



2013
**DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE
UN DEBER PENDIENTE**
EDUARDO A. CUETO RUA

SUPERIORA SOR MARIA EUDOVICA

Dolor Abdominal Recurrente

E. A. Cueto Rua

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Definición y Epidemiología

El término **DAR** fue acuñado por Apley en 1958 para definir aquel episodio que es capaz de alterar la vida normal del niño y se presenta por un mínimo de 3 veces en 3 meses.

La frecuencia de este Motivo de Consulta ha sido calculada en alrededor de **10%** de las Consultas Pediátricas generales

En nuestro Servicio de Gastroenterología Pediátrica sobre 1000 registros lo mantienen firme en un 2º lugar con **12%** siguiendo a Constipación con 18.5%.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Desafíos

Este “síntoma clínico” representa un gran desafío para el clínico y el gastroenterólogo, quien por una parte deben ser capaces de:

- * **Identificar** al grupo de pacientes en quienes el **DAR** en cuestión pueda representar una “**causa orgánica**” y por otra
 - ** **Orientar** adecuadamente a quienes “**no tienen una causa orgánica explicable**” o conocida para el **DAR**.
- PERO...** es difícil aceptar para los padres, que el **DAR** que experimenta su hijo no tiene, un diagnóstico, ni una solución tangible y además aceptar que si es por alguna causa “**Psi**”, “**ellos estarían de algún modo involucrados**”.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Estado (médico) Actual

Estamos bajo el despliegue bibliográfico y tecnológico de variadas disciplinas (neuro-fisiología, neuro-psicología, neuro-farmacología, técnicas de estudio de motilidad intestinal y de diagnóstico por imágenes, barostatos, impedanciómetros y otros), que suelen presentar **“un adelanto metodológico que nos permitirá a partir de ahora abordar con sabiduría y eficacia, o pondrá luz en el problema de las patologías funcionales donde del dolor es el síntoma índice”**.

Nuestra tarea parece ser evitar el consumismo tecnológico que se despliega (sobre el adulto y se extrapolala al niño), pero debemos asistirlo de algún manera, sin llegar a ser en este intento **peor nosotros que el DAR**

CONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

ORIGEN EMBRIONARIO	ÓRGANO	LOCALIZACIÓN DEL DOLOR
Intestino anterior o craneal	Esófago inferior Estómago Duodeno Vesícula biliar Páncreas	Epigastrio DAR 2
Intestino medio	Intestino delgado Apéndice cecal Colon derecho y transverso	Mesogastrio DAR 5
Intestino posterior o caudal	Vejiga urinaria Utero, trompas y ovarios Colon sigmoide	Hipogastrio DAR 8

CONSTANTES DE IRRADIACION DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

DESPLAZAMIENTO DEL DOLOR	CAUSA POSIBLE DEL DOLOR
<u>De epigastro</u> Hacia la espalda	Patología de la vesícula biliar, patología pancreática, ulcera duodenal (cara posterior).
Hacia hombro y escápula derecha y hacia la espalda	Patología de la vesícula biliar.
Hacia hemi-abdomen izquierdo superior a inferior	Patología “funcional” del colon. Altera constipación con diarrea
<u>De región umbilical</u> Hacia la espalda	Patología pancreática. Enfermedad maligna peritoneal.
<u>De regiones inguinales</u> Hacia fosas renales	Patología de riñón, uréteres
<u>De regiones inguinales</u> Hacia región sacra	Patología inflamatoria sigmoidea: diverticulitis, CU, Proctitis
<u>De regiones inguinales</u> Hacia región sigmoidea	Patología ovario y trompas

INCONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

**ROMA FUE LA CAPITAL DEL IMPERIO QUE MARCO
LOS RUMBOS DE LA CULTURA OCCIDENTAL MODERNA**

Y ES LA CAPITAL DE LOS TRANSTORNOS FUNCIONALES DE LA HUMANIDAD
Cesar Louis (Caracas).

La inspiración para el proceso de Roma fue un simposio de **Síndrome de Intestino Irritable** en el 12° Congreso Internacional de Gastroenterología en **Lisboa 1984**. Atrajo una audiencia tal que rebaso la capacidad del auditorio, un miembro del panel **Profesor Aldo Torsoli** fue el encargado de organizar el próximo Congreso Internacional planificado para **Roma en 1988**.

INCONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

En un café, en Portugal, el **Dr. Grant Thompson** y el **Profesor Aldo Torsoli** discutieron la necesidad de hacer guías y pautas de manejo para el Síndrome de Intestino Irritable. Un grupo de trabajo fue creado para producir estas pautas para el próximo congreso. Durante 3 años **Grant Thompson** (Canada), **Doug Drossman** (USA), **Ken Heaton** (Reino Unido), **Gerhard Dotteval** (Suecia), y **Wolfgang Kruis** (Alemania), en 1987 se discutió en consenso en Roma y se envió el borrador a 16 expertos mas de 7 países y **se presento en Roma en 1988** en el 13° Congreso Internacional de Gastroenterología. Publicándose al año siguiente (1989). Esto fue **Roma I**. Y en 1994 se publicó *The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment; a multinational consensus*.

INCONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

El proceso de **Roma II** incluyó 4 años de deliberaciones por 60 investigadores de 13 países organizados en 10 comités. El resultado fue la segunda edición de *The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment; a multinational consensus*. **Publicado en un suplemento de Gut y en libro en 1999**. Aquí hubo varias innovaciones importantes: Un componente operacional y un componente académico, apoyado por la industria farmacéutica y las autoridades regulatorias.

INCONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

El proceso de **Roma III** incluyó 6 años de deliberaciones por 87 investigadores de 18 países organizados en 14 comités. Se agregaron miembros provenientes de países en desarrollo **China, Brasil, Chile, Venezuela, Hungría, Rumanía**. Se crearon nuevos grupos de trabajo para género, pacientes, estudios sociales, farmacología y farmacocinética. **Publicado en libro en 2006.**
Roma III: the functional gastrointestinal disorders.

INCONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Los criterios de **Roma III** generaron mucha controversia. Ellos son imperfectos. Los estudios de validación son difíciles y poco frecuentes. Hay mucho debate entre los participantes de Roma en cuanto al término “**funcional**”.

¿Cuanta evidencia fisiológica o estructural es necesaria para que una entidad empiece a ser “funcional”?

¿Que tan frecuente, severo, y durante cuanto tiempo deben ser los síntomas para que constituyan una alteración “funcional”?

Los interesados en las alteraciones funcionales expresan diferentes puntos de vista; epidemiólogos, médicos de atención primaria, especialistas, patrocinadores, **pediatras**, psicólogos, fisiólogos, farmacéuticos, reguladores, los pacientes desde luego.

En Roma III estas voces fueron prominentes y de gran valor para las revisiones y elaboración del manuscrito.

INCONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Roma III produce la creación de dos categorías pediátricas. La categoría de **Alteraciones Gastrointestinales Funcionales de la infancia** de **Roma II** es ahora clasificada en **Alteraciones Gastrointestinales Funcionales de la infancia: Recién nacido e infante (Categoría G)** y **Alteraciones Gastrointestinales Funcionales de la Infancia: niño /adolescente en Roma III**. Esto es debido a la diferente condición clínica que se derivan entre estas dos categorías relacionadas el crecimiento y desarrollo del niño.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Criterios de Roma 2 para TFD en la infancia

Dolor Abdominal

A- Dispepsia Funcional

B- Síndrome de Intestino Irritable

C- Dolor Abdominal Funcional

D - Migraña Abdominal

E- Aerofagia

Criterios de ROMA II para trastornos funcionales de la infancia

Dispepsia Funcional:

Dolor persistente ó recurrente en área epigástrica sin evidencia (clínica ó por “endoscopía”) de enfermedad que explique los síntomas y cuya mejoría no se relacione con la defecación ó que su presentación se vincule con cambios en las características de las deposiciones.

De acuerdo a la predominancia del dolor ó la sensación de plenitud si no predomina ninguna de ellas, se la puede clasificar como

a) “DF tipo úlcera like” b) “DF dismotility like” c) “DF tipo no específica”

Estas características del dolor hacen necesario una buena definición del paciente de sus síntomas, por lo cual se la considera en niños de segunda infancia ó adolescentes y la duración aproximada debe ser de 3 meses, no necesariamente continuos, en el último año

¿Y la biopsia,
qué dice?

Gastritis por Hpy, Gastritis activa sin Hpy, Gastritis eosinofílica,
Gastritis Linfocitaria, Gastroparesia por gastritis por adenovirus,
Enfermedad de Menetriere por CMV.
Depresión de moco por reflujo biliar

Criterios de ROMA II para trastornos funcionales de la infancia

Síndrome de Intestino Irritable:

Dolor ó desconfort abdominal que debe presentar dos de las siguientes tres características: mejora con la defecación; su presentación se asocia con cambios en la frecuencia de la defecación; se asocia su presentación con cambios en las características de las deposiciones.

Nuevamente, el relato de los datos de los síntomas amerita un paciente en edad suficiente para expresarse y la duración debe ser cercana a los 3 meses, no necesariamente consecutivos, en el último año.

La construcción de la MF, tiene que ver con el problema.
“Dime qué y cómo comes y te diré qué y cómo evacuas”

Comes yogur con vaselina, alternas constipación con diarrea
Los celiacos construyen con pan una materia fecal ¡¡espantosa!!

Criterios de ROMA II para trastornos funcionales de la infancia

Dolor Abdominal funcional: Dolor abdominal continuo ó casi continuo, generalmente periumbilical, de intensidad mediana, que raramente interrumpe ó modifica la vida diaria, sin relación clara ó solamente ocasional con actividades habituales (comida, menstruación, etc) y que no presenta síntomas que permitan categorizarlo como dispepsia ó intestino irritable. Es el cuadro que más se asemeja a la descripción original de Apley.

La duración del DAR debe situarse alrededor de los tres meses.

¡Que parecido a los dolores producidos
por parasitosis como la Giardias...! ¿Las tiene?

Criterios de ROMA II para trastornos funcionales de la infancia

Migraña abdominal: Dolor abdominal intenso, generalmente centro-abdominal, de horas a días de duración, que se ha presentado por lo menos en tres oportunidades en el último año, con períodos inter-críticos libres de síntomas y que presenta al menos dos de los siguientes síntomas acompañantes:

Cefaleas durante el episodio;
Fotofobia durante el episodio;
Migrañas en la Historia familiar;
Aura previa al episodio, sean visuales, sensoriales ó motoras.

¡Que preciso es este dolor!

Criterios de ROMA II para trastornos funcionales de la infancia

Aeroftagia: Cuadro caracterizado por deglución atípica de aire, que genera distensión abdominal, generalmente progresiva durante el día, con resolución durante la noche, y que se acompaña de distensión abdominal con dolor, eructos y flatulencia.

ESTO ES UN TRASTORNO DEGLUTORIO!!!

Criterios de ROMA II para TFI Banderas Rojas

Pérdida involuntaria de peso

Desaceleración del crecimiento lineal

Pérdida de sangre por tubo digestivo, macro ó microscópicamente

Vómitos de jerarquía (en cantidad y características)

Diarrea Crónica severa

Dolor focalizado y persistente en cuadrante superior ó inferior derecho

Fiebre de origen desconocido

Historia Familiar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Masa palpable

Tensión ó dolor a la palpación de hemiabdomen derecho

Hepatomegalia ó Esplenomegalia

Dolor ó tensión al examen lumbar ó costovertebral

Anormalidades perianales

¿Banderas Rojas? o ¿Verdaderos motivos de consulta?

Criterios de ROMA II para trastornos funcionales de la infancia

Dolor Abdominal

- a Dispepsia Funcional* ¿Gastritis: Eos, Hpy, Lin ?
- b Síndrome Intestino Irritable* ¿Yogur + laxantes, celíaco ?
- c Dolor Abdominal Funcional* ¿Giardiasis, deficiencia de Lactasa ?
- d Migraña Abdominal* !! Este esta claro !!
- e Aerofagia* !! Este es un problema deglutorio !!



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Areas preferenciales

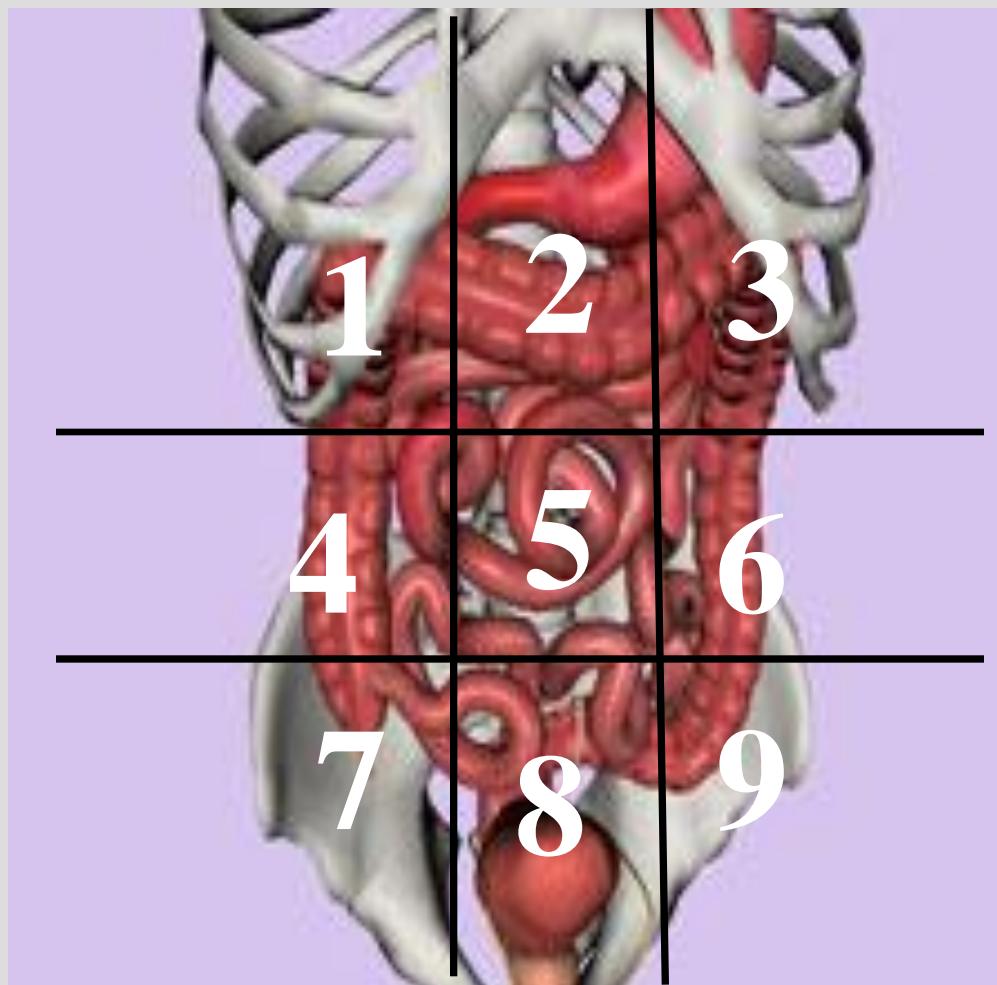
El **DAR** se manifiesta casi exclusivamente en dos áreas,

5: Periumbilical (50,5 %)
2: Epigástrica (35,5 %).

Las otras dos áreas afectadas en mucho menor cuantía son el

1: Hipocondrio (3,7 %)
7: F.I.Derecha (3,7 %)

Las otras 5 áreas: **3, 4, 6, 8 y 9**, se reparten el **6,6 %** restante.

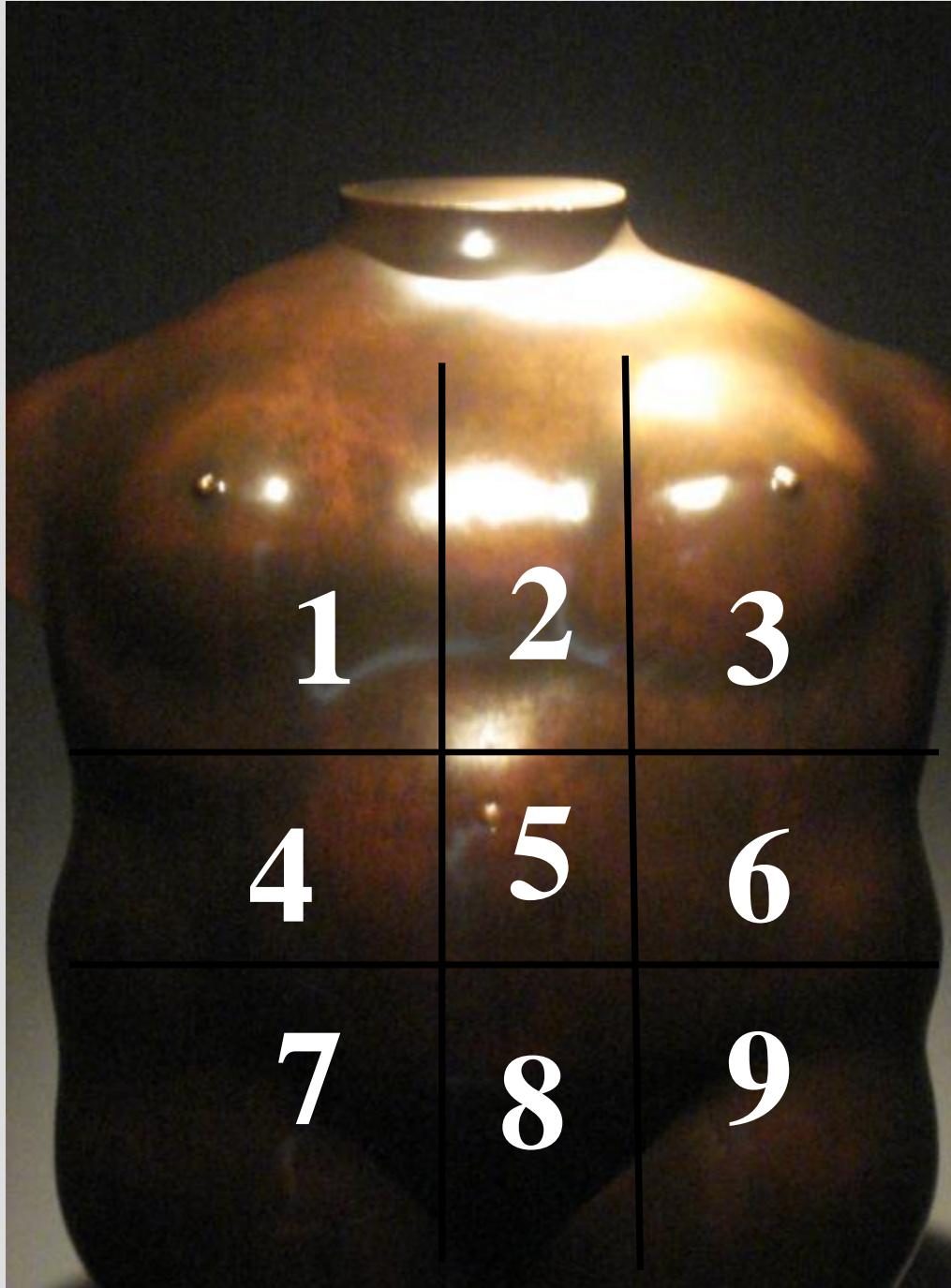


DAR Areas preferenciales

El **DAR** se manifiesta casi exclusivamente en dos áreas,
5: Periumbilical (50,5 %)
2: Epigástrica (35,5 %).

Las otras dos áreas afectadas en mucho menor cuantía son el
1: Hipocondrio (3,7 %)
7: F.I.Derecha (3,7 %)

Las otras 5 áreas: **3, 4, 6, 8 y 9**, se reparten el **6,6 %** restante.



CONSTANTES EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

ORIGEN EMBRIONARIO	ÓRGANO	LOCALIZACIÓN DEL DOLOR
Intestino anterior o craneal	Esófago inferior Estómago Duodeno Vesícula biliar Páncreas	Epigastrio DAR 2 (35,5%)
Intestino medio	Intestino delgado Apéndice cecal Colon derecho y transverso	Mesogastrio DAR 5 (50,5%)
Intestino posterior o caudal	Vejiga urinaria Utero, trompas y ovarios Colon sigmoide	Hipogastrio DAR 8 (1,6%)

CONSTANTES DE IRRADIACION DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

DESPLAZAMIENTO DEL DOLOR	ORIGEN DEL DOLOR
<u>De epigastrio</u> Hacia la espalda	Patología de la vesícula biliar, patología pancreática, ulceras duodenal cara posterior.
Hacia hombro y escápula derecha y hacia la espalda	Patología de la vesícula biliar.
Hacia hemi-abdomen izquierdo superior a inferior	Patología “funcional” del colon. Alterna constipación con diarrea
<u>De región umbilical</u> Hacia la espalda	Patología pancreática, enfermedad maligna peritoneal.
<u>De regiones inguinales</u> Hacia fosas renales	Patología de riñón, uréteres
<u>De regiones inguinales</u> Hacia región sacra	Patología inflamatoria sigmoidea: diverticulitis
<u>De regiones inguinales</u> Hacia región sigmoidea	Patología ovario y trompas

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Epidemiología

USA y Europa

Abdominal pain children 6250

Abdominal pain epidemiology 1225

Sud
America

0

Africa
0

0 2.000 Millas
0 2.000 Kilómetros



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Epidemiología

El **DAR** generalmente se presenta a partir del momento en que el niño “habla claro, mas o menos 3 años y

Hasta que deja de hacerlo, mas o menos 16 años”.

Nosotros estudiaremos los chicos entre los 4 y 16 años.

Existe predominio del sexo **femenino (60%)**.

**Si el Dolor Abdominal
interrumpe el sueño,
es de cuidado**

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Signos de observación

Observar situaciones de estrés al momento en que se inician los **DAR**:
fallecimientos, separaciones, conflictos escolares,
intervenciones quirúrgicas, mudanzas etc.

Estos hechos pueden ser
“la punta del ovillo” o “descomunales distractores”.

La coexistencia de **DAR con náuseas, decaimiento, anemia, sangre o moco en las heces, alteración del ritmo evacuatorio, perdida de peso, fiebre o febrícula**, son signos que deben hacernos pensar en la necesidad de descartar una causa orgánica en el caso que nos ocupa

GLUP!!

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Ambiente y Cultura

- **Agua:** 1: corriente; 2: de bomba; 3: acarreada.
- **Basura:** 1: recolector; 2: entierra; 3: cielo abierto.
- **Cacas:** 1: cloacas; 2: pozo o letrina; 3: cielo. abierto.
- **Domicilio:** Propietario o Inquilino (prestado, con padres y okupas)
 - Pisos : 1: lavable; 2: alisado; 3: tierra.
 - Paredes: 1: ladrillos; 2: madera, 3: chapa, 4: otros
- **Escolaridad:** Grado que cursa el paciente.
- **Familia:** Madre: Edad - Escolaridad - Ocupación.
Padre: Edad - Escolaridad - Ocupación.
- **Habitaciones:** Nº () Habitantes: Nº ().

- **Estado Civil:** 1:casada; 2:juntada; 3: separada; 4: viuda,
- **Hijos:** Edad, Sexo, Orden y “Paciente”.
- **Animales** :domésticos o silvestres **Convivientes:** abuelos, tíos, extraños
- **Pica.** **Incorporación:** **LM.** **Gluten**
- **Semanal:** LV, Yogur, Almidones, Legumbres, Frutas, Gaseosas (0, 1-2, 3-5, 6-7)

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Ambiente y Cultura

- **Frecuencia DAR.** 1- Diario 2-Semanal 3-Mensual. **Localización** 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 - **Aparición:** 1-Brusca 2-Lenta 3-Diurna 4-Nocturna 5-Post Ingesta 6-Ayuno
 - **Irradiación:** 0-nada 1-Hombro 2-Dorso 3-Miembros **Despierta Y-N**
 - **Interrumpe actividad:** Y-N **Que actividad:** 1-Escolaridad, 2-Juegos 3-Fin de semana
 - **Atenuantes** 0-nada 1-posturas 2-medicamentos 3-alimentos 4-madre 5-médico
 - **Desencadenantes** 0-nada 1-comidas 2-stress
 - **Estresantes** 0-nada 1-separación 2-cambio de escuela 3-mudanza 4-peleas amigos 5-duelos 6- nacimientos hermanos 7-exámenes 8-competencias 9-pareja
 - **Peso Percentilo** 0 - 3 -10 - 25 - 75 - 97 **Talla Percentilo** 0 - 3 -10 - 25 - 75 - 97
 - **Megalalias Y-N** **Hígado Y-N** **Bazo Y-N** **Masa palpable Y-N** **Ulceras orales Y-N**
Fisuras Y-N **Mamelones Y-N** **Moco heces Y-N** **Proctorrágia Y-N** **Fiebre Y-N**
 - **Mínimos** **Complementarios** **Especializados**

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE ESTUDIOS MINIMOS

El paciente nos consulta (afortunadamente) con mínimos
Hemograma, ERS, TGO, TGP, [Pr], Amilasemia,
Fosfatasa alcalina, Orina completa, PMF y SOMF (x3)
Rx. simple de abdomen y a veces Rx. SEGD o una Eco.

Deberíamos solicitar estudios complementarios
Rx SEGD o Ecografía abdominal
y una prueba de UBT C13,
lo que ampliaría nuestra seguridad diagnóstica.

Esofago-gastro-duodenoscopía y Colonoscopía



1

2

2

2

2

2

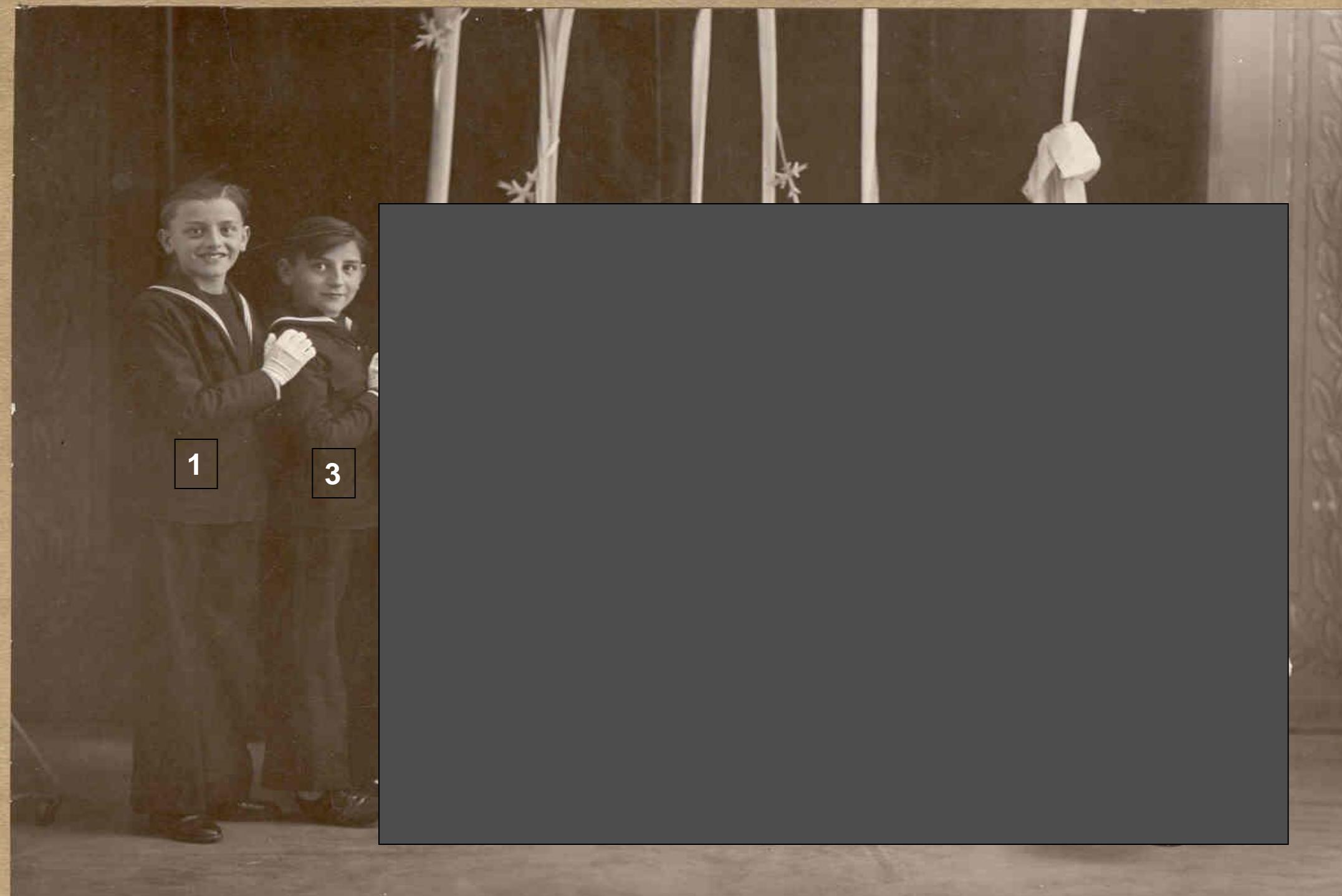
2

2

2

3





1

3



1

2

3

2

2

2

2

2

2



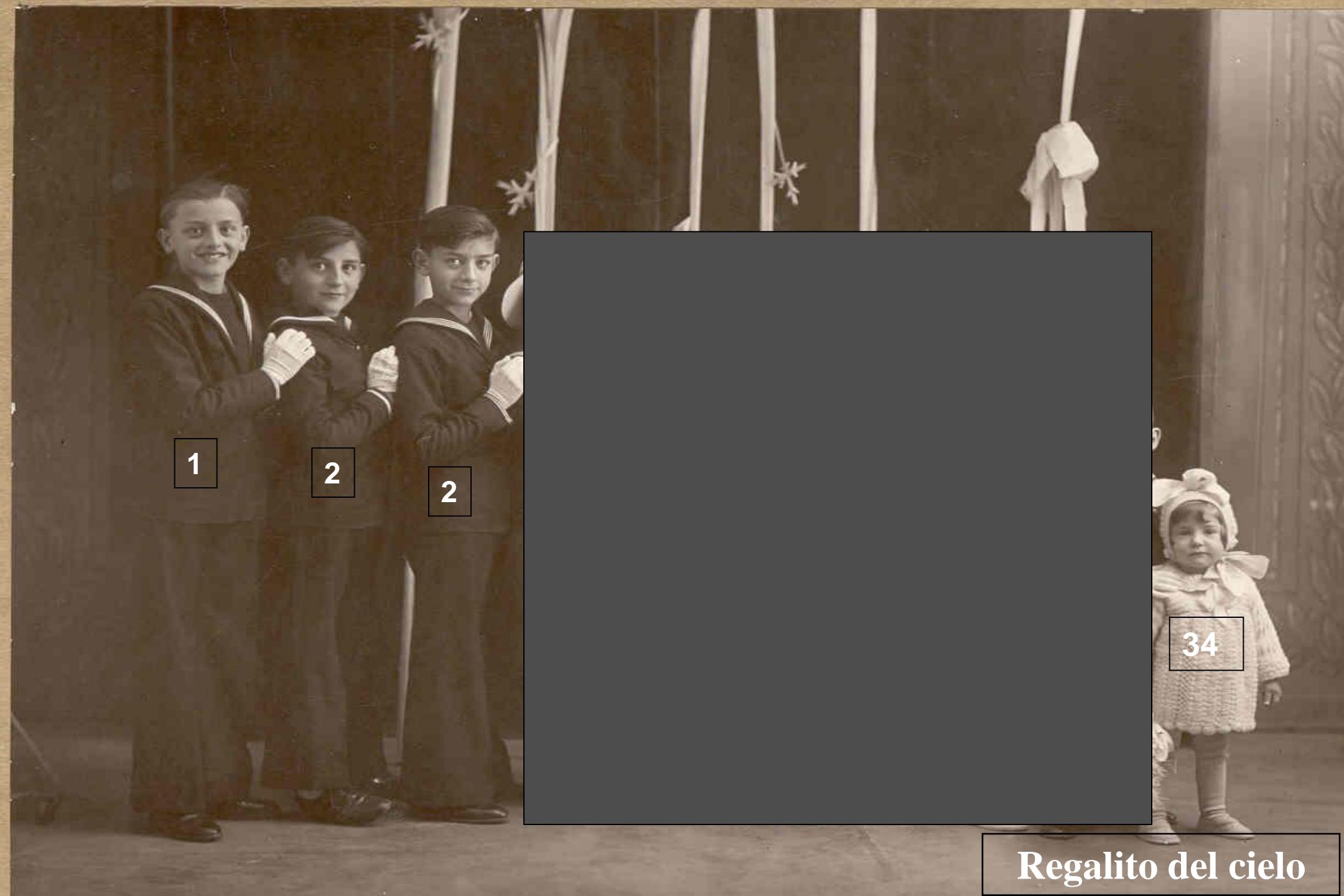
1

2

2

Con más de 6 años
de diferencia,
Para el “último”
los padres son
casi “exclusivos”

3



1

2

2

34

Regalito del cielo

M de C y orden del hijo

	DCE 72 casos	EE 184 casos	DAR 117 casos	DAR 426
1º PRIMERO	9,7 %	15,8 %	25 %	25,8
2º DEL MEDIO	16,7%	15,2 %	19,8 %	27,2
3º ULTIMO	<u>44,5 %</u>	20,7 %	<u>40,5 %</u>	27,5
4º UNICO	20,8 %	<u>35,9 %</u>	12,9 %	13,8
34 UNICO CULTURAL	6,9 %	12,5 %	1,7 %	5,4

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

y... cosas no más

	DCE 72 casos	EE 184 casos	DAR 117 casos	DAR 426
EDAD	2a 8m	5a	8a 3m	7a 8m
OSITO	15,3 %	16,3 %	19,0 %	14,8
YOGUR	23,7 %	27,7 %	23,2 %	-
COLECHO	50 %	29,3 %	17,4 %	-
PICA	18,0 %	8,2 %	3,4 %	9,3

2º M de C	DAR 50 %	ENC 73 %	CON 47 %
-----------	-----------------	----------	----------

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

y... cosas no más

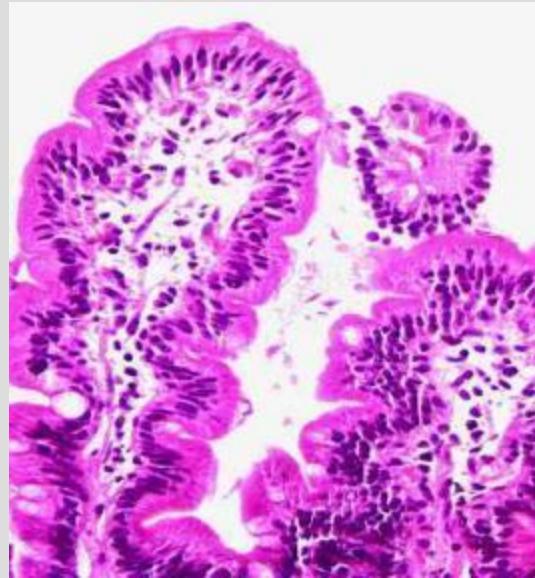
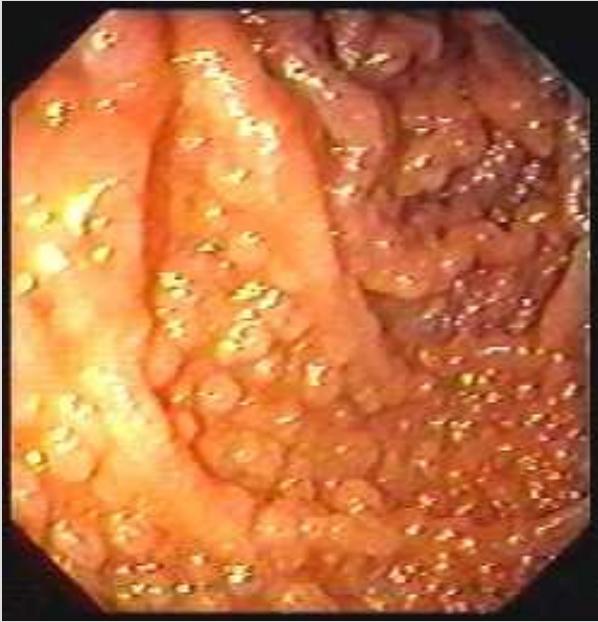
La instrucción de la madre es de 9° grado tanto para las que Consultaron por DAR, como como para los restantes M de C

La ocupación de las madres de los niños que consultaron por DAR Eran Empleadas 31% - A de C 59% - (18% padres violentos)

Chi 2 12,9 P: 0,0003

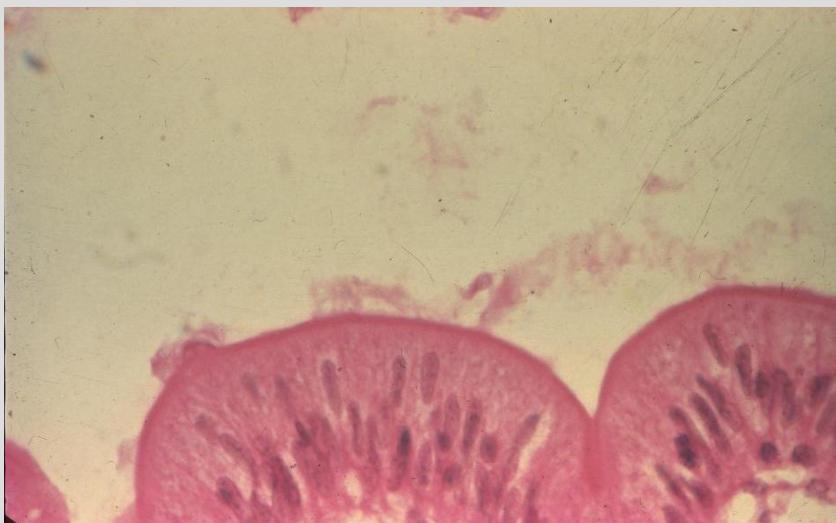
La ocupación de las madres de los niños que consultan por el RESTO de los M de C eran Empleadas 17% - A de C 72% - (13% padres violentos)

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE



*Giardia
intestinalis*

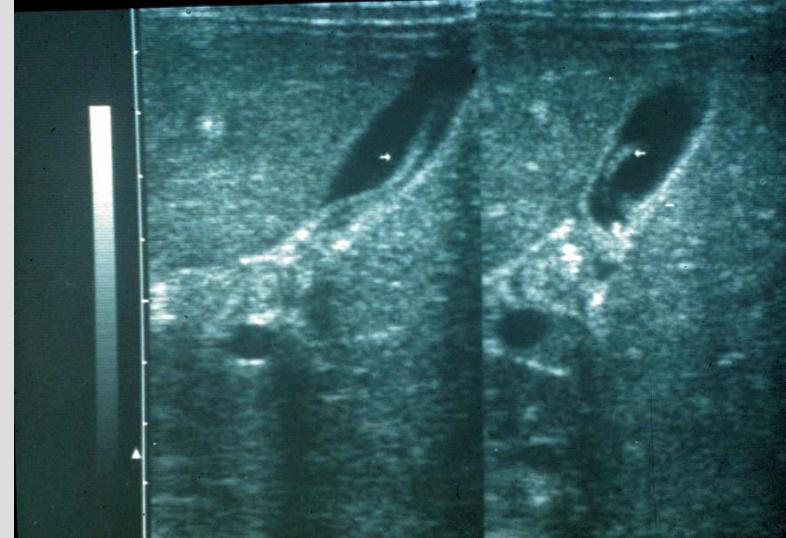
PMF
negativo



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE



PMF
negativo



Ascaris lumbricoides

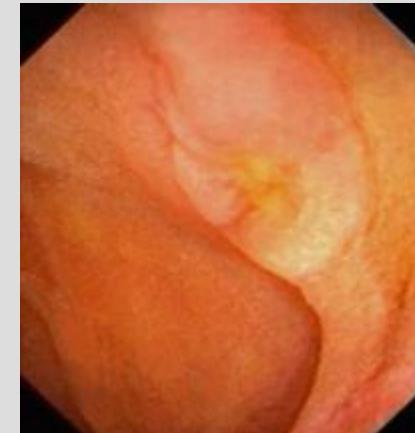


DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

RPE, SMA, ANEMIA, PROCTORRAGIA



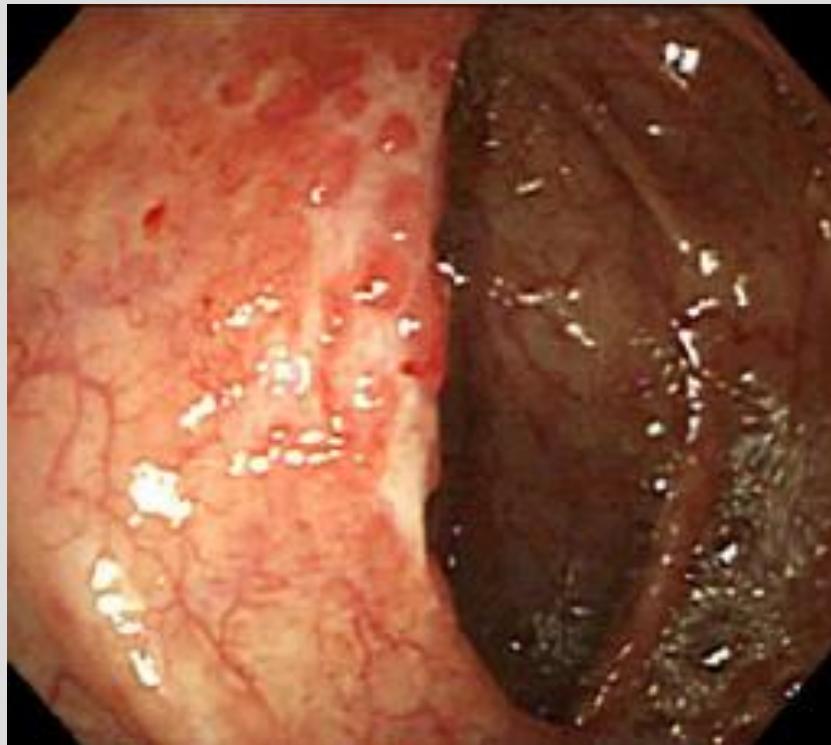
BURRILL CROHN



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

**Y DEPOSICIONES CON SANGRE
QUE INTERRUMPEN EN SUEÑO**

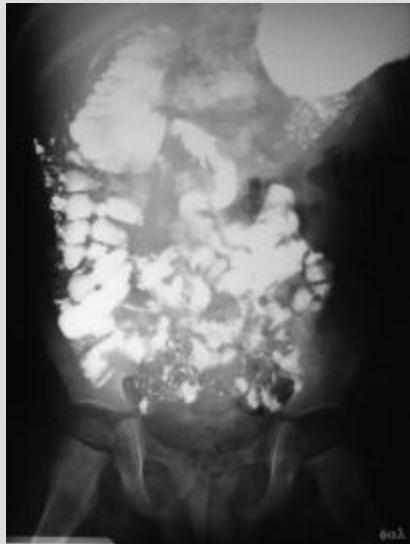
COLITIS ULCEROSA



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Y VOMITOS INTRATABLES

MALROTACIÓN



PANCREAS ANULAR

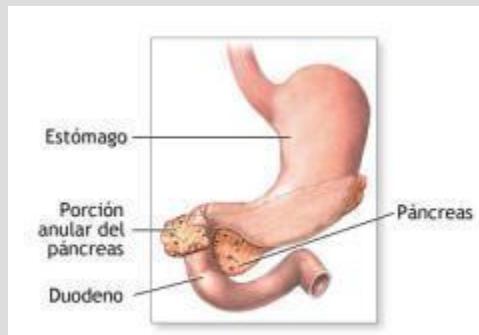
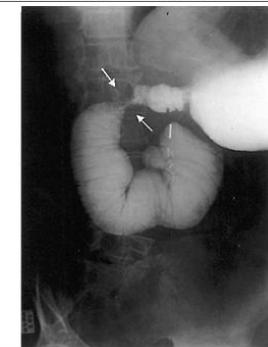


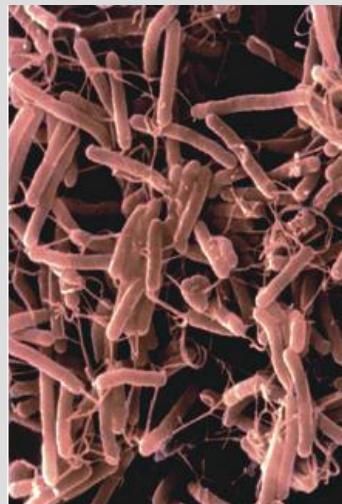
Figura 3 – Radiografia contrastada de estômago e duodeno com estenose de segunda porção duodenal (setas)



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE UN HECHO “NUEVO”



*Helicobacter
pylori*



ASM Microbe Library.org © Delaney

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

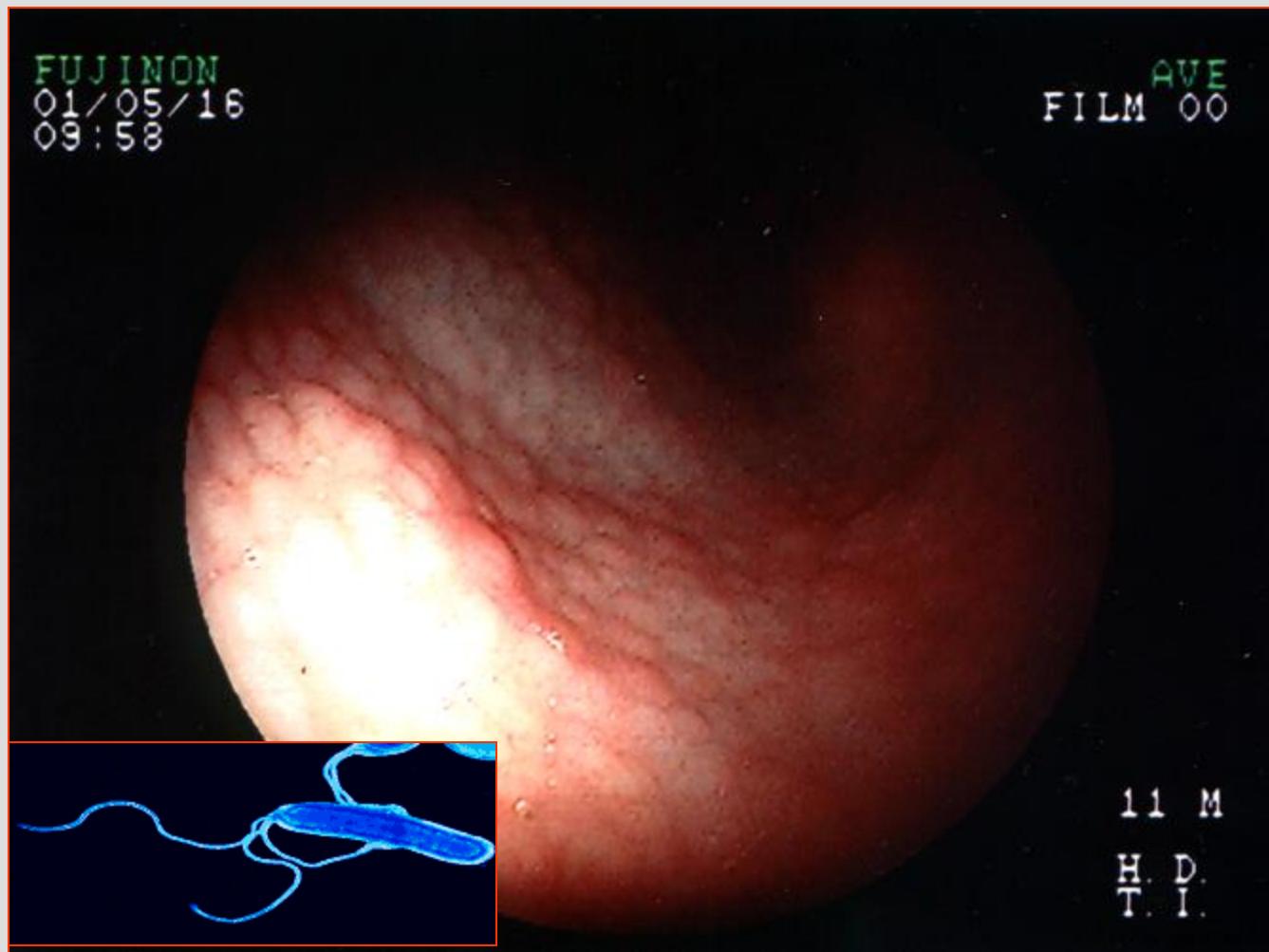
Helicobacter pylori

- ✓ No es una intolerancia alimentaria
- ✓ No es constipado
- ✓ No esta parasitado.
- ✓ No tiene infección urinaria
- ✓ No tiene litiasis
- ✓ y además
- ✓ y calma el dolor con AA.
- ✓ o ha mejorado con ATB.

- ✓ Tiene antecedentes familiares de enfermedad gástrica.
- ✓ El dolor es epigástrico.
- ✓ O tiene sensación de estómago.
- ✓ Nauseas matinales.
- ✓ Rumiación.
- ✓ Moja la almohada con saliva.
- ✓ Sialorrea.
- ✓ Detesta el desayuno.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Helicobacter pylori



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Helicobacter pylori

EL ESTOMAGO ES UN ORGANO NOBLE, QUE NACIO PARA TOLERAR SIN QUEJARSE

TOLERA:

**COMILONAS, AYUNOS, ALCOHOLES, PICANTES,
ALIMENTOS HELADOS, ALIMENTOS CALIENTES.**

TOLERA:

**COMPETENCIA, DESPEDIDAS DE SOLTERO, FINES DE AÑO,
NAVIDADES, CASAMIENTOS, INFIDELIDADES, DIVORCIOS Y
RECONCIALIACIONES**

TOLERA:

YUYOS, MANOSANTAS, PSICOTERAPIAS Y MEDICOS

**PERO CUANDO DICE SIMPLEMENTE ESTOY O
CUANDO DICE ESTOY SUFRIENTO,
HAY QUE ATENDERLO**

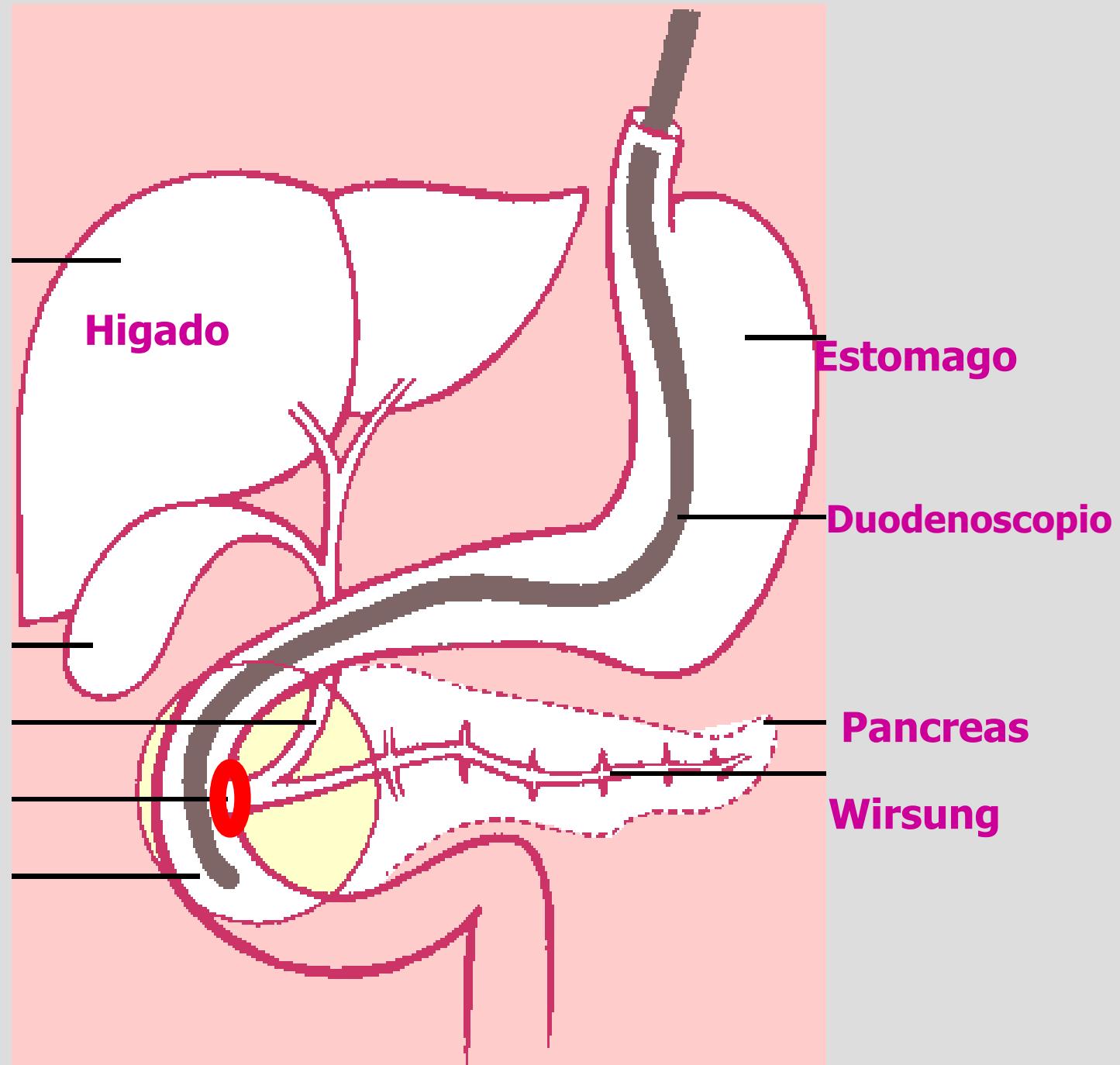
2006

65

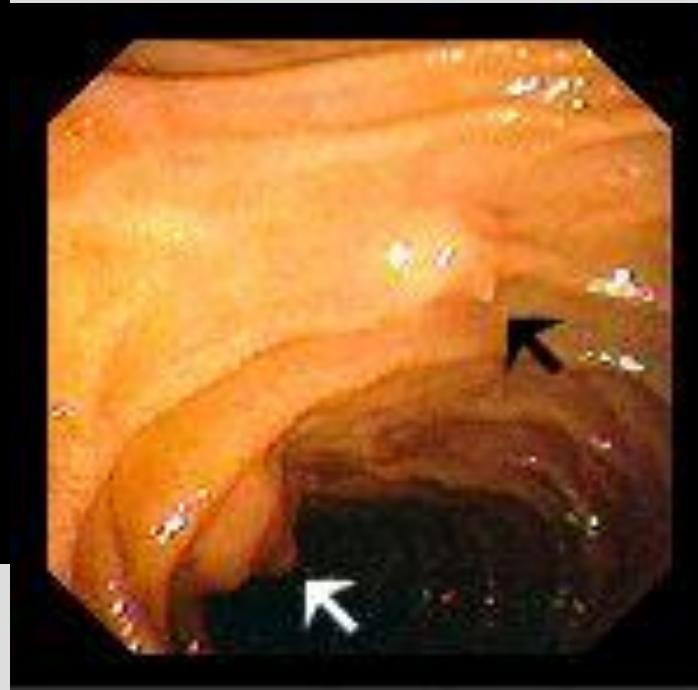
CPRE

115
COLECISTECTOMIAS
LAPAROSCOPICAS

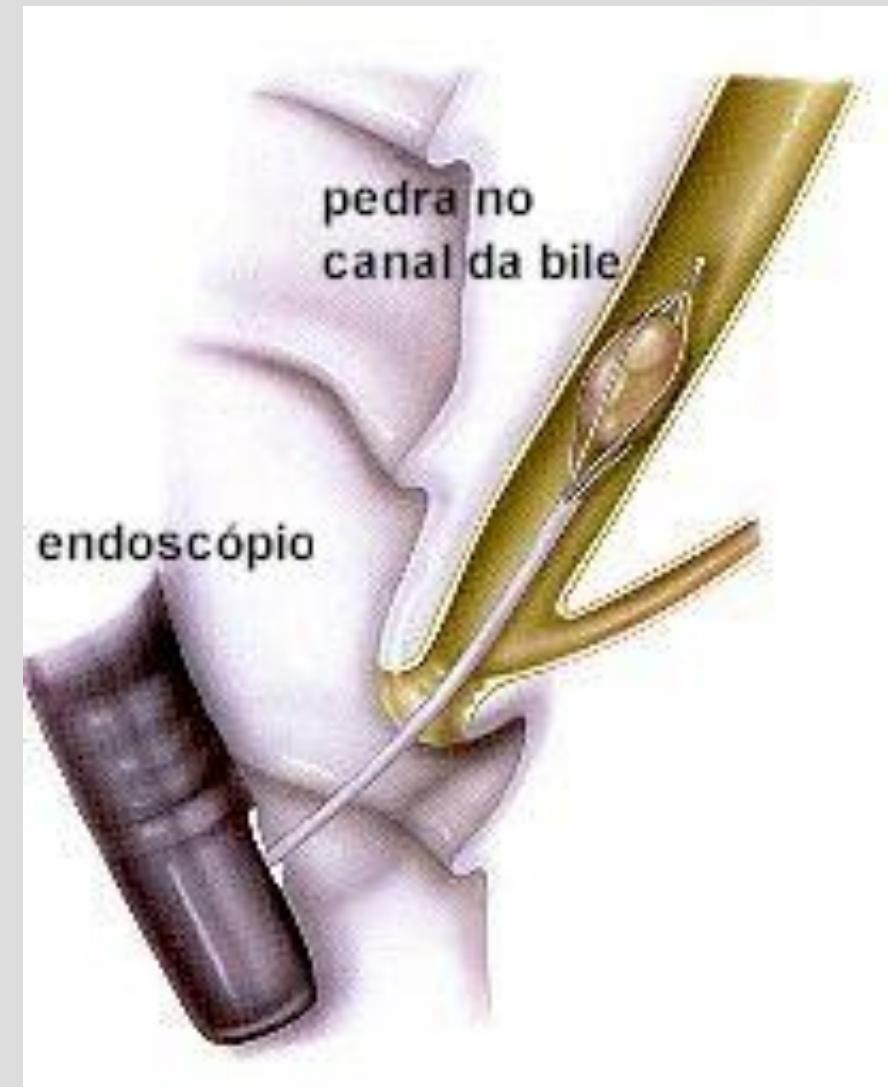
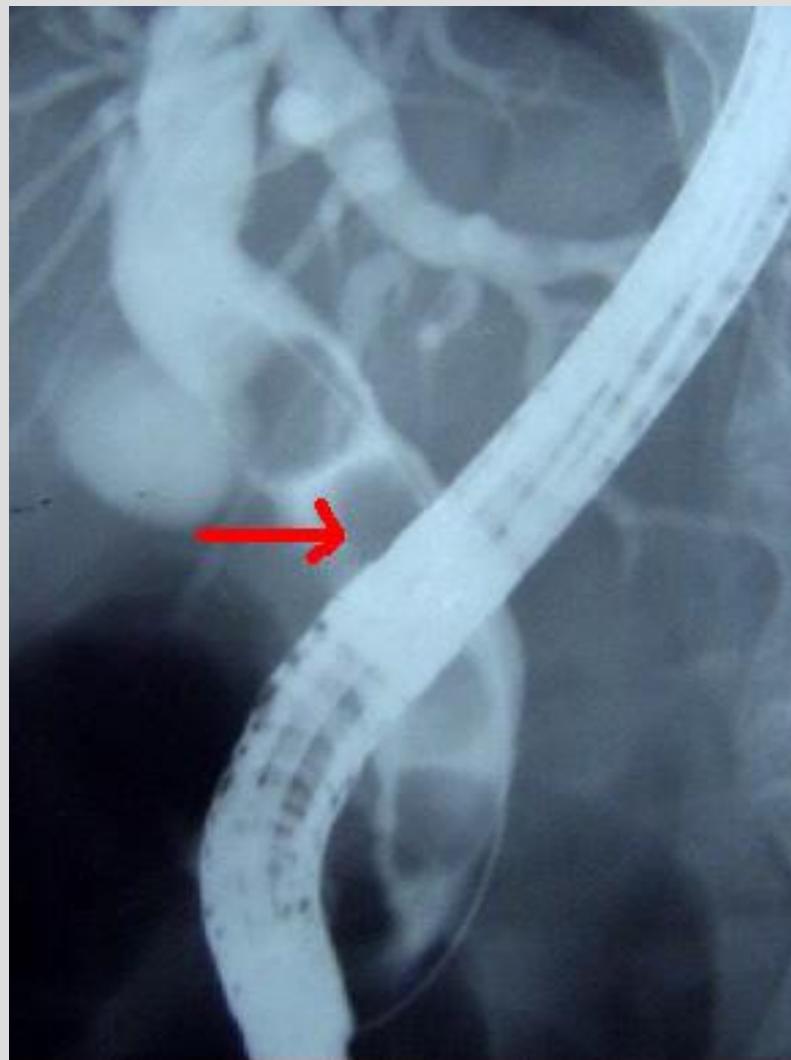
Vesicula
Coledoco
Ampolla
Duodenoscopio



DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CPRE

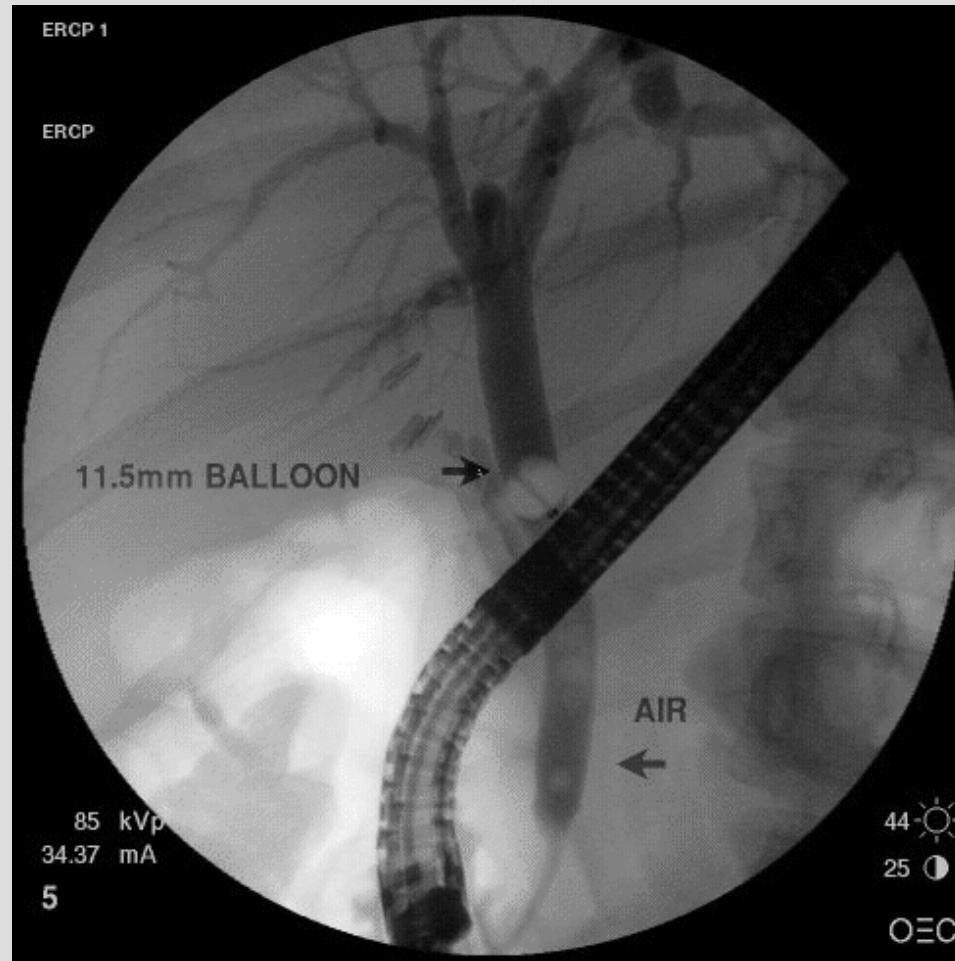


DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CPRE

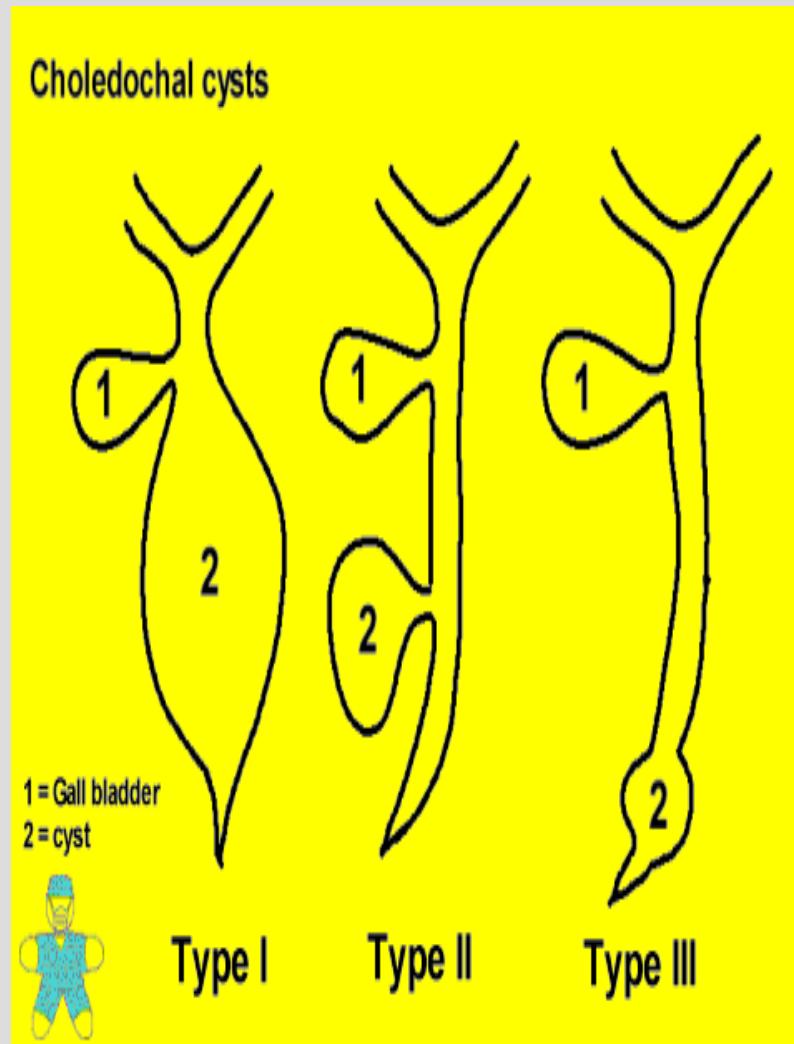


DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

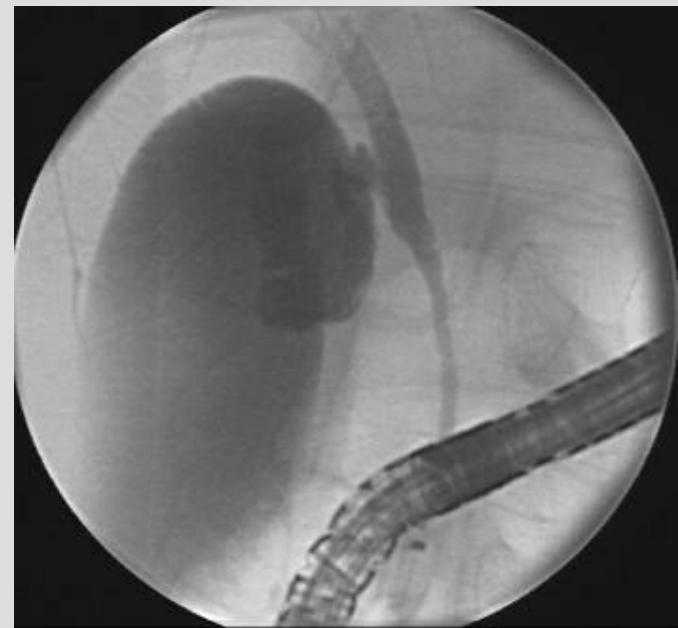
CPRE



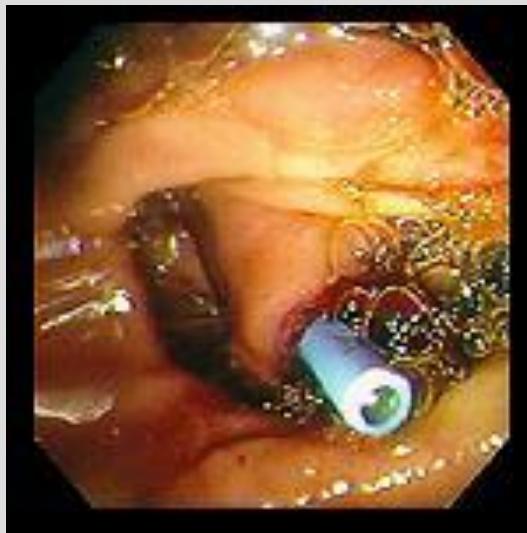
QUISTE DE COLEODOCO



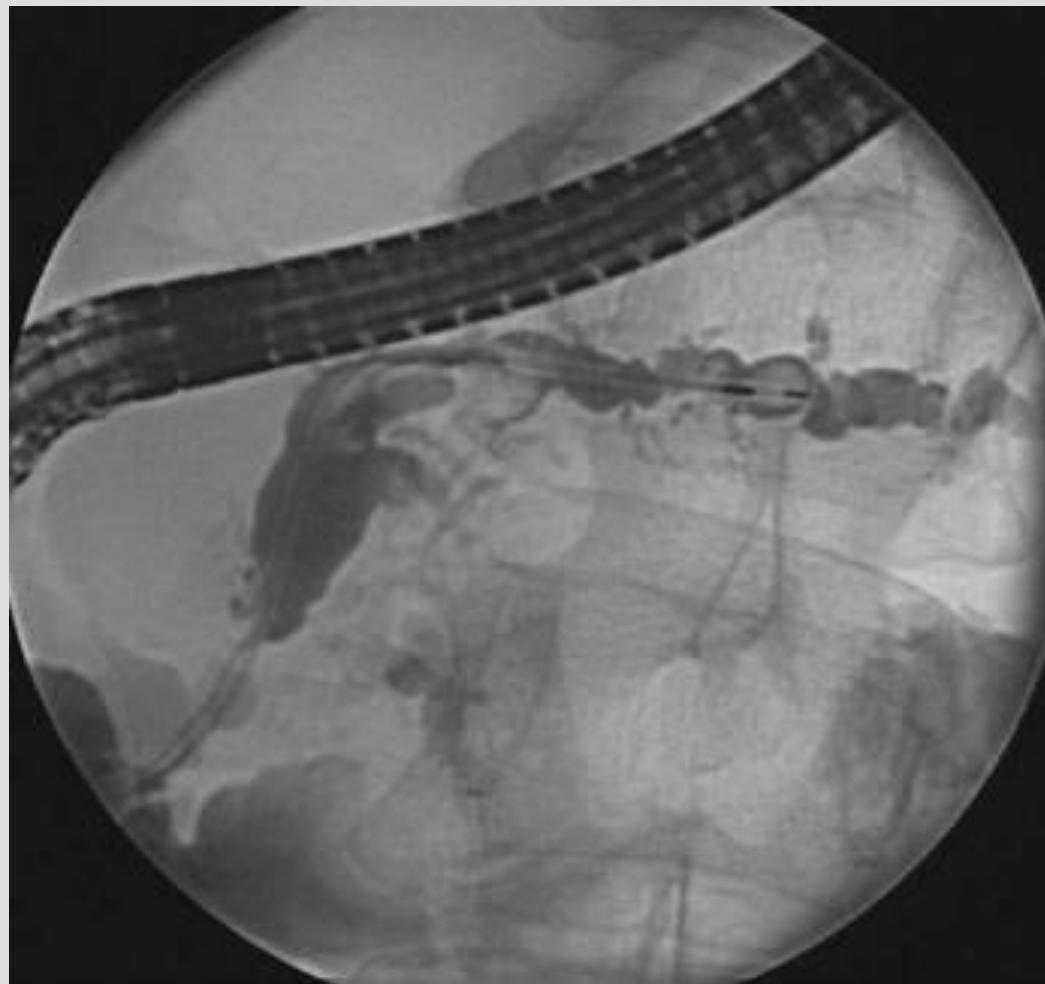
COLANGITIS ESCLEROSANTE



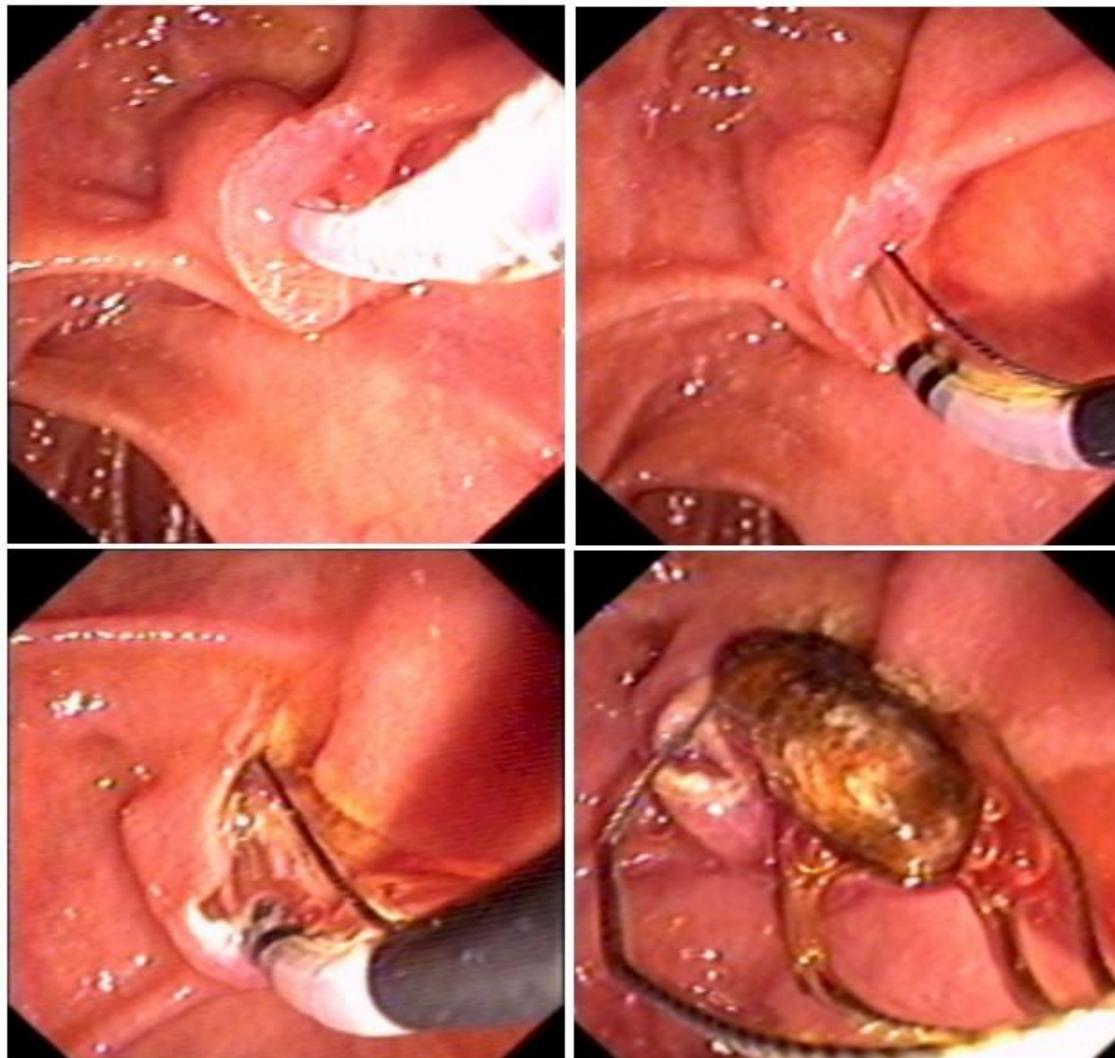
PROTESIS DE LA VIA BILIAR



PANCREATITIS CRÓNICA

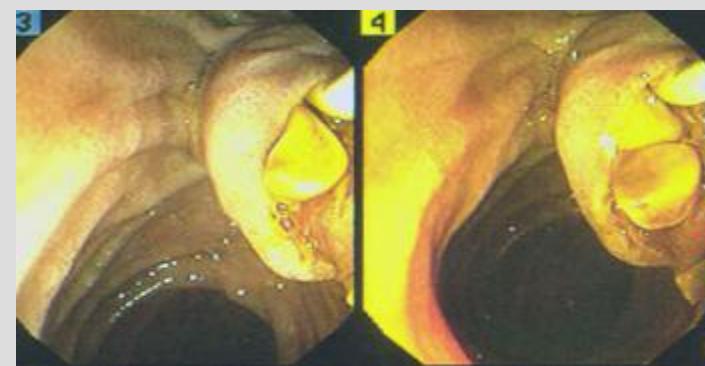


DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CPRE



CPRE: papilectomía y extracción de un cálculo
biliar con cesta de Dormia

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CPRE



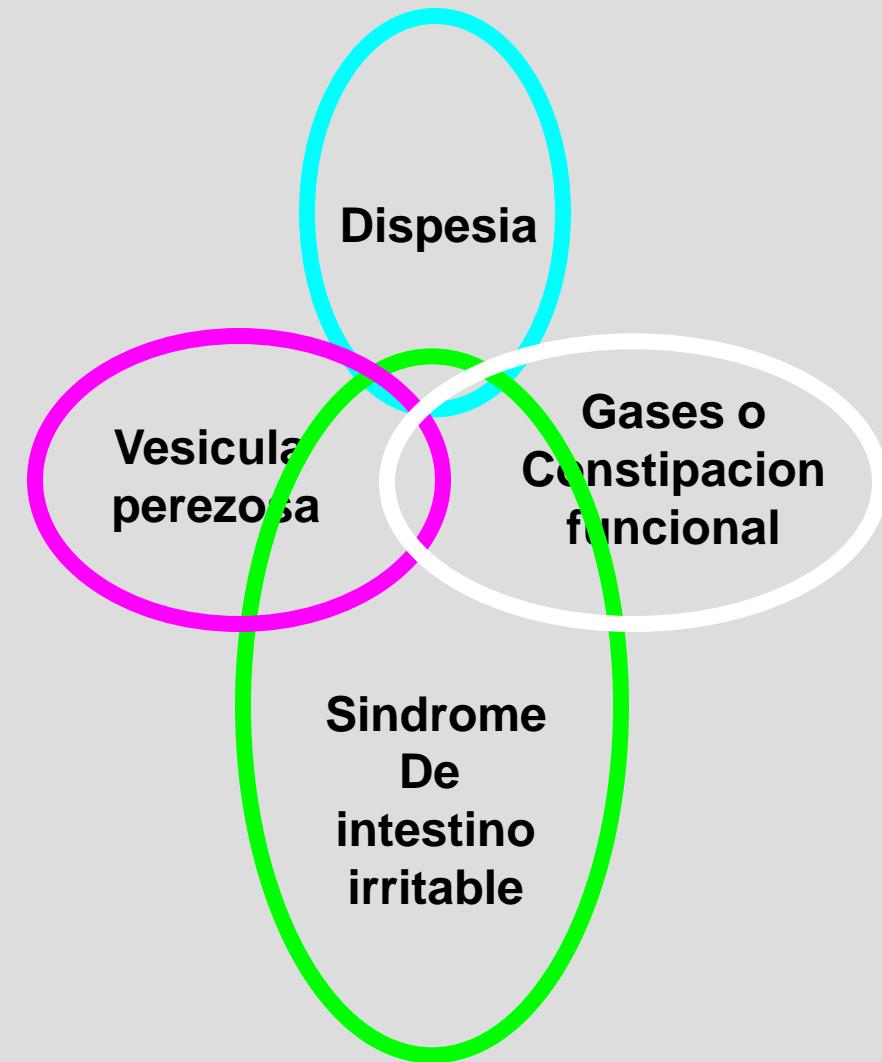
DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Dijimos “el término **DAR** fue acuñado por Apley en 1958 para definir el episodio que es capaz de alterar la vida normal del niño y se presenta por un mínimo de 3 veces en un período de 3 meses”.

Agregamos “Hoy y gracias a los adelantos tecnológicos, ingresamos en estudio de **DAR** infinidad de niños que no cumplen con este requisito” y sabemos que ha sido para bien del paciente.

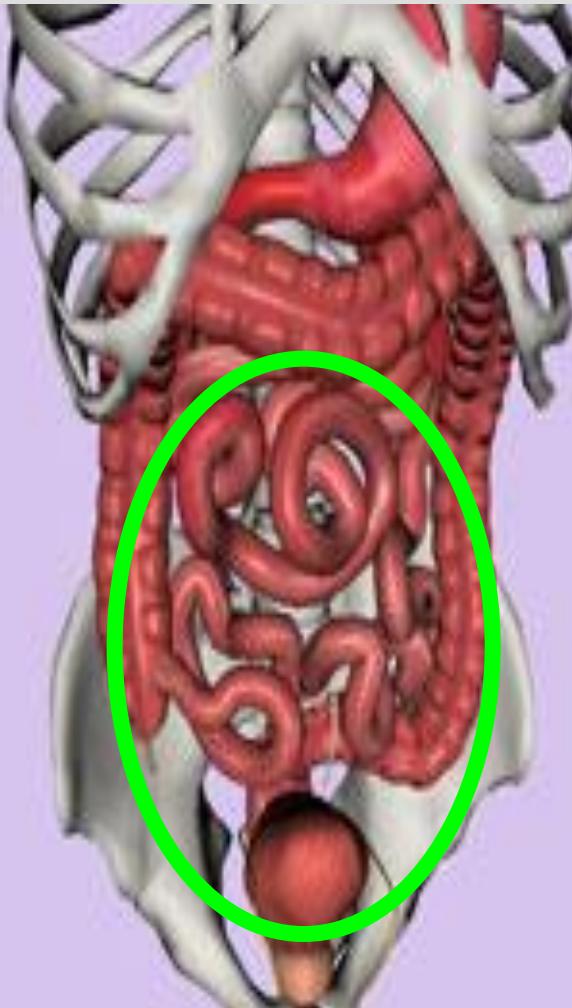
DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

“DIAGNOSTICOS”



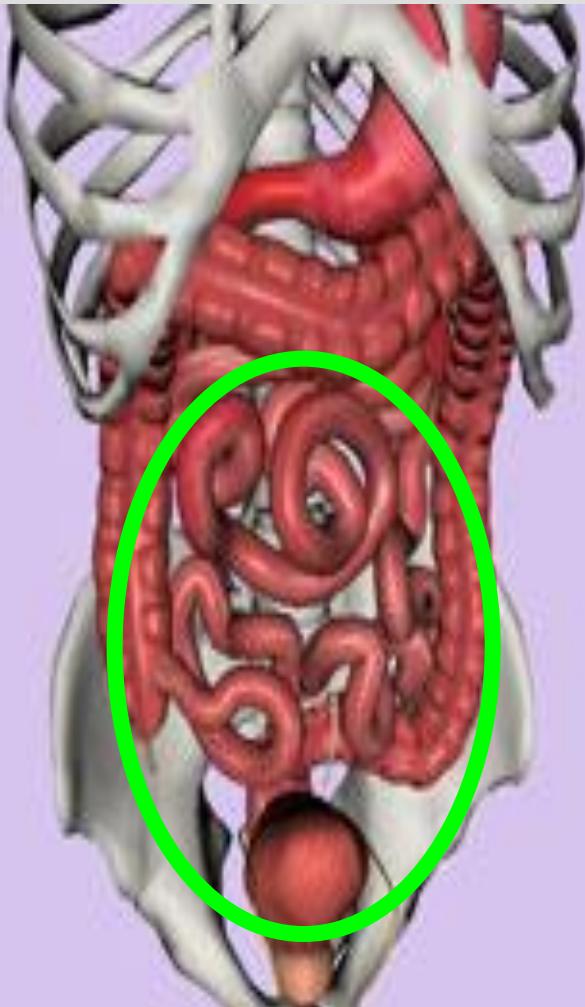
DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

“DIAGNOSTICOS”



- El **SII** representa el **38%** de las consultas en gastroenterología, **adultos**.
- En clínica representa el **12%** de las consultas. Por encima de la hipertensión arterial (10%), del asma (4%) y la enfermedad coronaria (2%)
- Se estima que es la segunda causa de ausentismo laboral después de la gripe.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE “DIAGNOSTICOS”



- Al año en Estados Unidos el **SII** genera 2,4 a 3,5 millones de consultas médicas y más de 2 millones de prescripciones
- Produce un costo terapéutico mayor a **33 mil millones de dólares.**
- Estos pacientes son operados
- 3 veces más de colecistectomías,
- 2 veces más de hysterectomías y apendicectomías y
- 50% más cirugías de columna que los pacientes sin SII.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

“DIAGNOSTICOS”

- * Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, et al AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-2131.
- * Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1910-1915.
- * Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion* 1999; 60: 77-81.
- * Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariate analysis. *Gastroenterology* 2004; 126: 1665-1673.
- * Talley NJ. Unnecessary abdominal and back surgery in irritable bowel syndrome: time to stem the flood now? *Gastroenterology* 2004; 126: 1899-1902 (Ed).
- * Frank K, Kleinman L, Rentz A, et al. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clin Ther* 2002; 24: 675-689.
- * Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002; 360: 555-564.
- * Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A. et al. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000; 119: 654-660.
- * El-Serag H, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1171-1185.
- * Verne GN Eaker EY, Davis RH, et al. Colchicine is an effective treatment for patients with chronic constipation: an open -label trial *Dig Dis Sci* 1997; 42: 1059-1073.



Primer Ministro Shinzo Abe

Un día después de que anunciara su renuncia, Septiembre de 2007, el primer ministro japonés Shinzo Abe fue ingresado hoy en un hospital de Tokio a causa de un desorden gastro intestinal funcional provocado por el estrés.

Clasificación de Roma III
de los Trastornos
Funcionales Digestivos del adulto

A.

Trastornos funcionales esofágicos

- A1. Pirosis funcional
- A2. Dolor torácico funcional de posible origen esofágico
- A3. Disfagia funcional
- A4. Globo esofágico

B.

Trastornos funcionales gastroduodenales

- B1. Dispepsia funcional
 - B1a. Síndrome del distrés postprandial
 - B1b. Síndrome del dolor epigástrico
- B2. Trastornos con eructos
 - B2a. Aerofagia
 - B2b. Eructos excesivos orig. no específico
- B3. Trastornos con náuseas y vómitos
 - B3a. Nausea idiopáticas crónicas
 - B3b. Vómitos funcionales
 - B3c. Síndrome de vómitos cílicos
- B4. Síndrome de rumiación
- B4. Síndrome de rumiación

C.

Trastornos funcionales intestinales

- C1. Síndrome del intestino irritable
- C2. Hinchazón funcional
- C3. Estreñimiento funcional
- C4. Diarrea funcional
- C5. Trastornos intestinales funcionales no específicos

D.

Síndrome del dolor abdominal funcional

E.

Trastornos funcionales de la Ves. biliar y el Esf. de Oddi

- E1. Trastornos funcionales de la vesícula biliar
- E2. Trastornos funcionales biliares del Esf. de Oddi
- E3. Trastornos funcionales pancreáticos del Esf. de Oddi

F.

Trastornos funcionales anorrectales

- F1. Incontinencia fecal funcional
- F2. Dolor anorrectal funcional
 - F2a. Proctalgia crónica
 - F2a1. Síndrome del elevador del ano
 - F2a2. Dolor anorrectal funcional no específico
 - F2b. Proctalgia fugaz
- F3. Trastornos funcionales de la defecación
 - F3a. Defecación disinérgica
 - F3b. Propulsión defecatoria inadecuada

DAR (Dolor Abdominal Recurrente)

Trabajo Multicéntrico de la República Argentina Sociedad Argentina de Pediatría - Comité Nacional de Gastroenterología

Ingresan niños de más de 4 años hasta 16 cumplidos. Se contestan ineludiblemente las preguntas con número.

1 Mes de consulta _____	2 Año de consulta _____
Atención en _____ (Hospital-1 Privado-2)	
3 Ape y Nom _____	4 Sexo F o M _____
5 Edad años _____	6 Localidad _____
7 Visto por _____ (Pediatra-1 Especialista-2)	8 Tipo de consulta _____ (Interconsulta-1 Espontánea-2)
9 DAR AREA: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (Marcar el que corresponde 0=todo, 1=HCD, 2=EP, 3=HC, 4=FD, 5=UMB, 6=FI, 7=FD, 8=MIPOG, 9=FI)	10 PREVIAS Consultas por DAR _____
11 MESES de Padecimiento _____	12 DESPIERTA Y-N Saneamiento Colocar lo que corresponde y observar que 1 parece de primera, 2 de segunda, 3 de tercera
13 AGUA _____ (1 potable; 2 de bomba; 3 acarreado)	14 RESIDUOS _____ (1 recolector; 2 quem-entière; 3 cielo abierto)
15 EXCRETAS _____ (1 diazco; 2 pozo o letrina; 3 cielo abierto)	16 DOMICILIO CALLE _____ (1 asfalto; 2 mejorado; 3 tierra)
PISOS _____ (1 lavable; 2 alisado; 3 tierra)	PAREDES _____ (1 material; 2 madera; 3 chapa)
17 ESCOLARIDAD _____ (Grado que cursa para ver repetidores)	MADRE EDAD _____
OCCUPACION _____ (ad-1, doméstica-2, empleada-3, oficio-4, profec-5, Plan T-7)	18 INSTRUCCION _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 grado 8 9 10 11 12 bachiller 14 facu 18 graduado)

ESTADO CIVIL _____ (casada-1, juntada-2, separada-3, viude-4, madre soltera-5, variantes)
PADRE EDAD _____
OCCUPACION _____ (desoc-1, changa-2, empleado-3, oficio-4, prof-5, no sabe-6, Plan T-7)
CAPACITACION _____ (0 1 2 3 4 5 6 7 grado 8 9 10 11 12 bachiller 14 facu 18 graduado)
19 VIOLENCIA _____ (no toma-0, toma-1, grita-2, golpea-3)
A QUIEN _____ (esposa-1, hijo-2)
20 DOMICILIO _____ (suyo-1, inquilino-2, ocupa-3, padres suegros-4, prestado-5, institut-6)
21 DORMITORIOS cantidad _____
22 HABITANTES cantidad _____
23 COLECHO _____ (no-0, madre-1, padre-2, hna-3, hno-4, abu-5, abo-6, otros-7, tíos-8)
24 CONVIVEN _____ (no-0, abama-1, aboma-2, abape-3, abapa-4, toma-5, típa-6, extraño-7, fila-8)
25 ORDEN DEL HUO _____ (primero-1, medio-2, último-3, inicio-4)
26 OBJETO TRANSICIONAL TIPO OSITOS / TRAPITOS que duerme con él? _____
CARACTERÍSTICA DE HIJO _____ (propio-1, adoptado-2, criado o tutoreo-3)
HABITOS frecuencia semanal: (nunca-0 1 a 2 veces/semana-1; 3 a 5-3; 6 a 7-7)
<input type="checkbox"/> Yogur <input type="checkbox"/> Uvaca
<input type="checkbox"/> Verd. Verdes <input type="checkbox"/> Carne
<input type="checkbox"/> Almidones <input type="checkbox"/> Gaseosa (fideos, pan, papas, arroz)
<input type="checkbox"/> Legumbres <input type="checkbox"/> Frutas
<input type="checkbox"/> L/Vaca incorp. (respuesta en meses)
<input type="checkbox"/> Comidas diarias (desayuno-1, almuerzo-2, merienda-3, cena-4, todo el día-5)
Gluten incorp. (respuesta en meses)

27 DEPOSICIONES _____ (Ajustarse a 1-2, 3-5, 6-7, 8-9 veces por semana. Poner 12, 35, 67, 89)
28 VELOCIDAD DE TRANSITO _____ (Menos 24 hs. Estimar con alimentos visibles)
Mascotas _____ Pica _____ Fuma _____ Toma _____ Drogas _____
29 FRECUENCIA DAR _____ (diaria-1, semanal-2, mensual-3)
30 APARICION _____ (busca-1, lenta-2)
31 HORARIO _____ (matut-1, vespert-2, noct-3, cualquiera-4)
32 TRAUMA ABD como anteced _____
33 GEA como anteced _____ (no-0, si-1)
34 IRRADIACION _____ (hombro-1, dorso-2, esternón-3, miembro-4)
35 SINTOMAS GENERALES _____ (jaqueca-1, fiebre-2, diarrea-3, pérdida conocimiento-4)
36 SINTOMAS DIGESTIVOS _____ (náuseas-1, vómitos-2, pirosis-3, eructos-4, distensión-5, diarrea-6, constipación-7, flatulencias-8, hemorragia digestiva-9)
37 FLUA. ANTECEDENTES _____ (EII-1, UG-2, UD-3, Jaquecas-4, Neuropatológicas-5)
38 CORTA ACTIVIDAD normal _____
39 CUAL ACTIVIDAD _____ (escolar-1, sueño-2, juegos-3)
40 ATENUA _____ (nada-0, postur-1, medicament-2, alimento-3, Flua-4, médico-5)
41 DESENCADENANTES _____ (nada-0, comida-1, stress-2, viajes-3, examen-4)
42 SE INICIA CON _____ (nada-0, evacuación-1, menstruación-2, fármacos-3, Alres-4)
43 ESTRESANTES _____ (separación-1, cambio de escuela-2, mudanza-3, pelea amigo-4, duelo-5, nacimiento de hermanos-6, examen-7, competencias-8, parejas-9)
Examen Físico: Peso _____
44 PERCENTIL DE PESO _____ (0, 3, 10, 25, 50, 75, 90, 97) Talla _____
45 PERCENTIL DE TALLA _____ (0, 3, 10, 25, 50, 75, 90, 97)
46 MEGALIAS _____ (no-0, Hígado-1, Bazo-2)
47 MASAS TUMORES _____
48 Fisuras _____
49 Mocoheces _____
50 Proctorrágias _____
51 EXTRADIGESTIVOS _____ (Indociditis-1, Purpuras-2, Exantemas-3, Melanosis-4, Artritis-5, Soplos-6, Fiebre-7, Palidez-8)
52 LABORATORIO _____
53 Hb _____
54 G Blancos _____
55 Neutr. _____
56 Eos _____
57 Plaque _____
58 ERS _____
59 TGO _____
60 TGO _____
61 AMILASAS _____ (VN x 1, 2, 3 etc. hasta 9)
62 SEDIM URINAR _____
63 SOMF _____
64 Hpy _____ (normal o negativo-0, alterado o positivo-1)
65 MIETODO Hpy _____ (Anticuerpos-1, UBTG-3-2, Ag MF-3, Biopsia gástrica-4)
66 PMF _____ (neg-0, GI-1, BH-2, AI-3, TI-4, Se-5, Urol-6, HI-7, Taenia-8, otros-9)
67 RX ABD _____ (normal-0, nivel-1, edema pared-2, estíbulos-3, fecaloma-4, desplazamientos-5, cpo extraño-6)
68 ECO-DIAG _____ (normal-0, hepatomeg-1, esplenomeg-2, adenomeg-3, litos-4, dilataciones-5, quistes-6, engrosamientos-7, ascitis-8, tumores-9)
69 INTERCONSULTAS _____ (no-0, Gastro-1, Neuro-2, Psiquiatría-3, Endoc-4, Toxic-5, Nutri-6)
70 ENDOSCOPIAS previas por DAR _____
71 ECO Al Vía Biliar _____ Campo Libre _____ (0 a 9)

Iguazu
2008

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Epidemiología

La frecuencia de este Motivo de Consulta ha sido calculada en alrededor de **10%** de las Consultas Pediátricas generales

Datos obtenidos en nuestro Servicio de Gastroenterología Pediátrica sobre 1000 registros lo mantienen firme en un **2º** lugar con **11,7%** siguiendo a **Constipación** con **18.5%**.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

En el mismo período en que se realizó este análisis ambiental cultura, pudimos observar que habíamos arribado los siguientes diagnósticos en pacientes con DAR

• Esofagitis endoscópica e histológica	4
• Gastritis crónica por Helicobacter pylori	3 9
• Gastritis crónica sin Helicobacter pylori	1 2
• Enfermedad Celíaca	3
• Constipación	1 2
• Litiasis biliar	8
• DAR x DAR	6 0

- **Hemos encontrado 77 causas de DAR /117 consultas (65,8%)**
- **Ignoramos que pudieron haber tenido 60 pacientes (34,2%).**

No tenemos Vesícula perezosa, Dispepsia no ulcerosa ni Colon irritable

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

CASO CLINICO 1 de PEDAMB.

Es una niña de 14 años segunda hija de un **padre vago** e inútil y una **madre histérica** "a punto de separarse" hace casi una década... Ella **presencio una pelea con gritos y cosas que volaron** , aunque no llegaron a la violencia física entre el hermano y el padre.

Esa tarde empieza con un fuerte **dolor en epigastrio** que obligo a consultar a la **guardia** de un sanatorio donde **queda internada**, se le hace goteo con **ranitidina** y la examina un **cirujano** que descarta patología quirúrgica, me llaman a mi (**médico de cabecera**) y no encuentro nada "orgánico" importante excepto el dolor que es muy fuerte, pero **la panza esta blanda, no adopta posición para calmar el dolor**.

Laboratorio NORMAL, Eco NORMAL y la examinan otros 2 médicos mas que le solicitan TAC, que da **NORMAL** y otro laboratorio donde los resultados son **NORMALES**. Esta **afebril**, con momentos sin dolores casi normal, pero me parece angustiada. **Los dolores se le calman con diazepam y puede dormir en la noche. La familia es un caos** con una gran presión de las tías, la abuela que quieren que se le pase el dolor. La ve un segundo cirujano y todos vamos concordando que no hay nada que justifique semejante dolor. El dolor se paso a periumbilical y a veces no especificado. **Deposiciones NORMALES**, apetito regular. La examino la psicóloga que la atendía y piensa que puede tratarse de una neurosis. Cuando le mencione que **podía irse a la casa** salto inmediatamente con un **¡NO!, que me puede volver a doler**. Se descarto abuso y ya lleva 1 semana internada. Sugerencias para realizar. No me quisiera pasar por alto nada.

Gracias. Sal Dan

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

CASO CLINICO 2. PEDAMB

Después de una semana de internación por Dolor Abdominal, donde seguro le han hecho Rx **directa de abdomen**, buen ecografista realizó buena **ecografía, examen ginecológico**, y conversó, hubo tiempo de tomar y recibir muestra de **urocultivo**, y tomar **parasitológico**, se hizo de urgencia el **goteo con ranitidina** para descartar supongo que una gastritis aguda etc , etc.

Realmente me parece que **lo mejor es que retome el colegio y se aleje de los médicos** y si es posible de sus padres como se decía en una época la parentectomía, estos son casos en los que somos realmente **IMPOTENTES**.

Hace muchos años, tuve un varón de 5 o 6 años internado en el Htal Alemán de BS AS , nos volvío locos, también **una semana o más con dolor abdominal** se le hizo de TODO, los padres se llevaban Mal, **una noche la mamá se fue y volvió 48hs después** muy feliz porque mientras nosotros y los médicos del Hospital, tratábamos de ver **si se hacia, o no, una laparoscopía, ella se hizo en el interín las LOLAS** para lo que ya tenía el turno....

Nunca se supo porqué tanto dolor salvo que ninguno de los dos padres tenía tiempo **MENTAL** para este chico en ese momento. **La mamá se casó luego con otro señor y hoy trae a mi consulta la niña que tiene con este nuevo marido, y el otro hizo otra familia, los dolores no se repitieron.**

Sil Ali U

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

En la hoja guia de DAR, (episodio que se repite tres veces en menos de tres meses y corta la actividad normal de niños entre 4 y 16 años) están en las preguntas “17”, “40” y “42”, que pueden mostrar claramente que un dolor abdominal agudo y recurrente puede ser por un factor emocional (mucho mas teniendo bien en cuenta todos los estudios normales).

Voy a poner tu relato en una diapositiva, (si me permites) guardando la privacidad, porque es muy ilustrativo. La encuesta tiene 70 preguntas con menu fijo de respuestas.

Solo Africa y Latinoamerica no tienen trabajo epidemiologicos del DAR.

Nostros estudiamos el DAR con la epidemiologia de
Paris, Ginebra, Londres, Cleveland, New York, Los Angeles.... GLUP

(17) **VIOLENCIA** Paterna: no toma-0 toma-1 grita-2 golpea-3
A QUIEN __ esposa-1 hijo-2

(40) **DESENCADENANTES** _ nada-0 comida-1 stres-2 viajes-3 examen-4

(42) **ESTRESANTES** _ separación-1 cambio escuela-2 mudanza-3 pelea amigos-4 duelo-5
nacimiento de hermanos-6 examen-7 competencias-8 parejas-9
ECR

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Finalizamos diciendo

cuetorua@netverk.com.ar



Tan inútil es hacer psicoterapia
a un pólipo gigante de colon
transverso con **DAR**

Como darle IBP a un **DAR** que
manifiesta (o esconde)
un serio conflicto psicológico



Servicio de Gastroenterología HSML de LP