

DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN ORGÁNICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ABDOMINAL PAIN OF ORGANIC ORIGIN IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

DR. GERMÁN ERRÁZURIZ F. (1), DRA. FRANCISCA CORONA H. (1)

1. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. CLÍNICA LAS CONDES.

Email: gerrazuriz@clc.cl

RESUMEN

El dolor abdominal constituye un motivo frecuente de consulta de niños y adolescentes. Éste puede ser de origen orgánico o funcional. En menores las causas son predominantemente orgánicas, y en los mayores de 5 años sólo el de 33% tiene este origen, y el 67% es funcional.

Mediante una anamnesis acuciosa y un examen físico completo, el clínico podrá hacer una aproximación diagnóstica y orientar la solicitud de exámenes de manera dirigida.

El objetivo de este artículo es entregar las herramientas semiológicas para lograr este objetivo.

Palabras clave: Dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, constipación, alergia alimentaria, enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucción intestinal niños y adolescentes.

SUMMARY

Abdominal pain is a frequent complain of children and adolescents. This may have an organic or functional origin. In preschool children the causes are predominantly organic, and in those older than 5 years only 33% have this origin, and 67% are functional.

Through a diligent history and physical examination, the clinician may make a proper approach to diagnosis and ask for complementary tests, if necessary, in a target manner. The aim of this article is to provide the semiologic tools to achieve this goal.

Key words: Abdominal pain, gastro-oesophageal reflux, constipation children, food allergies, intestinal inflammatory disease, bow el obstuctionchildren and abdescents.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta, tanto en pediatría general con un 2 a 4%, como en gastroenterología infantil con un 7 a 25% de las consultas (1) y en los servicios de urgencia con un 10%, (2) de acuerdo a estudios en internacionales. No hay a la fecha estudios epidemiológicos chilenos. El desafío del médico es poder tener una orientación diagnóstica adecuada, a través de una buena historia clínica y examen físico completo, y solicitar el mínimo de exámenes y procedimientos, evitando así someter al paciente y su familia a molestias, estrés y desembolso de dinero innecesarios. Para esto es fundamental comprender la fisiopatología del dolor abdominal, conocer las patologías causantes de dolor en las diferentes etapas de la niñez, con sus síntomas acompañantes y evolución.

Lo más frecuente, aunque parezca obvio, es que el dolor tenga su origen en un órgano abdominal, estructuras de sostén (peritoneo visceral), sistema vascular, peritoneo parietal, omentos y nervios sensitivos abdominales.

Sin embargo, no debe olvidarse que el dolor localizado en abdomen puede tener su origen en un órgano extra abdominal (neumonía), ser manifestación de enfermedades generales (faringitis estreptocócica), alteraciones metabólicas como acidosis diabética, crisis adisoniana, porfiria, errores congénitos del metabolismo, intoxicación exógena (saturnismo), ingestiones (fierro), vasculitis (púrpura de Schönlein Henoch), sistema nervioso (neuralgia parietal, herpes zoster).

Su origen también puede ser funcional, sin una base orgánica y con características y fisiopatología propias (Ver Dolor Abdominal Recurrente o Crónico).

FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR ABDOMINAL

Dolor visceral

Es iniciado en terminaciones nerviosas de las vísceras huecas o estructuras de soporte. El estímulo es conducido por fibras aferentes viscerales a la médula, desde donde, a través de fibras C desmielinizadas localizadas en los haces posteriores, asciende a la corteza cerebral. La información dada por estímulos en un área determinada, compromete 4 a 5 segmentos espinales, por lo que el dolor es interpretado como difuso y extenso, en la zona media del abdomen. No se asocia a defensa muscular ni hiperalgesia cutánea. Los estímulos que generan este tipo de dolor son:

1. Sobredistensión, aunque si ésta es excesiva, puede agregarse isquemia, que también es causa de dolor.
2. Espasmo de víscera hueca, produciendo dolor cólico. Se presenta en gastroenteritis, constipación, enfermedad de la vía biliar, obstrucción intestinal o de uréter, contracciones uterinas, embarazo tubario.
3. Estímulos químicos. Si ocurre perforación gástrica o intestinal, rotura de la vía biliar, o presencia de sangre peritoneal por rotura de víscera sólida, se estimula el peritoneo visceral en zonas extensas, lo que produce dolor difuso y en general muy intenso.
4. Isquemia. Produce dolor en las vísceras al igual que lo hace en otros tejidos, el que también es de gran intensidad.

Existen vísceras que son insensibles al dolor de cualquier tipo, como es el caso del parénquima hepático. En cambio la cápsula hepática es muy sensible a los traumatismos directos y a la sobredistensión.

Dolor parietal

Si el proceso inflamatorio que afecta a una víscera se extiende comprometiendo el peritoneo parietal, el tipo de dolor cambia. El peritoneo parietal está innervado, al igual que la piel, por abundantes terminaciones del dolor que van a través de los nervios raquídeos periféricos. Este dolor es localizado, fácilmente delimitable y se acompaña de contractura de la musculatura abdominal que se localiza sobre las vísceras afectadas. Las sensaciones del peritoneo parietal se conducen directamente a los nervios raquídeos y, por esta doble transmisión del dolor se explica que el dolor generado en una víscera pueda sentirse en dos zonas superficiales del cuerpo al mismo tiempo. En el caso de la apendicitis los impulsos dolorosos pasan del apéndice a las fibras simpáticas que conducen el dolor visceral a la médula a través de los nervios simpáticos a la altura de D10, D11. El dolor se localiza en la región periumbilical y tiene las características de dolor visceral ya descritas. Al extenderse el proceso inflamatorio éste contacta al peritoneo parietal, en la zona innervada por L1, produciéndose dolor intenso y bien localizado en fosa iliaca derecha, con los signos peritoneales típicos.

Dolor referido

Se produce en una zona alejada de los tejidos donde se origina el dolor. Las terminaciones de las fibras que transmiten el dolor establecen sinapsis en la médula con las neuronas que reciben señales dolorosas desde la piel, en los mismos segmentos medulares, lo que hace que el paciente perciba el dolor como si se hubiera originado en la piel. Cuando el dolor visceral es referido a la superficie del cuerpo, es localizado en el seg-

mento del dermatoma a partir del cual se desarrolla dicha víscera en el embrión. Este mecanismo explica el dolor subescapular de la colecistitis e inguinoescrotal en el cólico renal.

APROXIMACIÓN CLÍNICA

El orientarse asertivamente frente al paciente con dolor constituye un verdadero desafío para el clínico. Una madre observadora y presente es de primordial importancia para explicar en forma detallada lo que le sucede a un niño pequeño. Sin embargo, con frecuencia es difícil poder caracterizar el dolor, por las dificultades propias de este grupo de poder expresar verbalmente las molestias, y por las características del dolor abdominal en sí, el que en general es difícil de precisar incluso para los adultos. Organizar la información en el orden que a continuación se detalla puede ser de gran utilidad:

1. Edad

Es de suma importancia para orientarnos en la posible causa de éste. Dada la diferencia en la frecuencia de las distintas patologías según edad del paciente, es recomendable agruparlos en neonatos, lactantes, preescolares, escolares y adolescentes (Tabla 1).

Neonato

Si bien los cólicos pueden ser causa de dolor abdominal manifestado por llanto, en esta etapa de la vida es importante descartar patologías graves que se presentan de la misma manera, como infecciones (virosis, urinaria, meningitis), y obstrucción intestinal entre otras.

Lactantes

En los menores los cólicos dan cuenta de gran cantidad de consultas por llanto. De acuerdo a las características y síntomas acompañantes es importante descartar invaginación intestinal, hernias atascadas, especialmente inguinal, torsión testicular, fisura anal.

Preescolares

La principal causa de dolor agudo de comienzo brusco es la gastroenteritis, aunque siempre tener presente la apendicitis y la neumonía basal. El dolor epigástrico puede ser causado por úlcera péptica o esofagitis, en epigastrio e hipocondrio derecho por patología de la vía biliar, en hipocondrios o flancos puede ser manifestación de hidronefrosis o pielonefritis, por lo que es importante preguntar acerca de alteraciones en la micción, disuria, hematuria y aparición de enuresis que previamente no estaba.

La constipación puede presentarse como dolor abdominal bajo cólico, y es habitual que los padres no reporten la constipación espontáneamente.

Como causas poco frecuentes de dolor recurrente deben tenerse en cuenta la enfermedad inflamatoria intestinal, colelitiasis, quistes de colédoco, tumores hepáticos, invaginación intestinal recurrente, vólvulos intermitentes, complicación inflamatoria del divertículo de Meckel, pancreatitis aguda recurrente o crónica entre otras.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830752>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830752>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)