:** ante la clínica de dolor abdominal, fiebre, rectorragia, o diarrea se debe realizar un adecuado diagnóstico diferencial y contactar con la Unidad de Gastroenterología de referencia para su derivación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Anderson M, Collins E. Analgesia for children with acute abdominal pain and diagnostic accuracy Arch Dis Child. 2008;93:995-7.
- Baranguán Castro ML, Ros Arnal I, García, Rodríguez U. Implantación de la dieta baja en FODMAP para el dolor abdominal funcional. An Pediatr (Barc). 2019;90:180-6.
- Brown LK, Beattie RM, Tighe MP. Practical management of functional abdominal pain in children. Arch Dis Child. 2016;101:677-83.
- Cenarro, T. Utilidad de la determinación de calprotectina en el niño. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10:143-4.
- Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C. European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for diagnosing coeliac disease 2019. J Pediatr Gastroenterol Nutr. [en prensa] DOI: 10.1097/MPG.0000000000002497.
- Hyams J, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman R, Staiano A, van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders. Child/Adolescent Gastroenterol. 2016;150:1456-68.
- Jones NL, Koletzko S, Goodman K, Bontems P, Cadranet S, Casswall T, et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of Helicobacter pylori in Children and Adolescents (Update 2016). J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jun;64(6):991-1003.
- Korterink J, Rutten J, Venmans L, Benninga M, Tabbers M. Pharmacologic Treatment in Pediatric Functional Abdominal Pain Disorders: A Systematic Review. J Pediatr. 2015;166:424-31.
- Lora-Gómez RE. Dolor abdominal agudo en la infancia. Pediatr Integral. 2014;XVIII(4):219-28.
- Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Database System Rev. 2011;1:CD005660.
- Martínez Gómez M, Melian Fernández C, Romeo Donlo M. Nutrición en enfermedad inflamatoria intestinal. Nutr Hosp. 2016;33(Supl. 4):59-62.
- Navas-López VM, Blasco-Alonso J, Lacasa Maseri S, Girón Fernández-Crehuet F, Serrano Nieto MJ, Vicioso Recio MI, et al. La nutrición enteral exclusiva continúa siendo el tratamiento de primera línea en la enfermedad de Crohn pediátrica en la era de los biológicos. An Pediatr (Barc). 2015;83(1):47-54.
- Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018;66:516-554.
- Ruesmele FM, Veres G, Kolho KL, Griffiths A, Levine A, Escher JC, et al. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. Journal of Crohn's and Colitis. 2014;8:1179-207.
- Veereman-Wauters G, de Ridder L, Veres G, Kolaček S, Fell J, Malmborg P, et al. Risk of Infection and Prevention in Pediatric Patients With IBD: ESPGHAN IBD Porto Group Commentary. JPGN. 2012;54:830-7.
- Zeiter D. Abdominal Pain in Children: From the Eternal City to the Examination Room. Pediatr Clin N Am. 2017;64:525-41.