

## Dolor abdominal recurrente: hallazgos en 60 casos

Por los Dres.:

DORIS RODRIGUEZ BELLO,\* RAUL GOMEZ CABRERA,\*\* HERMENEGILDO  
MENENDEZ DAGO\*\*\* y JUAN RODRIGUEZ LOECHES Y FERNANDEZ\*\*\*\*

Rodríguez Bello, D. y otros. *Dolor abdominal recurrente: hallazgos en 60 casos*. Rev Cub Ped 51: 5, 1979.

Se describen los hallazgos en 60 niños que con diagnóstico de dolor abdominal recurrente fueron estudiados por consulta externa en la sala de pediatría del hospital militar central "Luis Díaz Sotó". Se destaca el gran porcentaje de enfermos parasitados, comprobados mediante las muestras de heces fecales y principalmente en drenajes biliares, donde se obtuvo un mayor grado de positividad. Se señala la negatividad representativa de trastornos epilépticos en los trazados realizados a 23 casos para descartar la causa posible de estos dolores. Se exponen los resultados de las encuestas familiares y los trastornos psíquicos encontrados en los niños, se destaca la influencia que el medio familiar y los factores emocionales, desempeñan en el origen de estos dolores.

### INTRODUCCION

El dolor abdominal es un síntoma frecuente en numerosos procesos que ocurren en esta cavidad. Cope<sup>1</sup> ha señalado, que la mayoría de ellos cuando son intensos, se presentan en pacientes sanos, asintomáticos y se prolongan por 6 horas, generalmente se trata de enfermos que deben ser operados. Sin embargo, cuando el dolor ocurre con intensidad ligera pero en forma de crisis repetidas, acaban por crear ansiedad en pediatras y cirujanos que quieren evitar

una operación innecesaria que no ofrezca beneficios ulteriores al enfermo.<sup>2</sup>

Uno de nosotros realizó un estudio anterior de estos dolores, después aparecieron nuevas informaciones en la literatura extranjera sobre el tema y se decidió llevar a cabo un nuevo análisis de aquel trabajo, con el objetivo de extraer algunos datos primarios que no fueron procesados, para publicarlos.

Apley<sup>3</sup> define estos dolores como "aquellos que se repiten con iguales o diferentes caracteres en tres ocasiones o más, mostrando desde su inicio una tendencia franca a la periodicidad cíclica de tipo crónica".

En 1909, Still<sup>4</sup> al referirse a ellos indicó "no conocemos ningún otro síntoma que pueda ser más oscuro en su etiología, que el dolor de tipo cólico en la infancia", 3 años después el propio autor

\* Especialista de I grado en pediatría HMC "Luis Díaz Sotó".

\*\* Profesor asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas.

\*\*\* Profesor asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas.

\*\*\*\* Profesor Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas.

señaló entre las causas que denominó perennes, en los mismos, al parasitismo.

Desde entonces han aparecido infinidad de publicaciones y estadísticas donde cada autor ha expuesto sus observaciones sobre las causas que los originan.

*Peltonen*<sup>7</sup> los atribuye a distonias neurovegetativas, *Crook*<sup>8</sup> los relaciona con alergia a los alimentos. Diversos estudios le atribuyen su origen a trastornos emocionales y apoyan sus criterios en grandes estadísticas.<sup>7,8</sup> Se ha indicado, como causa la epilepsia.<sup>9</sup> En 1970, *Stone* y *Barbero*<sup>10</sup> le dan una gran importancia a la irritabilidad del colon y *Askin*<sup>11</sup> asocia muchos de estos trastornos con anomalías de las vías excretoras renales.

Otras causas posibles como la sickle-mia, úlceras, apendicitis, reumatismo, infecciones virales, divertículo de Meckel, hipoglicemia, calcificación del páncreas y otras han sido relacionadas con estos dolores de la infancia, y cada quien, ha argumentado según los hallazgos verificados.

Independientemente de su origen, el pediatra o el cirujano que son solicitados para examinar estos enfermos, reciben una información bastante escasa, que *Apley*<sup>7</sup> los describe... "puede que el niño, haya tenido dolores previos o que haya sido enviado desde la escuela porque le dolía el vientre, por lo general cuando el médico examina al niño, el dolor ha desaparecido, si aún persiste, el cirujano o el pediatra no disponen de elementos para formular un diagnóstico, ya que cuando se interroga sobre la localización del dolor, éste se concreta a colocar la mano vagamente sobre el ombligo y a responder "me duele". Suelen tener aspecto pálido, con lengua limpia, pulso normal y temperatura por lo general normal o ligeramente elevada. Todo lo que se recoge a la palpación es una hipersensibilidad indefinida en el abdomen..."

La frecuencia del dolor abdominal recurrente entre 1 000 niños escolares no seleccionados es del 10,8%, otros

estudios ofrecen porcentaje hasta de 14,8%.<sup>11,12</sup>

La característica del dolor es variable y carece de significación diagnóstica a veces "sordo", "agudo" "como agujas" o como un "nudo de comida". En aquellos casos que el dolor tiene un origen orgánico, tiende a mantenerse o a aumentar, a medida que pasa el tiempo, cuando no existe un trastorno orgánico demostrable hay notables fluctuaciones en cuanto a la intensidad.

El momento en que aparecen las crisis son variables, pueden presentarse en cualquier momento del día inclusive durante el sueño. Por lo general las crisis duran unos momentos con intervalos de minutos, a veces duran horas y ocasionalmente se prolongan durante días.

La frecuencia con que se presentan estas crisis es también variable, generalmente aparecen separadas una de otras por semanas, la mayor frecuencia coincide con una circunstancia perturbadora del hogar, con un nuevo período escolar, o con un examen.

*Miller*<sup>13</sup> ha señalado... "El niño se muestra atemorizado con el solo pensamiento de ir a la escuela porque no está preparado para un examen importante, el miedo le provoca palidez y náuseas, en ese momento su madre se preocupa y le dice "tú estás enfermo y debes quedarte en casa" el niño siente un gran alivio por no asistir al examen y aprende a responder con tal tipo de síntoma".

Se ha planteado por algunos autores<sup>14</sup> que el sujeto es sensible a algo en este caso al *stress* emocional del examen y sus reacciones están influidas por lo que le ha sucedido antes.

#### MATERIAL Y METODO

Se tomó como material de estudio 60 pacientes seleccionados entre los años 1972 y 1975 en el hospital militar central "Luis Díaz Soto", en su mayoría hijos o familiares de miembros activos de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, con el objetivo de conocer las cau-

sas posibles del dolor abdominal recurrente.

Los seleccionados tenían edades entre 2 y 14 años; el 62% eran varones y el 38% hembras, los de la raza blanca constituyeron el 72% de la muestra y los de la mestiza y negra el 16% y el 12% respectivamente.

Como criterio de selección se utilizó el Patrón de Apley,<sup>3</sup> es decir "Dolores que se repitieran en 3 ocasiones o más con iguales o diferentes caracteres y que mostrasen desde su inicio tendencia a la periodicidad cíclica de tipo crónica".

Se calificaron los dolores por grados considerando como grado I aquéllos que se interpretaron como sensaciones desagradables localizadas difusamente y que no alteraron los hábitos del niño; como grado II las sensaciones de carácter punzante de localización definida con poca alteración de los hábitos del niño y de grado III las sensaciones francamente dolorosas de tipo cólico, donde el enfermo prefería acostarse y rechazaba los alimentos y finalmente de grado IV los dolores de tipo cólico, que hacían llorar al enfermo quien necesitaba de calmantes para aliviarse.

Los estudios se realizaron con los niños ingresados o por consultas externas para consignar: localización del dolor, grado, irradiación, intervalo entre las crisis y síntomas asociados.

Se precisó el divorcio entre los padres y los antecedentes psíquicos de éstos, así como el medio familiar de los niños y el antecedente de enuresis.

Se hicieron estudios de hemoglobina, glicemia y heces fecales al total de la serie, así como coprocultivos al 65% y urocultivo al 77% tratando de evidenciar un factor que explicase las crisis.

Igualmente fue estudiado el total de la serie desde el punto de vista radiográfico para detectar lesiones gastroduodenales y drenaje biliares con fines diagnósticos a 56 enfermos.

Se estudiaron además, 23 pacientes

desde el punto de vista electroencefalo-gráfico para determinar la función que la epilepsia pudo desempeñar en sus crisis, y tests mentales a la mitad del total de la serie, para conocer la existencia de trastornos emocionales del tipo de timidez, ansiedad o agresividad.

## RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos en esta investigación los expresamos a continuación en el cuadro I.

Como queda expresado en el cuadro I el mayor número de niños con dolores abdominales recurrentes lo encontramos en las edades comprendidas entre 5 y 8 años.

La localización del dolor pudo ser precisada y en el cuadro II reflejamos sus respectivos porcentajes.

CUADRO I  
EIDADES

	No. de casos	Porcentajes
Menor de 5 años	8	14
De 5 a 8 años	29	48
De 9 a 14 años	23	38
	60	100

CUADRO II  
LOCALIZACION DEL DOLOR

Región	No. de casos	Porcentajes
Periumbilical	38	64
Epigástrica	12	20
Flanco derecho	3	5
Flanco izquierdo	2	3
Fosa iliaca derecha	4	7
Fosa iliaca izquierda	1	1
	60	100

De acuerdo con los patrones establecidos para medir la intensidad de estos dolores, encontramos que en cerca de la mitad del total de la serie (45%) del dolor se interpretó como de tipo cólico, de suficiente intensidad como para que los menores se acostasen y rechazaran los alimentos. En el cuadro II reflejamos los resultados y en el cuadro IV signifi-

camos el alto porcentaje de niños que presentaron irradiación del dolor.

El intervalo entre las crisis dolorosas fue otro de los objetivos del trabajo como hemos expresado en el cuadro V.

Los síntomas asociados al dolor y los exámenes y pruebas realizados, han quedado expresados en los cuadros VI y VII.

#### DISCUSION

Como se observa en el cuadro I, el 86% de la muestra tenían edades que fluctuaban entre 5 y 14 años y sólo 8, tenían menos de 5 años. Stone y Barber<sup>10</sup> encontraron porcentajes de edades parecidos a nuestra serie y en cuanto al sexo, sus valores fueron casi idénticos.

CUADRO III  
INTENSIDAD DEL DOLOR

Grado	No. de casos	Porcentajes
Grado I	3	5
Grado II	12	20
Grado III	27	45
Grado IV	18	30
	60	100

CUADRO IV  
IRRADIACION DEL DOLOR

	No. de casos	Porcentajes
Con irradiación	15	25
Sin irradiación	45	75
	60	100

CUADRO V  
INTERVALO DE LA CRISIS

Tiempo	No. de casos	Porcentajes
Menor de 3 meses	10	17
De 3 a 6 meses	36	60
De 7 a 12 meses	12	20
Mayor de 12 meses	2	3
	60	100

CUADRO VI  
SINTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR

Síntomas	Porcentajes
Cefalea	75
Náuseas	63
Vómitos	48
Palidez en las crisis	35
Diarreas	30
Constipación	26
Fiebre	10

CUADRO VII  
EXAMENES Y PRUEBAS

Exámenes	Positivos	Negativos
RX estómago y duodeno	25	35
Heces fecales	18	42
Drenajes biliares	24	32
Electroencefalograma	2	21
Pruebas psíquicas	14	7

La edad de comienzo de las crisis referidas por los padres fue en un gran porcentaje de niños, a partir del 6to año, aunque hubo casos referidos a los 2 años y medio y otros a los 13 años.

La proyección del dolor se precisó en el análisis y en el cuadro II. Se puede observar que el mismo fue descrito en la región periumbilical en el 64% de los niños y una quinta parte del total lo señalaron en la región epigástrica.

Sólo un enfermo describió el dolor en fosa iliaca izquierda y otros 9 lo señalaron en flanco derecho, flanco izquierdo y fosa iliaca derecha. *Apley*<sup>12</sup> ha planteado con fines diagnósticos que a medida que se aleje más del ombligo la localización del dolor, más probable es que exista un trastorno orgánico subyacente.

En el cuadro III, se ofrecen los resultados obtenidos sobre la intensidad del dolor, se ha planteado que cuando no existen trastornos orgánicos demostrables el dolor presenta graves variaciones. En esta revisión de acuerdo con los patrones adoptados para medirlos, casi la mitad (45%) el dolor se calificó de grado III.

Algunos autores<sup>17</sup> al referirse a la intensidad del dolor abdominal recurrente, han planteado que éste aumenta con la edad.

Su duración solamente pudo orientarse en 24 niños; en 17 duró varios minutos y en 7 tuvo un carácter realmente fugaz.

El intervalo entre las crisis se expresa en el cuadro V y en él observamos que en más de la mitad de los casos (36) las crisis se repitieron entre 3 y 6 meses, encontrando sólo 2 niños cuyas crisis quedaron separadas por más de un año.

Los síntomas asociados que con más frecuencia se asociaron al dolor, lo ofrecemos en el cuadro VI y destacándose la cefalea y las náuseas con porcentajes representativos. En algunos niños de la serie, la cefalea fue de tal magnitud, que atrajo más la atención de los padres que el dolor del abdomen.

Un considerable porcentaje presentó vómitos asociados (48%) de carácter esporádico, pero en ocasiones fueron persistentes y requirieron de hidratación

La totalidad de la serie presentó valores de hemoglobina y cifras de glicemia normales.

En el cuadro VII se representan los estudios llevados a cabo. En el mismo se expone que los 60 niños fueron estudiados desde el punto de vista radiográfico y al menos en 27 el radiólogo informó alteraciones. En 13 se interpretaron como prolapso de la mucosa del píloro a través del duodeno, 9 en que los negativos reflejaban un defecto de la mitra y 3 que se concluyeron como úlcera.

Las interpretaciones radiográficas las señalamos como hallazgos, aunque no tuvieron comprobación ulterior. La úlcera péptica fue un hallazgo en 6 niños de 95 estudiados por *Prouty*<sup>18</sup> y en 6 de 95 estudiados por *Alexander*.<sup>19</sup>

El 30% de las muestras de heces fecales analizadas, contenían uno o más parásitos que en orden de frecuencia fueron *Giardias* 10, *Oxiuros* 9, *Tricocéfalos* 7, *Necator* 5 y *Ascaris* 2. De 40 coprocultivos practicados en sólo una muestra se detectó una *Salmonella* Grupo B.

Los drenajes biliares se le realizaron a la casi totalidad de la serie (56 niños) y con éste se detectó mayor porcentaje de parásitos (42.8%) que los encontrados en los estudios de heces fecales (30%).

Se encontraron 24 drenajes positivos con *Giardias* y 2 con *Fasciola hepatica*.

El gran porcentaje de *giardias* encontradas en esta serie pudieran explicar que en Cuba la duodenitis constituye una causa frecuente de dolor abdominal recurrente y de alguna forma relacionar también el considerable porcentaje de alteraciones radiográficas, especialmente duodenales, detectadas en esta revisión.

En 23 pacientes a quienes se les practicaron electroencefalogramas sólo a



dos se juzgaron como positivos. Desde que *Papatheophilov* y *colaboradores*<sup>20</sup> describieron anomalías electroencefalográficas en niños con dolores abdominales recurrentes, se ha especulado sobre este tema y aunque parece que los niños epilépticos pueden presentar dolor abdominal antes de las convulsiones, los hallazgos no apoyan de que el tipo corriente de dolor abdominal recidivante sea una manifestación de epilepsia como ha aparecido en los estudios realizados por nosotros. Fueron estudiados algunos factores familiares, convivencia del niño en un medio que lo sobreproteja así como rasgos de la personalidad. En algo más de la cuarta parte del total de niños (18 casos) sus padres se codificaron como nerviosos, algunos de ellos con tratamiento psiquiátrico, la cuarta parte (15 casos) eran hijos de divorciados y 36 del total de la serie vivían con sus abuelos.

La enuresis como expresión de un trastorno emocional se informó por los padres en 14 niños de la serie.

En los tests psíquicos practicados a 21 enfermos, 7 se interpretaron como normales, y en 14 es decir el doble se detectaron trastornos emocionales de ansiedad, timidez y agresividad, en el grupo de *Apley*<sup>12</sup> la ansiedad y la timidez se detectaron en 13 niños con dolor y en 4 del grupo testigo, por último el propio autor encontró en su serie 6 niños con agresividad y sólo 2 en el grupo testigo.

En la gran mayoría de los niños con dolor se pueden presentar juntas va-

rias de las circunstancias mencionadas pero lo que llama la atención en ellos es la combinación de factores.

De nuestros resultados puede colegirse que la presunción superficial de que "Todo es emocional" obstruye el campo de que estos niños sean mejores estudiados y aunque los trastornos emocionales en algunos casos pueden originar el dolor y en otros coadyuvan a incrementar los síntomas, estos enfermos deben investigarse con todo rigor.

En el trabajo original quedaron 8 niños en cuyos expedientes clínicos no se pudo encontrar una causa aparente que explicasen los dolores. De éstos, a 2 se detectaron posteriormente en urogramas, anomalías que se relacionaron con el dolor y a otros 2 que en momentos de crisis fueron apendicectomizados, persisten aún con dolor después de la operación.

#### CONCLUSIONES

El dolor abdominal recurrente de la infancia puede tener diversos orígenes y en esta revisión el parasitismo intestinal evidenciado en las muestras de heces fecales y principalmente en los drenajes biliares fue la causa que más se relacionó con el mismo.

La epilepsia no parece representar un factor causal en los trazados electroencefalográficos de los niños estudiados.

El medio familiar y los trastornos emocionales pueden estar en relación con el origen o incrementar el dolor y en esta pequeña revisión ambos factores estuvieron presentes.

#### SUMMARY

Rodríguez Bello, D. et al. *Recurrent abdominal pain. Findings in sixty cases.* Rev Cub Ped 51: 5, 1979.

Findings in 60 children with a diagnosis of recurrent abdominal pain who were studied in the ambulatory service of the pediatric ward of the "Luis Diaz Soto" Central Military Hospital are described. The high percentage of parasitism among patients which was proved through stool sample studies and biliary drainage is stressed. Biliary drainage disclosed a higher degree of positivity. Tracings obtained in 23 patients ruled out the presence of epileptic disturbances as a possible cause of pain. Results of family surveys as well as the psychic disorders found in these children are pointed out. The influence of family environment and emotional factors on the origin of pain is stressed.

Rodriguez Bello, D. et al. Douleur abdominale récurrente: trouvaille dans 60 cas. Rev Cub Ped 51: 5, 1979.

Les auteurs décrivent les trouvailles observées chez 60 enfants ayant le diagnostic de douleur abdominale récurrente, lesquels ont été traités et étudiés dans la consultation externe et dans la salle de pédiatrie de l'Hôpital Militaire Central "Luis Díaz Soto". Ils soulignent le haut pourcentage de malades avec des parasites, constatés à partir des échantillons de fèces et notamment dans les drainages biliaires, où l'on a obtenu un degré plus élevé de positivité. D'autre part ils signalent la négativité représentative de troubles épileptiques dans les tracés réalisés dans 23 cas, pour écarter la cause possible de ces douleurs. Ils exposent les résultats des enquêtes familiales et les troubles psychiques trouvés chez les enfants, en mettant l'accent sur le rôle qui jouent le milieu familial et les facteurs émotionnels sur l'origine de ces douleurs.

## РЕЗЮМЕ

Родригез Белло, Д. и др. Повторяющиеся боли в брюшной полости: находки, обнаруженные у 60 пациентов. Rev Cub Ped 51: 5, 1979.

Описываются находки, обнаруженные у 60 детей с диагнозом рецидивов боли в брюшной полости, эти пациенты были осмотрены на внешней консультации в отделении педиатрическом центрального военного госпиталя "Луис Диас Сото". Подчеркивается высокий процент паразитических заболеваний, подтвержденным — посредством проб кала и, главным образом, с помощью желчного дренажа, при проведении которого была получена высокая степень позитивности. Указывается значительная негативность эпилептического расстройства в плане, реализованном в 23 случаях с целью обнаружения возможной причины, которая могла бы вызывать эти боли. В работе предоставляются результаты, проведенных семейных опросов, а также психические расстройства, обнаруженные у детей; специально подчеркивается влияние, которое семейная среда и эмоциональные факторы, оказывают на природу этих болей у ребенка.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cope, Z. The early diagnosis of the acute abdomen. Oxford University press. Twelfth edition. P. 3, London, 1963.
2. Gross, R. E. The surgery of infancy and childhood. W. B. Saunders Company. P. 278. Philadelphia, 1963.
3. Apley, J. Recurrent abdominal pain. Arch Dis Child 33: 165, 1958.
4. Still, G. F. Tomado de Apley.<sup>12</sup>
5. Peltonen, J. The symptoms of vegetative dystonics in children. Ann Paediat Fenn 7: 309, 1961.
6. Crook, W. G. Sistemic manifestations due to allergy. Pediatrics 27: 790, 1961.
7. Holsnild, S. O. et al. Psychogenic approach to recurrent abdominal pain in children. Acta Paediatr Scand 48: 361, 1959.
8. Koski, M. L. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric aspects. Acta Paediatr Scand 60: 724, 1971.
9. Farquhar, H. G. Abdominal migraine in children. Br Med J 1: 1082, 1956.
10. Stone, R. T.; G. J. Barbero. Recurrent abdominal pain in childhood. Pediatrics 45: 732, 1970.
11. Askin, J. Indications for excretory urography in children. Pediatrics 2: 1033, 1957.
12. Apley, J. Dolores abdominales en el niño. Editorial pediátrica. Págs. 13-40-60-90. Barcelona 12. España.
13. Apley, J.; N. Naish. Recurrent abdominal pain: a field survey of 1 000 school children. Arch Dis Child 33: 165, 1958.
14. Pringle, M. L. et al. Tomado de Apley.<sup>12</sup>