



Artículo Valorado Críticamente

## **En el 29% de los niños, el dolor abdominal recurrente persiste en el tiempo**

María Aparicio Rodrigo, CS Entrevías, Área 1, Madrid (España).

Correo electrónico: maparicio.gapm01@salud.madrid.org

Vicent Modesto i Alapont. UCI pediátrica del Hospital Infantil "La Fe". València (España).

Correo electrónico: vicibego@telefonica.net

Términos clave en inglés: functional gastrointestinal disorders; prognosis; abdominal pain; recurrence

Términos clave en español: pronóstico; dolor abdominal; recurrencia

Fecha de recepción: 3 de noviembre de 2008

Fecha de aceptación: 7 de noviembre de 2008

Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2008

Evid Pediatr. 2008; 4: 81      doi: vol4/2008\_numero\_4/2008\_vol4\_numero4.14.htm

### Cómo citar este artículo

Aparicio Rodrigo M, Modesto i Alapont V. En el 29% de los niños, el dolor abdominal recurrente persiste en el tiempo. Evid Pediatr. 2008; 4: 81

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol4/2008\\_numero\\_4/2008\\_vol4\\_numero4.14.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol4/2008_numero_4/2008_vol4_numero4.14.htm)

EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-08. Todos los derechos reservados. ISSN : 1885-7388

## En el 29% de los niños, el dolor abdominal recurrente persiste en el tiempo

María Aparicio Rodrigo, CS Entrevías, Área 1, Madrid (España).

Correo electrónico: [maparicio.gapm01@salud.madrid.org](mailto:maparicio.gapm01@salud.madrid.org)

Vicent Modesto i Alapont. UCI pediátrica del Hospital Infantil "La Fe". València (España).

Correo electrónico: [vicibego@telefonica.net](mailto:vicibego@telefonica.net)

**Referencia bibliográfica:** Gieteling MJ, Bierma Zeinstra SMA, Passchier J, Berger MY. Prognosis of chronic or recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenter Nutr.* 2008;47:316-26.

---

### RESUMEN

**Conclusiones de los autores del estudio:** un 29% de los niños con el diagnóstico de dolor abdominal recurrente (DAR) mantiene el dolor tras varios años de seguimiento. La realización de pruebas complementarias en ausencia de síntomas de alarma no varía el pronóstico.

**Comentario de los revisores:** es posible que en alrededor de un 30% de los niños con DAR, el dolor persista durante años. A pesar de ello y en ausencia de síntomas de alarma no está justificada la realización de pruebas complementarias porque no se modifica el pronóstico. Los factores que favorecen la persistencia del dolor se desconocen y sería interesante analizarlos en futuros estudios.

**Palabras clave:** pronóstico; dolor abdominal; recurrencia

### ABSTRACT

**Authors' conclusions:** twenty-nine percent of children with the diagnosis of recurrent abdominal pain may still suffer from it after years of follow up. Additional diagnosis testing in absence of alarming symptoms does not influence their prognosis.

**Reviewers' commentary:** in around 30% of children with the diagnosis of recurrent abdominal pain, the pain may persist during years. Nevertheless, in absence of alarming symptoms there is not justification to make additional diagnosis testing, because it will not change the prognosis. Probably there is a multifactorial mechanism on the base of this persistence that needs further investigation.

**Keywords:** functional gastrointestinal disorders; prognosis; abdominal pain; recurrence

---

### Resumen estructurado:

**Objetivo:** investigar la frecuencia con que el dolor abdominal recurrente (DAR) del niño persiste en el tiempo. Como objetivo secundario los autores estudiaron si las pruebas complementarias, como analítica, pruebas de imagen o endoscopia, aportan un valor pronóstico adicional a la historia clínica y la exploración médica.

**Diseño:** revisión sistemática y meta-análisis de estudios de pronóstico.

**Emplazamiento:** Centro Médico Universitario en Rotterdam (Holanda).

**Fuentes de datos:** se realizó la búsqueda en MEDLINE (1965-10/2005), EMBASE (1980-10/2005) y psycINFO (1970-10/2005). En cada base de datos se aplicaron los filtros adecuados para identificar estudios de pronóstico. Se utilizaron las palabras clave: "abdominal pain" y "chronic or recurrent abdominal pain". No se hicieron restricciones por idioma pero sí por edad (4-18 años). Se realizó una búsqueda adicional de las referencias bibliográficas de los artículos más relevantes.

**Selección de estudios:** la selección de los estudios se realizó por dos personas de forma independiente y según los siguientes criterios: edad comprendida entre 4-18 años; descripción de DAR según los criterios de Apley y Naish, von Baeyer y Walker o Roma II o si, en la descripción del dolor abdominal, incluían expresiones

como "dolor abdominal no orgánico", "dolor abdominal recurrente" o "dolor abdominal funcional"; en el artículo se determinase el pronóstico y éste se reflejase en forma de porcentaje de niños con DAR en los que persistía el dolor abdominal durante el seguimiento; y estudios en los que los resultados fuesen prospectivos. Las diferencias se resolvieron por consenso o a través de una tercera persona. Dos autores diferentes y de forma independiente realizaron una valoración de la calidad de los estudios según los criterios de calidad para estudios de pronóstico modificados por Altman. Los desacuerdos se resolvieron por consenso o a través de una tercera persona.

**Extracción de datos:** un investigador realizó la extracción de los datos: población de estudio, criterios de inclusión y exclusión, localización del estudio, periodo de seguimiento, pacientes perdidos y resultados (que se dieron como porcentaje de pacientes que persistían con DAR al final del periodo de seguimiento). Para la extracción se utilizó una plantilla. Un segundo investigador verificó los datos.

**Resultados principales:** se seleccionaron 18 estudios con un total de 1.747 pacientes, de los que se perdieron durante el seguimiento un 23,8%. El periodo de seguimiento varió entre los estudios entre uno y 29 años con una media de cinco años. Se encontró una persistencia del DAR al final del seguimiento en el 29,1% de los casos (intervalo de confianza [IC] del 95%: 28,1%

a 30,2%). No hubo diferencias en el pronóstico entre niños con diagnóstico clínico de DAR y niños en los que se llegó al diagnóstico tras la realización de pruebas complementarias (persistencia: 30,3% [IC 95%: 27,2 a 33,6] frente a 32% [IC 95%: 28,5 a 36,9]). Para valorar la influencia de las pérdidas, los autores hicieron un análisis de sensibilidad entre dos escenarios. El mejor escenario considera a todos los casos perdidos como curados, encontrando una persistencia del DAR de 23,7% (IC 95%: 21,7 a 25,8). El peor escenario considera que todas las pérdidas mantienen el dolor, y ello resulta en una persistencia del mismo en un 47,6% (IC 95%: 45,2 a 49,9%): Para poder comparar datos de un modo más homogéneo se estratificó la muestra atendiendo a tres criterios: criterios de inclusión (diagnóstico clínico o tras pruebas diagnósticas; estudios anteriores o posteriores a 1980), nivel de atención (ingresado vs ambulatorio: atención secundaria o terciaria) y duración del periodo de seguimiento (1 < 5 años; 5 < 10 años y > 10 años). No se encontraron diferencias significativas al estratificar en base al primer criterio. Con el segundo criterio se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) en el pronóstico sólo entre pacientes ingresados y ambulatorios (50,4% [IC 95%: 41,4 a 59,4] vs 27,2% [IC 95%: 24,5 a 30,1]). Al estratificar con el tercer criterio se constató peor pronóstico cuanto más largo fue el seguimiento (1 < 5a: 25,4% [IC 95%: 21,9 a 29,0]; 5 < 10a: 34,9% [IC 95%: 31,0 a 38,8]; > 10a : 37,4% [IC 95%= 30,5 a 44,2],  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** un 29% de los niños con el diagnóstico de DAR mantienen episodios de dolor tras varios años de seguimiento. En ausencia de signos de alarma, la realización de pruebas diagnósticas no tiene influencia sobre el pronóstico de estos pacientes.

**Conflicto de intereses:** no existe.

**Fuente de financiación:** no consta.

### Comentario crítico:

**Justificación:** los criterios diagnósticos de DAR son en cierto grado inespecíficos y pueden incluir procesos de etiología orgánica. Los nuevos métodos diagnósticos han podido identificar alteraciones (esofagitis, gastritis por *helicobacter pylori*, déficit de lactasa o enfermedad celiaca) en un 30% de niños con diagnóstico previo de DAR, aunque no se ha establecido la relación causal de estas lesiones con el dolor abdominal<sup>1</sup>. Para poder precisar el papel que estas técnicas pueden tener en el DAR es necesario conocer previamente el pronóstico del mismo. Este fue el objeto de esta revisión.

**Validez o rigor científico:** el primer problema con el que se encontraron los autores fue el carácter inespecífico de la definición de DAR, aspecto que se solventó parcialmente mediante la inclusión de diversas definiciones. La búsqueda bibliográfica se limitó a tres bases de datos y, aunque dos fueron las más comunes, es probable que quedasen fuera estudios significativos. Esta

limitación se acentúa con el hecho de que no se mantuvo contacto con los autores de los artículos. La calidad de los estudios incluidos se midió adecuadamente, reflejando un nivel medio-bajo de los mismos. Las mayores deficiencias metodológicas se debieron a una definición poco clara de la cohorte de estudio en un 50% de los trabajos. Además, en sólo seis hacen referencia a los tratamientos seguidos por los pacientes, en ningún estudio hubo una cohorte de inicio sino que se fueron incorporando pacientes a lo largo del tiempo y sólo en cuatro se analizaron las características de los pacientes perdidos durante el seguimiento. Existieron grandes diferencias entre los estudios en el número de pacientes incluidos (22-356), que los autores compensaron dividiendo los resultados entre la raíz cuadrada del error estándar de cada estudio. El número de pérdidas total fue considerable, aunque al hacer el "análisis del mejor de los casos" se sigue detectando un porcentaje elevado de persistencia de dolor abdominal en el tiempo. Se realizó una estratificación de los datos que permitió una mejor interpretación de los resultados. Aun así, dado el déficit de información en algunos aspectos tales como la medicación administrada o referencias al diagnóstico de otras enfermedades durante el seguimiento, se sugiere cautela a la hora de extraer conclusiones. Sorprende el hallazgo de que el porcentaje de niños con persistencia del dolor fuese mayor cuanto más largo fue el periodo de seguimiento. Los autores no dan una explicación a este hecho y lo consideran como un dato en el que se debe profundizar. Existen otros aspectos del DAR que no se pudieron analizar en la revisión (como tratamiento, relación con las características iniciales del dolor o factores psicológicos) que podrían haber influido también en el pronóstico.

**Interés o pertinencia clínica:** a pesar de las limitaciones de la revisión, los resultados nos pueden orientar sobre la evolución del dolor en estos niños. Otro aspecto a destacar es el escaso valor de otras pruebas diagnósticas en el DAR sin signos clínicos de patología orgánica, dato que coincide con estudios previos<sup>2</sup>. A su vez el diagnóstico de otras patologías (gastritis, esofagitis, estreñimiento, malabsorción de lactosa, enfermedad celiaca y anomalías del tracto urinario) en niños con DAR sin signos clínicos de alarma no influyó sobre el pronóstico y, por tanto, estos procesos parecen no tener una relación causal con el mismo, como ya han descrito otros autores<sup>3,4</sup>. Todo ello sugiere que no merece la pena realizar un estudio más profundo en niños con DAR sin signos clínicos de alarma dado que estas pruebas, además de tener poco valor en la evolución del proceso, pueden crear más ansiedad en los padres. Estas afirmaciones difieren de las últimas indicaciones de los criterios de Roma III, que recomiendan la endoscopia en niño con DAR sin otro diagnóstico<sup>5</sup>.

**Aplicabilidad en la práctica clínica:** en niños con DAR y sin signos que sugieran otra patología intestinal no está justificado realizar otras pruebas diagnósticas porque no van a modificar la evolución del dolor. Ante un niño

con DAR podemos suponer que existe alrededor de un 30% de posibilidades de que el dolor se prolongue en el tiempo. Existen diversos factores que pueden influir en la persistencia del dolor que deben ser investigados.

### **Bibliografía:**

- 1.- El-matary W, Spray C, Sandhu B. Irritable bowel syndrome: the commonest cause of recurrent abdominal pain in children. *Eur J Pediatr.* 2004; 163:584-8.
- 2.- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics.* 2005;115:812-5.
- 3.- Levine A, Milo T, Broide E, Wine E, Dalal L, Boaz M, et al. Influence of *Helicobacter pylori* eradication on gastroesophageal reflux symptoms and epigastric pain in children and adolescents. *Pediatrics.* 2004;113:54-8.
- 4.- Fitzpatrick KP, Sherman PM, Ipp M, Saunders N, Macarthur C. Screening for celiac disease in children with recurrent abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001;33:250-2.
- 5.- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2006;130:1527-37.