

Dolor abdominal intenso y recurrente que responde a pautas cortas de prednisona

M. Labay Matías⁽¹⁾, M. Rodríguez Ferrer⁽²⁾, S. Labay Tejado⁽³⁾, J. Santacruz Hernández⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Consulta de Pediatría, Teruel. ⁽²⁾ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Obispo Polanco Teruel. ⁽³⁾ Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Pamplona. ⁽⁴⁾ Curso MIR de Medicina familiar y Comunitaria Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares-Madrid

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 15-18]

RESUMEN

Introducción: estudio retrospectivo de 12 pacientes, con Dolor Abdominal Crónico Intercurrente (DAR) de 8 a 20 años de edad. **Material y métodos:** los pacientes presentaban DAR con duración de 6 meses a 8 años, e intensidad de 7 a 9/10, estudiados e ingresados en diferentes Consultas de Gastroenterología y Hospitales, sin responder al tratamiento indicado. A tres se les intervino de apendicitis, sin Anatomía Patológica que las confirmara. Excepto en un caso, se realizaron estudios completos para descartar patología abdominal. **Resultados:** casualmente respondieron a pautas cortas de prednisona (1mg/kg/dosis): máximo tres dosis y excepcionalmente tres tandas. **Conclusiones:** no se han encontrados referencias bibliográficas a estos resultados. Los autores ignoran las causas que motivan lo citado.

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal recurrente, DAR, tratamiento prednisona.

Strong and recurrent abdominal pain that responds to brief treatments of prednisone

ABSTRACT

Introduction: retrospective study of 12 patients from 8 to 20 years old, with Chronic Abdominal Pain (RAP). **Methods:** The patients suffered DAR in a length from 6 months to 8 years and an intensity from 7 to 9/10. They were studied and hospitalized in different Gastroenterology Consulting rooms and Hospitals, without responding to the therapy. Three of them were operated on appendicitis, without Pathological Anatomy which confirmed that. Excepting one case, complete studies were done in order to dismiss abdominal pathology. **Results:** By coincidence, they responded to brief treatments of Prednisone (1mg/kg/dosage): maximum three doses and exceptionally three series. **Conclusions:** They haven't been found bibliographic references referred to these results. The authors ignore the causes that trigger that issue.

KEY WORDS

Recurrent abdominal pain, RAP, treatments of prednisone.

Correspondencia: Miguel Labay Matías
Bartolomé Esteban, 12, 1º C. 44001 Teruel
mlabaymatias@hotmail.com
Recibido: febrero de 2018. Aceptado: marzo de 2018

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal recurrente (DAR o RAP) en todas las edades es un reto para el médico y un sufrimiento, a veces incapacitante, para el paciente, sobre todo cuando no se encuentra la etiología y el tratamiento resulta ineficaz. Puede incidir hasta en el 4% de la población infanto-juvenil⁽¹⁻³⁾. Lo describen, por vez primera en 1958, Apley y Naish⁽⁴⁾. Lo definen como el dolor abdominal sin causa aparente que dura más de tres meses.

En la consulta de Pediatría del primer firmante se atienden 2.122 pacientes al año, desde recién nacidos hasta jóvenes de 21 años. Es una consulta de pediatría general y a ella acuden pacientes de Teruel y de otras provincias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Doce pacientes, cuyas características fundamentales figuran en la tabla 1, presentaban DAR o RAP de más de 6 meses de evolución, habiendo sido estudiados o ingresados en diferentes consultas de especialistas u hospitales. Se habían diagnosticado de dolor abdominal funcional y/o adenitis mesentérica. Los pacientes referían dolor abdominal intenso diario de base, exacerbado en diversos momentos, que les impedía acudir a su escuela o instituto, e incluso les despertaba por las noches, con intensidad de 7 a 9/10. El dolor lo focalizaban en epigastrio, área infraumbilical y fosas ilíacas. Habían recibido diferentes tratamientos sin resultado alguno. En once existía analítica que descartaba enfermedad celiaca, (excepto en el paciente 3 que no se practicó por la economía familiar). La infestación por *Giardia Lamblia* se trató con metronidazol o tinidazol, excepto en los pacientes 4-8-9-10-11-12 por la buena respuesta a la corticoterapia. El tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori* no se indicó por nuestra parte en ninguno, salvo en los pacientes 1-2-4 que se les había practicado en otros centros, ya que se tuvo en cuenta que casi el 70% de la población son portadores asintomáticos. En todos ellos la ecografía abdominal era normal o existía el diagnóstico de adenitis mesentérica: pacientes 2-6-7-10-11. En uno, resonancia magnética abdominal y gammagrafía con tecnecio para descartar divertículo de Meckel eran normales. En tres pacientes se les practicó apendicectomía, cuya anatomía patológica descartó apendicitis. En todos se desecharon problemas psicossomáticos y su hábito intestinal era normal. No estaban sensibilizados a alimento alguno. Lo llamativo es que en todos ellos, sin presentar fiebre, se observaron tras exploración minuciosa faringe congestiva y adenopatías submandibulares dolorosas al tacto.

RESULTADOS

Los resultados con el tratamiento de prednisona (1 mg/kg/peso) con una, dos o tres dosis, a intervalos de doce horas, resultaron eficaces en todos, desapareciendo el dolor abdominal y realizando la vida normal correspondiente a su edad. El dolor abdominal desapareció, definitivamente y de inmediato, tras iniciar el fármaco citado. El número de tratamientos con esta pauta no superó en ningún caso los tres. Previamente los doce habían recibido por nuestra parte famotidina 20 mg/día y domperidona 10-20 mg/día durante un mes, no mostrando mejoría alguna. Tras el tratamiento con prednisona, todos los pacientes están asintomáticos, desde hace 6 meses a 2 años, según el momento de iniciar el tratamiento. Mensualmente, los padres se ponen en contacto con el primer firmante para relatar posibles incidencias. Si existen olvidos por su parte, se les llama por teléfono: los doce pacientes siguen asintomáticos.

Llama la atención que en los pacientes citados, a pesar de ser portadores intestinales de *Giardia Lamblia* y *Helicobacter Pylori*, no precisaron tratamiento específico ya que clínicamente no presentaban síntomas tras corticoterapia. Solo en los casos 2 y 7, la familia refería una historia sugestiva de síndrome de Marshall en los primeros años de la vida.

Todos los padres de los pacientes se comunicaban por teléfono, al inicio del tratamiento con prednisona, con el primer firmante para valorar si existían síntomas y se les controlaba en la consulta para comprobar su situación clínica.

En cuatro casos (pacientes 1-2-7-9), padre o madre referían haber pasado por esta dolorosa situación en su juventud y habían sido intervenidos de supuestas apendicitis, sin observar mejoría. Su dolor había desaparecido al alcanzar la madurez.

En el paciente 1 tras recurrir sus padres a medicinas alternativas y curanderismo, al observar su intenso dolor, por casualidad y de forma desesperada, se inició este tratamiento con resultados espectaculares.

DISCUSIÓN

La corticoterapia se emplea en numerosos cuadros clínicos: tumores, leucemias, artritis, asma, bronquitis y bronquiolitis, shock anafiláctico, urticarias, enfermedades inflamatorias intestinales, síndrome de Marshall, sepsis bacterianas..., pero no se han descrito en el tratamiento de DAR o RAP. Su efecto antiinflamatorio es bien conocido pero llama poderosamente la atención su acción rápida y contundente en los DAR o RAP citados,

con pautas tan cortas. Los autores ignoran lo que induce este resultado que perdura en los pacientes por tiempo indefinido. Si fuera un placebo, ya hubieran respondido todos a las numerosas y variadas medicaciones indicadas en otros Centros Asistenciales: espasmolíticos, dietas sin lactosa, tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori*, de Giardiasis..., o al indicado por nuestra parte.

Muchos autores han escrito numerosas alternativas al tratamiento de este cuadro: leche sin lactosa, administración de cimetidina, famotidina, domperidona, ibuprofeno, tratamiento psicológico, sin resultados aparentes⁽²⁻⁵⁾. En sus artículos describen su posible etiología y los fármacos a utilizar, en los que no figuran los corticoides.

Tras estos datos, surgen numerosos interrogantes. ¿Es un hallazgo casual? ¿Se trata de una variante del síndrome de Marshall?⁽⁶⁾ ¿Hay algún virus que está induciendo estos cuadros y cuál es? ¿Se trata de un fenómeno autoinmunitario? ¿Existe un genotipo peculiar en los afectados? ¿Estos pacientes desarrollarán en el futuro un enfermedad inflamatoria intestinal? ¿Será una manifestación inespecífica de una enfermedad celíaca posterior? ¿Estamos ante algo diferente a lo conocido hasta la fecha? ¿Hay que cambiar el concepto de dolor abdominal funcional y de colon irritable? ¿Las adenitis mesentéricas deben ser tratadas con esta pauta? Muchas preguntas que deben recibir respuesta científica⁽²⁻⁹⁾.

En la bibliografía consultada sobre RAP no se han encontrado experiencias de tratamiento con corticoides⁽²⁻⁵⁾.

Tabla 1. RAP o DAR que responden a cortisona: características clínicas y epidemiológicas de los pacientes.

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Edad	12 años	14 años	20 años	14 años	12 años	10 años	18 años	12 años	15 años	8 años	10 años	14 años
Sexo	M	F	M	F	M	M	F	F	M	M	F	M
AF	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No
AM	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
Duración dolor abdominal	3 años	2 años	8 años	6 meses	1 año	6 meses	3 años	6 meses	2 años	8 meses	12 meses	1 año
Intensidad del dolor	9/10	9/10	8/10	8/10	8/10	7/10	8/10	8/10	8/10	7/10	7/10	9/10
Hábito estreñido o diarrea	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Faringitis leve	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Adenopatías submandibulares	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estudio celiacía	-	-	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardia Lamblia	-	-	No	+	-	-	-	+	+	+	+	+
H. Pylory	-	-	No	-	+	-	-	+	-	+	+	+
Ecografía abdominal	Normal	Adenitis mesentérica	Normal	Normal	Normal	Adenitis mesentérica	Adenitis mesentérica	Normal	Normal	Adenitis mesentérica	Adenitis mesentérica	Adenitis mesentérica
Asistencia en otros centros	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Ingreso hospital: veces	4	2	4	No	No	1	No	1	2	No	No	1
Asistencia urgencias: veces	6	4	14	3	4	4	4	3	6	2	2	3
Apendicectomía	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No
SOH	-	-	No	+	-	-	-	+	-	-	-	-
Respuesta prednisona	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

AF: antecedente familiar; M: masculino; F: femenino; AM: antecedente S. Marshall; SOH: sangre oculta en heces; Estudio celiacía con halotipos

CONCLUSIONES

Parece prudente que equipos multidisciplinares de grandes hospitales, certifiquen lo expuesto al disponer de medios y conocimientos que los firmantes carecen. Si se confirma, que se indague sobre su etiopatogenia y fisiopatología.

Todo lo que redunde en el bienestar de la población merece el esfuerzo de todos. Desde una consulta privada en España resulta imposible practicar más estudios, por los gastos que asumen las familias.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Nuria García Sánchez y al Dr. César García Vera por sus consejos en la redacción de este manuscrito y a Alejandro Labay Guerrero por su ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: A field survey of 1000 school Children. Arch Dis Child 1958; 33: 165-70.
2. Chitkara DE, Rawat DJ, Talley NJ. The Epidemiology of Childhood Recurrent Abdominal Pain in Western Countries: A Systematic Review. Am J Gastroenterol. 2005; 100: 1868-75.
3. AAP Subcommittee and NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. Chronic Abdominal Pain In Children: A Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005; 40: 249-61.
4. Plunkett A, Beattie RM. Recurrent abdominal pain in childhood. J R Soc Med. 2005; 98: 101-6.
5. Gijsbers CF, Benninga M, Büller H. Clinical and laboratory findings in 220 children with recurrent abdominal pain. Acta Paediatr. 2011; 100: 1028-32.
6. Muinel Segade A, Vila Sexto L. Síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical: Estudio y seguimiento de 16 casos. An Pediatr.2017; 86: 159-161.
7. Polanco Allué I. Actualización en enfermedad celíaca: diagnóstico y actualización clínica y dietética. Nutr Clin Med.2015; IX: 145-156.
8. Malaty HM, Abudayyeh S, O'Malley KJ. Development of multidimensional for recurrent abdominal pain in children. Population-based studies in three settings. Pediatrics.2005; 115: e210-15.
9. Locke GR III, Yanwn BP, Wolam PC. Incidence of a clinical diagnosis of the irritable bowel syndrome in a United States population. Aliment Pharmacol Ther.2004; 19: 1025-31.