

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE (DAR)

Dras. Fanny Breitman*, Liliana Czornyj**

CASO CLINICO

Un varón de 11 años consultó en nuestro hospital por dolor abdominal de 2 a 3 meses de evolución. Describía el dolor como casi diario, difuso o epigástrico, agudo, cólico, breve, presentándose varias veces por día. No interrumpía su actividad ni el sueño, no presentaba relación con la ingesta ni cambios en las deposiciones. Refería adormecimiento plantar izquierdo ocasional.

Antecedentes personales: hermano mayor de una serie de 3 tenía a su cargo el cuidado de los mismos mientras sus padres trabajaban. Era muy exigente con sus tareas escolares. Fuera de esto no había otros antecedentes significativos.

Antecedentes familiares: no eran relevantes.

Antecedentes mediambientales. No se detectó contacto con plomo.

El examen físico fue normal incluido examen anal para pesquisa de fístulas.

■ ¿Qué abordaje se propone frente a esta historia clínica?

La primera impresión fue que se trataba de un dolor abdominal recurrente psicógeno, dado elementos de su personalidad que pueden favorecer dolores de origen emocional. Sin embargo la edad de comienzo y dolor epigástrico tan fugaz no son típicos de este cuadro.

Se solicitaron exámenes complementarios para descartar algunas causas orgánicas frecuentes del síntoma.

Ellos fueron: hemograma completo para detectar anemia (indicativo de pérdida digestiva crónica o intoxicación plúmbica); velocidad de eritrosedimentación (ERS) como marcador poco específico pero sensible para orientarse hacia enfermedad inflamatoria intestinal; orina completa para pesquisa de patología infecciosa, estructural o metabólica de la vía urinaria; examen parasitológico de materia fecal particularmente para la búsqueda de Giardias, si bien el rescate es bajo; Rx de abdomen para verificar retención fecal sin síntomas de constipación manifiestos; Ecografía abdominal con abundante ingesta líquida para detección de estenosis leve pielocalicial con dilatación intermitente (síndrome de Dietl), cálculos, malformaciones renales, anormalidades pancreáticas o masas intrabdominales.

Simultáneamente se solicitó al paciente y su madre el registro a través de un calendario de la descripción detallada, minuciosa, de cada uno de los nuevos episodios en cuanto horarios, duración, localización, intensidad, síntomas previos, concomitantes y posteriores.

Los exámenes complementarios fueron normales.

El calendario realizado puntillosamente por el paciente y su madre reveló que las crisis aparecían 2- 3 veces por día, con dolor paroxístico, opresivo, intenso, durante 10-12 segundos. Se acompa-

* Coordinadora Sector Mediano Riesgo.

** Médica principal Servicio de Neurología.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

ñaba de parestesias en miembro inferior y brazo izquierdos y palidez. El niño podía predecir la aparición de las crisis con sensaciones "raras", difíciles de describir, en la cara y cuerpo y se le observaban cambios en la mirada. Durante la crisis tenía sensación de lo "ya visto". A continuación presentaba sueño que podía controlar parcialmente por su voluntad.

■ **¿Qué planteos diagnósticos se pueden proponer?**

Frente a un cuadro caracterizado, por paroxismos sensoriales, fugaces, acompañados de fenómenos neurológicos, precedido por síntomas compatibles con un aura y seguido de sueño se consideró como muy probable el origen epiléptico del cuadro (epilepsia parcial compleja temporal).

■ **¿Qué próximos pasos diagnósticos serían convenientes?**

En conjunto con la consulta neurológica se decidió realizar EEG con fotoestimulación, que mostró foco de espiga en zona temporal media derecha.

Se medicó con carbamazepina con buena respuesta inicial: desapareció el dolor y disminuyó la frecuencia de crisis.

■ **¿Pediría otros estudios?**

Dado el diagnóstico de epilepsia temporal se debe descartar que sea secundaria a un foco le-

sional. Para la pesquisa etiológica se efectuó TAC y RMN. La primera mostró una pequeña lesión hipodensa, sin realce post-contraste y sin efecto de masa en región hipocámpica derecha.

La RMN inicial también mostró lesión hipocámpica cortical (punta de lóbulo temporal) derecha de diámetro aproximado de 1 cm, de aspecto quístico, hipointensa en T1, hiperintensa en T2, sin efecto de masa.

■ **¿Cuál sería el seguimiento posible?**

Se realizó videoelectroencefalografía que documentó las crisis detalladamente manteniéndose el diagnóstico de epilepsia parcial compleja de origen temporal. El paciente se mantuvo tratado con anticonvulsivantes y en control con imágenes neuroradiológicas que no mostraban evolutividad. Tres años después del diagnóstico las crisis empeoraron sin respuesta al tratamiento.

■ **¿Cuál sería el tratamiento conveniente?**

Debido al emperoramiento y nueva TAC que mostraba área hipodensa con pequeños focos hemorrágicos y leve efecto de masa se planteó cirugía de la lesión. Previo estudio de la circulación cerebral vertebral y carotídea fue intervenido quirúrgicamente. Se halló una lesión quística en amígdala derecha. La anatomía patológica demostró que se trataba de una neurocisticercosis.

Luego de dos años de seguimiento post-quirúrgico no volvió a presentar nuevas crisis, manteniendo igual tratamiento anticonvulsivante.

DAR Y EPILEPSIA EN LA INFANCIA

El (DAR) es un cuadro muy frecuente en pediatría (lo padecen 10-15% de la población escolar definido como al menos 3 crisis de dolor intenso en los últimos 3 meses que habitualmente comprometen la actividad y períodos intercríticos libres de síntomas). Alrededor del 90-95% de los casos es de origen no orgánico (reactividad particular a tensiones emocionales o problemas psicológicos). Las crisis tienden a ser paroxísticas, periumbilicales, duran minutos u horas, no se relacionan con la ingesta y puede haber o no alteraciones en las deposiciones o malestar epigástrico. No se debe asumir que el dolor es de origen emocional solamente cuando la etiología orgánica no es evidente. La coexistencia del dolor y problemas personales no indican necesariamente la causalidad.

Los restantes diagnósticos diferenciales son alrededor de 100, por lo cual la anamnesis (en búsqueda de horario, secuencia, localización, irradiación, síntomas acompañantes) y el examen físico minuciosos son la mejor herramienta diagnóstica.

En una minoría de pacientes, en los que una patología abdominal fue excluida, una causa neurológica debe ser investigada. Entre las entidades secundarias a este origen se encuentran la migraña y la epilepsia abdominal (EA). De las dos entidades, la primera es la causa más frecuente de DAR. El dolor abdominal puede presentarse en la "forma clásica de migraña" o en la "migraña basilar". Esta última se caracteriza por episodios paroxísticos y transitorios de visión borrosa, vértigo, ataxia, disartria, acroparestesias, paresias bilaterales y una cefalea pulsátil occipital, algunas veces acompañada de vómitos. Generalmente existe una historia familiar de migraña y el EEG intercrítico es normal.

Mientras tanto, la EA es una entidad poco frecuente, caracterizada por episodios paroxísticos de dolor abdominal (con o sin alteración de la conciencia), anomalías electroencefalográficas y una buena respuesta terapéutica al uso de anticonvulsivantes. Se trata de una epilepsia parcial o focal y el lóbulo temporal es el sitio de origen más probable del episodio.

La fisiopatología de la EA primaria aún no se conoce. Las formas secundarias se deben a masas ocupantes cerebrales en la zona temporal: tumores, malformaciones de la corteza cerebral como la polimicrogiria perisilviana o lesiones de causa infecciosa. Entre estas últimas, la cisticercosis es considerada la causa más frecuente de convulsiones parciales en adultos de países en desarrollo.

Tanto la EA como la migraña basilar pueden presentar vómitos. En este caso, una EP131-0 tipo Panayiotopoulos debe ser considerada. Vómitos y desviación ictal de los ojos, generalmente interrumpiendo el sueño, y espigas occipitales, caracterizan este síndrome. La edad de comienzo se encuentra alrededor de los 5 años.

En el caso de la EA, dos elementos son esenciales para un buen diagnóstico: el EEG y los estudios por imágenes: TC y RMN. Los pacientes con EA usualmente tienen descargas epilépticas en el EEG, particularmente en el lóbulo temporal, mientras que los pacientes con migraña tienen EEGs normales o presentan alteraciones inespecíficas. En cuanto a la TC y la RMN, éstas definirán los casos de EA secundarios a lesiones cerebrales y determinarán la necesidad o no de cirugía, tratamiento definitivo de muchos de estos pacientes que llegan a desarrollar una epilepsia refractaria al tratamiento anticonvulsivante. En estos niños, generalmente se ha invertido un largo tiempo en la búsqueda de la causa abdominal de su problema y en algunos se pensó en un DAR de tipo psicológico, ante la falta de un estudio positivo que aclare el origen orgánico del cuadro.

LECTURA RECOMENDADA

- Lanzi G, Balottiu U, Ottolini A, et al. Cyclic vomiting and recurrent abdominal pain as migraine or epileptic equivalents. *Cephalalgia* 1983; 3: 115-118.
- Franzone R., Lopes C., Schrnitzler K., Morais M. and Guerreiro M.: Recurrent abdominal pain. When an epileptic seizure should be suspected? *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*.
- Singhi P, Kaur S. Abdominal epilepsy misdiagnosed as psychogenic pain. *Postgrad Med J* 1988; 4: 281-282.
- Henkei A, Noachtar S, Pfander M, Luders HO. The localizing value of the abdominal aura and its evolution: a study in focal epilepsies. *Neurology* 2002; 58: 271-276.
- Garcia-Herrero O, Fernandez-Torre JL, Barrasa J, Calleja J, Pascual J. Abdominal epilepsy in an adolescent with bilateral perisylvian polymicrogyria. *Epilepsia*, 1998; 39: 1370-1374.
- Garcia H, Pretell J, Gilman R, Martínez M., Moulton L., Del Brutto O., Herrera G., Evans C., González A. A trial of antiparasitic treatment to reduce the rate of seizures due to cerebral cisticercosis. *N Engl J Med*, 2004; 350: 249-58.
- Caraballo R, Cersósimo R, Medina C, Fejerman N.: Panayiotopoulos-type benign childhood occipital epilepsy: a prospective study. *Neurology* 2000; 55: 1096-1100
- Kenny P. Dolor abdominal funcional en niños. *Arch Argent Pediatr* 1998; 98: 334-343.
- Hyams JS, Burke G, Davis P et al.: Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community-based study. *Pediatr* 1996; 129: 220-226.
- Eduardo Chávez C. Dolor abdominal recurrente (DAR) funcional. *Rev. Chil. Pediatr* 1999; 70 (5):433-434.