



11237  
2es  
114

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

División de Estudios Superiores  
Hospital General Centro Médico  
"La Raza I.M.S.S.

**Curso de Especialización en Pediatría Médica**

**CAUSAS MAS FRECUENTES DE DOLOR ABDOMINAL  
RECURRENTE DEL ADOLESCENTE, EN EL SERVICIO  
DE PEDIATRIA MEDICA ADOLESCENTES, HOSPITAL  
GENERAL CENTRO MEDICO "LA RAZA". REPORTE  
PRÉLIMINAR**

**TESIS RECEPCIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

P R E S E N T A:  
MARTHA LIDIA MONTOYA HERNANDEZ



**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

MEXICO, D. F.

1985

**FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Título	1
Introducción	2
Antecedentes científicos	3
Objetivo	7
Planteamiento del problema	8
Programa de trabajo	9
Material / Métodos	10
Resultados	11
Comentarios	18
Conclusiones	21
Referencias Bibliográficas	22

**TITULO:**

**Causas más frecuentes de dolor abdominal recurrente del adolescente,  
en el Servicio de Pediatría Médica Adolescentes, Hospital General,  
Centro Médico "La Raza". Reporte Preliminar.**

## INTRODUCCION.

El dolor, es un síntoma muy desagradable, al que cotidianamente se enfrenta el médico, con el propósito de conocer su génesis y ayudar al paciente.

Es muy difícil definirlo, pues a pesar de su importancia y frecuencia, poco se sabe de su naturaleza.., además, no es una sensación pura... para expresarlo, dependen mucho las características individuales de cada paciente.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, lo ha definido como: ---  
"el dolor es una experiencia desagradable sensorial y emocional asociada a un daño tisular real o potencial, o descrito como tal daño".

Clínicamente, el dolor tiene un componente sensorial determinado neurofisiológicamente que da aviso de lo que ocurre. Otro perceptual, basado en la experiencia, en el cual va implícito: afectividad, sexo, cultura, personalidad, experiencias anteriores con el dolor y significado del dolor.

Existen diversas clasificaciones para el dolor, como la basada en su cronicidad. De esta manera, se habla de dolor agudo, como una respuesta inmediata a daño tisular y su función es localizar, la atención sobre el sitio. El crónico, referido a mayor tiempo de presentación, que se define en el niño como: dolor recurrente. El dolor abdominal, es el más frecuente.

El dolor visceral, produce depresión, irritada e inactividad. Frecuentemente se acompaña de náuseas y vómitos, que tienden a dejar en reposo el aparato gastrointestinal.

En edad pediátrica, la reacción al dolor recurrente depende, del estado de desarrollo cognoscitivo, social y emocional.

En adolescentes, la depresión, una conducta de oposición y la introversión, son hallazgos frecuentes, para causar dolor abdominal recurrente. (1)

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

- Desde final del siglo pasado, se tiene conocimiento de estudios clínico-quirúrgicos, - sobre dolor, proveniente del abdomen.
- 1888: Ross, describió un dolor esplácnico ó visceral, que suponía se sentía, en la región - general del órgano estimulado y otro somático ó parietal, referido en la pared abdominal.
- 1893: Head, diseñó un mapa sistémico, de áreas de hiperalgesia cutánea, correspondientes a la localización del dolor referido, en enfermedades de diversas vísceras.
- Mackenzie, creó la teoría del reflejo viscerosensitivo.
- 1901: Lennander, observó dolor, al estimular el mesenterio.
- 1911: Hertz, descubrió con aumento de tensión, dolor, en las terminaciones nerviosas existentes en la pared del intestino.
- 1928: Morey, explicó dolor referido, cuando la inflamación visceral alcanzaba al peritoneo parietal cercano a la víscera enferma.
- 1931: Pollard y Bloomfield, así como Jones en 1938, observaron que la distensión produce dolor visceral.
- 1939: Kellgren, señaló dolor referido de estructuras somáticas que sigue un patrón segmentario.
- 1942: Lewis, señaló dos tipos de dolor: de la piel y de estructuras profundas.
- 1948: Wolf y Wolf, apuntaron que el dolor visceral, puede ser referido segmentariamente al - igual que el dolor profundo.
- 1965: Melzak y Wall, sugirieron, que el dolor se aprecia cuando la suma total de todos los impulsos aferentes, excede de un nivel pre-establ ecido.

### Bases anatómicas del dolor abdominal.

Las vísceras gastrointestinales, se desarrollan originalmente en la línea media y tienen una inervación bilateral; por ello, el dolor visceral es interpretado como procedente de la línea media y no de la posición de la víscera.

El dolor de intestino anterior se siente en epigastrio; el de intestino medio, en la región umbilical y en hipogastrio, si procede de intestino posterior proximal.

Los nervios espinales que envían fibras dolorosas a las vísceras, tienen otras ramas que llevan fibras sensitivas y su patrón de distribución, da una explicación anatómica de los fenómenos de dolor referido, defensa muscular, hiperalgesia e hiperestesia.

### Neurología del dolor abdominal.

En la piel y vísceras, se encuentran receptores que responden a estímulos nocivos. Los nociceptores amielínicos de alta umbral al estimularse, transmiten mensajes dolorosos al sistema nervioso central. Están conectados con la médula espinal por dos tipos de fibras nerviosas aferentes A delta (clase 1) y C (clase 4). Otros tipos de fibras aferentes son A alfa, beta, gamma y B, que tienen mayor velocidad de conducción, activadas por los mecánicos y termorreceptores.

Las fibras A delta y C, entran en la médula espinal a través del asta posterior, la cual está dividida en seis subdivisiones o láminas y el mensaje se transmite a la corteza cerebral, - por el sistema espino-talámico. Este sistema, está formado por el haz neo-espinotalámico que conduce información aguda del dolor y bien localizada, así como por el paleoespinotalámico.

El haz neo-espinotalámico comienza en el asta posterior y asciende por la sustancia blanca lateral de la médula, hasta el tálamo ventrolateral y posterior; desde el tálamo las proyecciones nerviosas terminan en las áreas somatosensoriales primarias.

El haz paleoespinotalámico transmite dolor lento y poco localizado (existe la hipótesis de su relación emocional de la experiencia dolorosa). Sale del asta posterior y se proyecta en la sustancia reticular, hipotálamo, núcleos medial e interlaminal del tálamo y en el sistema límbico.

## Fisiología del dolor.

Hace varios años, se observó, por estimulación cutánea, dos tipos de dolor; uno, intenso, brusco y bien localizado; otro, sordo, vago y poco localizado. Varios autores emitieron teorías para explicar características. En época reciente, se ha explicado el dolor brusco, - el que es rápidamente transportado por fibras A delta grandes (1-4 micras de diámetro) ampliamente mielinizadas que conducen impulsos a una velocidad de 5-15 m/seg y el dolor sordo como el conducido por fibras C más pequeñas (0.5 micras de diámetro), no mielinizadas ó escasamente mielinizadas, que llevan impulsos a una velocidad de 0.5-2 m/seg. Asimismo se ha interpretado, que el dolor brusco se debe a una estimulación mecánica y el dolor lento y prolongado a estimulación química de receptores.

## Neuroquímica de la transmisión del dolor.

Se ha establecido que ciertas sustancias, participan en la transmisión del dolor y funcionan como neurotransmisoras, transmitiendo señales a través de la sinapsis ó neuromoduladoras que alteran la actividad neuronal como son monoaminas (dopamina, norepinefrina y serotonina), la sustancia P y los opioides endógenos (endorfinas y encefalinas).

El dolor visceral, es sordo, mal localizado y por lo general difícil de explicar por parte del paciente, con tendencia a producir inactividad y sensación de estimulación nociva en el interior del organismo. (1-2)

En niños, el dolor abdominal es una patología común, como episodios transitorios de etiología variable, temporal ó severa, en el 10% de la población pediátrica, con padecimiento de origen desconocido (3).

Diversos autores, hacen referencia del estudio de Apley, en 1975, en niños de 3 a 15 años, y que introdujo el término de "síndrome de dolor abdominal recurrente en niños", cuando se presentaban tres episodios de dolor, durante 3 ó más meses (3-5). Otros autores, se refieren al problema, con el nombre de "síndrome de colon irritable en niños" (3-4).



Existen múltiples criterios, en lo que se refiere a etiología. Como se menciona de Apley que señala, el dolor abdominal generalmente resulta por ansiedad; debido a trastornos de la personalidad, problemas familiares ó escolares, que puede originar cuadros conversivos y repercutir en la conducta, actividad física ó aprendizaje. Se reporta dolor abdominal, asociado a diagnósticos psiquiátricos, entre ellos, depresión. (3-9)

En ocasiones, el dolor es de origen dietético, por alergia a determinados alimentos ó intolerancia a la lactosa, sucediéndose postprandial, después de fiestas, fines de semana ó en determinadas estaciones del año. En este caso, se puede presentar diarrea y distensión abdominal. Los síntomas ceden al excluir, alérgenos ó lactosa de la dieta (10-16).

Otras veces, sólo se habla de disfunción gastrointestinal, como sucede, en caso de exceso de gas intestinal ó dolor abdominal de predominio nocturno. (18-19)

No obstante, el clínico, debe descartar la existencia de patología orgánica, tomando en cuenta varios factores como edad, región geográfica y presencia de síntomas asociados.

Wood y cols. reportaron 20% de enfermedad orgánica, en un estudio sobre dolor abdominal; en contraste, Gadiyar, en la India, informa de 62% de enfermedades orgánicas, que ocasionan dolor abdominal (3), principalmente gastrointestinales y genitourinarias (4,5,19).

Se reporta mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino. Apley y Naish, de 1000 pacientes estudiados, refieren 12% niñas y 10% niños. Pringle y cols. estudiaron 11 000 niños determinando 15.7% niñas y 14% niños. Oster, de 18 162 niños observados durante 8 años, obtuvieron el 16.7% en niñas y 12.1% niños (3). Pulian y cols. de 181 niños admitidos en 4 años, 44% fueron niños y 56% niñas (20). Turner y cols. así como Waldery y Gallere, señalaron que no hay diferencia en cuanto a sexo, en sus pacientes que desarrollaron dolor abdominal (4).

La edad de presentación es variable, sobre 2 y 13 años. Walker y Gallere, encontraron un gran número que inicia en la adolescencia. (3-5)

Puede ser muy difícil, al principio de un episodio de dolor abdominal, hacer diagnóstico exacto. Por ello, en el estudio inicial, es importante la cooperación del paciente y colaboración familiar, para información detallada de las características del dolor. Primero, se debe interrogar sobre duración del dolor, frecuencia, duración, localización y patrón de irradiación. Se estipula, la localización del dolor abdominal, por lo regular indeterminada, aunque la mayoría, lo refiere en la región central (periumbilical) y cuya duración, puede ser de algunos minutos, hasta 2 ó 3 días, sin que exista un patrón determinado en la frecuencia de los episodios de dolor. Con respecto a tipo de dolor, hay variabilidad, comunmente descrito como espasmódico, e intermitente, leve ó severo ó bien continuo. Los síntomas asociados frecuentemente: náuseas, vómitos, cefalea, palidez, anorexia, diarrea, fiebre, constipación.(3,5,10,21)

Principales causas de dolor abdominal en adolescentes, se tiene, como primordiales a la infecciones, en el tracto gastrointestinal y genitourinario, con agentes causales bacterianos, virales ó algunos parásitos: apendicitis, gastroenteritis (aguda ó crónica), hepatitis, adenitis mesentérica, infección de vías urinarias, vulvovaginitis(20,21, 23,24).

Otras causas sistémicas como alergias, cetoacidosis diabética, discracias sanguíneas, epilepsia abdominal, tirotoxicosis (25-28). Cuadros ginecológicos como quiste de ovario, dismenorrea, enfermedad pélvica inflamatoria, así como patologías menos comunes como tumores (27), discitis (29), osteomielitis (30).

## OBJETIVO.

Determinar las principales causas de dolor abdominal recurrente, en adolescentes, que asisten a consulta, en el Hospital General, Centro Médico "La Raza".

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En vista del alto número de pacientes, que se atiende en el servicio de adolescentes, tanto a nivel de consulta, como de hospitalización, con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y dada la ausencia de un estudio reciente en nuestro medio acerca de la etiología de este problema, - consideramos necesario realizar el presente trabajo, para conocer las causas más comunes y ofrecer una mejor atención a nuestros pacientes, con este problema.

## PROGRAMA DE TRABAJO.

### - Criterio de inclusión:

Todo paciente de 12 a 16 años, ya conocido ó de diagnóstico reciente, como portador de síndrome doloroso abdominal recurrente, atendido en urgencias pediátricas, en la consulta externa ó bien hospitalización.

### - Criterio de no inclusión:

Pacientes adolescentes con dolor abdominal recurrente que remitió espontáneamente.

### - Criterio de exclusión:

Pacientes adolescentes que ingresaron con dolor abdominal recurrente y que el tratamiento fue quirúrgico.

## MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron todos los pacientes de 12 a 16 años, con dolor abdominal recurrente inicialmente, realizando historia clínica detallada y los siguientes exámenes:

- Biometría hemática completa.
- Pruebas de coagulación.
- Examen general de orina.
- Examen coproparasitológico seriado (tres muestras).
- Radiografía simple de abdomen.

que determinaron una primera fase de estudio. Luego, previo análisis específico de cada caso en particular, se agregaron otros estudios como:

- Química sanguínea.
- transaminasas (TGO, TGP), deshidrogenasa láctica.
- amilasa
- coprocultivo, urocultivo
- Ultrasonografía abdominal.

## RESULTADOS.

Se estudiaron 55 pacientes, en hospitalización y en la consulta externa del Servicio de Pediatría Médica Adolescentes. Del total, resultan 44 pacientes femeninos (80%) y 11 masculinos (20%).

Las edades oscilaron entre 12 y 16 años.

La clasificación por grupos de edad y sexo, se presenta a continuación:

Edad	femenino	masculino	total	porcentaje
12 años	8	2	10	18.1 %
13 años	10	2	12	21.8%
14 años	13	3	16	29.0 %
15 años	9	4	13	23.6 %
16 años	4	0	4	7.2 %

Ver gráfica No. 1

### - Tipo de dolor.

Predomina el dolor cólico, en 35 casos (63.3%), luego el ardoroso en 5 casos(9%), -- el pungitivo en 3 casos (5.4%), así como 1 caso de dolor urente y otro caso de opresivo referido, que corresponde a 1.8%. Diez pacientes no determinaron con exactitud, el tipo de dolor que presentaban, por ello, se catalogó como: "no definido", que equivale a 18.1%, del total de pacientes incluidos. (gráfica No. 2).

### - Localización del dolor abdominal recurrente.

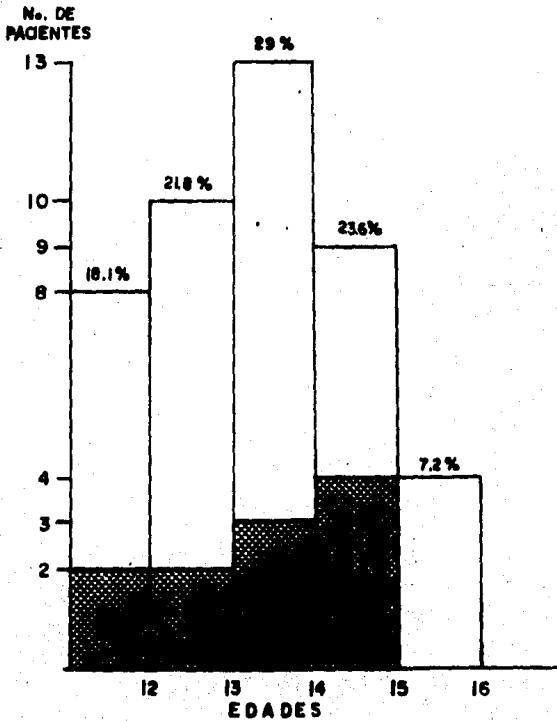
A continuación, se enumeran los sitios de dolor, encontrados como más frecuentes.

Con mayor porcentaje, epigastrio y en forma difusa abdominal.

(Se expresan datos en gráfica 3)

GRAFICA - 1

FRECUENCIA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE  
EN ADOLESCENTES DE ACUERDO A  
EDAD Y SEXO  
(H. G. C. M. R.)

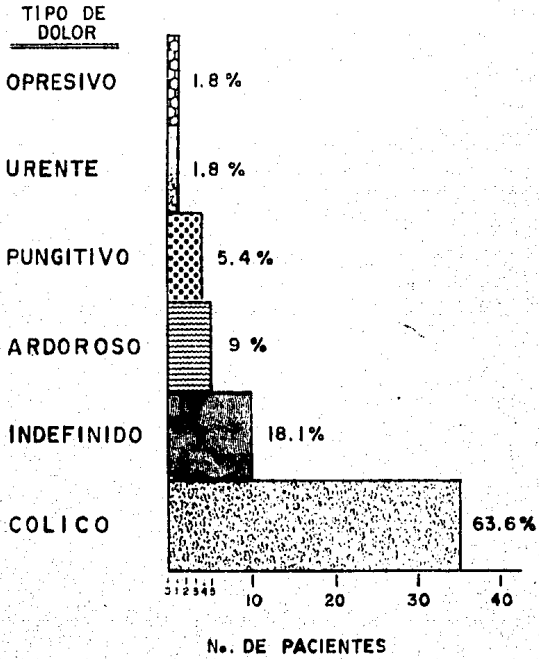


□ FEMENINO  
▒ MASCULINO

GRAFICA — 2

TIPO DE DOLOR EN PACIENTES ADOLESCENTES  
CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

( H. G. C. M. R. )



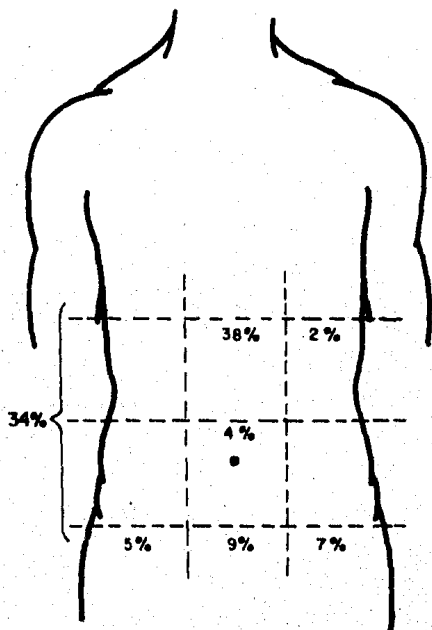


Sitio	Número de casos	Porcentaje
1.- epigastrio	21	38 %
2.- difuso	19	34 %
3.- hipogastrio	5	9 %
4.- fosa ilíaca izquierda	4	7 %
5.- fosa ilíaca derecha	3	5 %
6.- mesogastrio	2	4 %
7.- hipocondrio izquierdo	1	2 %

Los síntomas acompañantes del dolor abdominal recurrente, resultan variados en cada caso; se mencionan en forma general, conforme fueron referidos, en su mayor incidencia.

vómitos . . . . .	21 casos
fiebre . . . . .	7 casos
diarrea . . . . .	7 casos
disuria . . . . .	7 casos
náuseas . . . . .	6 casos
cefalea . . . . .	5 casos
leucorrea . . . . .	4 casos
distensión abdominal . . . . .	3 casos
anorexia . . . . .	2 casos
estreñimiento . . . . .	2 casos
ataque al estado general . . . . .	1 caso
lipotimia . . . . .	1 caso
flatulencia . . . . .	1 caso
hiperestesia cutánea . . . . .	1 caso
pujo . . . . .	1 caso
dismenorrea . . . . .	1 caso

GRAFICA - 3  
**LOCALIZACION ENCONTRADA DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE  
 EN LOS ADOLESCENTES**  
 ( H. G. C. M. R )



EPIGASTRIO	38%
DIFUSO	34%
HIPOGASTRIO	9%
FOSA ILIACA IZQ	7%
FOSA ILIACA DER.	5%
MESOGASTRIO	4%
HIPOCONDRIO IZQ.	2%

Los casos más frecuentes de dolor abdominal recurrente, detectados en el Servicio de Pediatría Médica Adolescentes, determinadas en 55 pacientes, se presentan enseguida:

Diagnóstico	Número de casos	Porcentaje
Etiología probablemente psicógena	7	12.7 %
Infección de Vías Urinarias	6	10.9 %
Fiebre Tifoidea	4	7.2 %
Giardiasis	4	7.2 %
Gastritis	3	5.4 %
Amibiasis	1	1.8 %
Ascariasis	1	1.8 %
Colon irritable	1	1.8 %
Quiste de ovario	1	1.8 %
Migraña abdominal	1	1.8 %
Pancreatitis	1	1.8 %
Tb renal	1	1.8 %
Litiasis ureteral	1	1.8 %
Duodenitis prob. sec. a úlcera péptica	1	1.8 %
Hernia hiatal	1	1.8 %
Cistitis	1	1.8 %
Diagnóstico sindromático	20	36.3 %

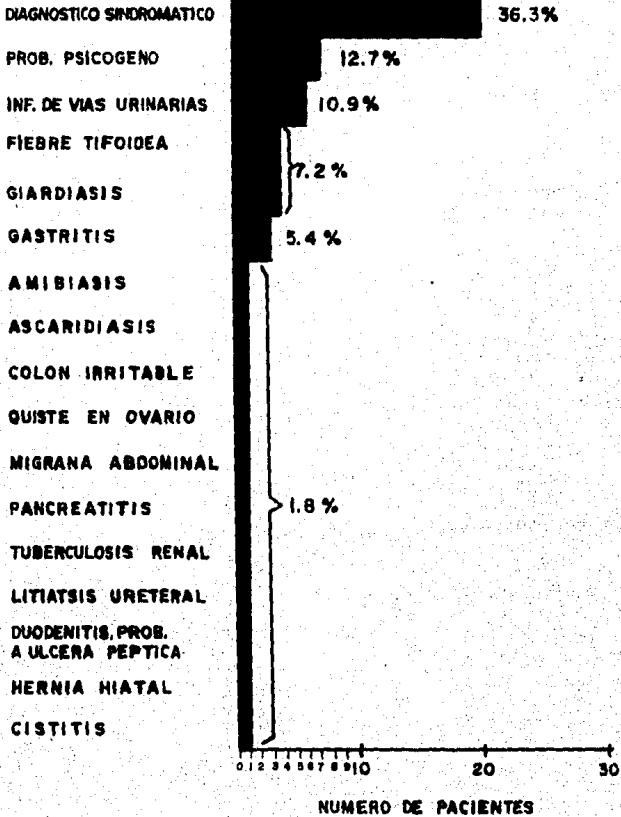
Gráfica No. 4

GRAFICA - 4

CAUSAS MAS FRECUENTES DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE  
DEL ADOLESCENTE

SERVICIO PEDIATRIA MEDICA ADOLESCENTES  
(H. G C. M. R.)

DIAGNOSTICO



## COMENTARIOS.

Inicialmente, para determinar si los pacientes que consultaban el servicio de Urgencias Pediátricas y el de Pediatría Médica Adolescentes, eran portadores de síndrome doloroso abdominal recurrente, se tomó como referencia, el criterio establecido por Apley y cols. en 1975 y se incluyó únicamente, los adolescentes, que durante tres meses o más, anteriormente, habían presentado un mínimo de tres episodios de dolor abdominal, similares al observado a su ingreso.

Comparativamente, los resultados obtenidos en el presente trabajo, son similares al que reporta en la literatura, Apley, Naish, Pringle, Oster y Pullan, con respecto a mayor incidencia del sexo femenino, en padecer dolor abdominal recurrente, ya que en nuestro medio, de los 55 pacientes estudiados, 44 fueron del sexo femenino, lo que corresponde al 80% y sólo 11 pacientes del sexo masculino, equivalente al 20%, que en términos generales sería una proporción 4:1.

El interrogatorio detallado con el paciente y familiares, hizo posible determinar el tipo de dolor más frecuente, ya que los estudios anteriores sólo aluden "variabilidad", sin determinar patrón de mayor presentación. De los 55 pacientes, hay predominio de dolor cólico en 35, que es el 63.5%, seguido del tipo ardoroso en 5 pacientes, ó sea 9% y en 3 pacientes pungitivo que significa el 5.4%. Únicamente dolor urente y opresivo en un paciente respectivamente, que corresponde a 1.8%.

Totalmente de acuerdo con otros autores, de que en ocasiones resulta difícil para el paciente describir con exactitud, el tipo de dolor que padece, por lo que se catalogó como dolor "no definido" en 10 pacientes (18.1%), cuando no se determinó en forma clara las características del mismo.

A diferencia de lo establecido, sobre una mayoría de pacientes con dolor abdominal a nivel central (periumbilical), la localización más común, se encuentra a nivel de epigastrio, en 21 pacientes (38%), así como en forma difusa en 19 casos (34%) y sólo dos pacientes lo refieren en mesogastrio (4%). Otros sitios son, hipogastrio en 5 casos (9%), fosa ilíaca izquierda - 4 casos (7%), fosa ilíaca derecha 3 casos (5%) y en hipocondrio izquierdo, un caso (2%).

# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Los síntomas asociados al dolor abdominal recurrente son variados y se presentan uno ó varios de ellos, en cada caso, dependiendo del diagnóstico. Los principales son: vómitos (21 casos), fiebre, diarrea, disuria (cada uno en 7 casos), náuseas (6 casos) y cefalea (5 casos), que para este estudio, se relacionan con la patología gastrointestinal y genitourinaria encontrada (como fiebre tifoidea, giardiasis, amebiasis, ascaridiasis e infección de vías urinarias) dentro del grupo de enfermedades orgánicas, causales de dolor abdominal recurrente.

Conforme el protocolo de estudio realizado, se establecen las principales causas de dolor abdominal recurrente en adolescentes y su variedad se determina de acuerdo a los hallazgos clínicos, resultados de exámenes de laboratorio y gabinete.

Siete casos, se presentan como etiología probablemente psicógena; el dolor abdominal, en tiempo de presentación, cumple el criterio para catalogarlo como recurrente, son precisos los datos del tipo, localización y síntomas específicos, sin embargo, exámenes de laboratorio como biometría hemática, pruebas de coagulación, examen general de orina, coproparasitoscópico, así como análisis enzimáticos son normales, incluyendo los radiográficos (en todos, una placa simple de abdomen, en una urografía excretora y en otro, realización de serie esofagogastroduodenal) y de ultrasonografía abdominal; pero llama la atención, la presencia de algunos rasgos de personalidad y conducta peculiares, conflictos emocionales de adaptación a la adolescencia, adversidad en el medio familiar ó problemas escolares, que integrados con entrevistas realizadas en el servicio de Higiene Mental, se concluye, la génesis prob. psicológica.

Lo anterior se apoya, en lo expresado por Apley y cols., que generalmente el dolor abdominal resulta por ansiedad.

Se clasifica como infección de vías urinarias a 6 pacientes, con signos y síntomas clínicos característicos, alteración en el examen general de orina, como leucocituria y remisión del dolor abdominal recurrente posterior a tratamiento específico para vías urinarias.

En los 4 pacientes con fiebre tifoidea, el cuadro clínico es clásico y se aisló *Salmonella typhi* en todos los hemocultivos.

Se observa giardia, en los exámenes coproparasitológicos de cuatro pacientes.

En tres pacientes se diagnostica gastritis. Las crisis de dolor se desencadenan posterior a ingesta de comida condimentada o rica en irritantes. En uno de estos pacientes, hay tratamiento medicamentoso, por enfermedad sistémica diferente. En otro, existe el reporte de una serie esofagogastrodudenal con engrosamiento de los pliegues gástricos.

Es importante en nuestro medio la realización de coproparasitológico seriado, para patologías como amibiasis y ascariidiasis, dada su frecuencia.

Por el método de ultrasonografía pélvica, se diagnosticó quiste de ovario, en una adolescente con dismenorrea y varias hospitalizaciones anteriores.

Las demás patologías, como migraña abdominal, pancreatitis, Tb renal, litiasis ureteral, duodenitis, hernia hiatal y cistitis, se refieren en pacientes crónicos y para su estudio fue necesario exámenes de lab. como Baar en orina, enzimas, y otros como electroencefalografía, y se siguen estudiando en la consulta externa.

Finalmente, en 20 pacientes, no se determinó etiología específica del dolor, pues no hay ninguna característica psicológica y los exámenes como biometría hemática, examen general de orina, coproparasitológicos, amiba en fresco y mozo fecal, son negativos.

Se cuentan entre los pacientes, que se revisan periódicamente en la consulta externa.

## CONCLUSIONES.

- 1.- Se comprueba la prevalencia del sexo femenino, del total de pacientes, que consultan por dolor abdominal recurrente al servicio de Pediatría Médica Adolescentes (H.G.C.M.R.), lo que reafirma lo reportado sobre el tema, en otros lugares del mundo, por varios autores.
- 2.- La edad de presentación, con mayor porcentaje, fue de 14 años, en este estudio de la etapa adolescente.
- 3.- El tipo de dolor que predomina es el cólico y en la localización, el sitio más frecuente referido el epigastrio.
- 4.- Los principales síntomas asociados a dolor abdominal recurrente son: vómitos, fiebre, diarrea, disuria, náuseas, cefalea, que acompañan patología a nivel gastrointestinal y genitourinario.
- 5.- En nuestro medio, la etiología de origen orgánico, comparada con la de probable origen psicógeno, tiene mayor porcentaje. El diagnóstico sindromático, es elevado posiblemente porque se deben emplear por fases de estudios, otros exámenes de laboratorio y gabinete y seguir a largo plazo, la observación de estos pacientes.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Schechter NL: Dolor recurrente en los niños: Revisión y acercamiento. Clin Ped. Nort.- 1984; 5: 949-968
- 2.- Currie DJ: Dolor Abdominal Ed Dayma 1982.
- 3 - Galler JR, Neustein S, Walker WA: Clinical aspects of recurrent abdominal pain in children. Adv Pediatr 1980; 27: 31-53.
- 4.- Turner RM: Recurrent abdominal pain in childhood J R Coll Gen Pract 1978;28:729-734.
- 5 - Valman HB: Recurrent abdominal pain. Br Med J 1981; 282(6280): 1949-1951 .
- 6 - Ed : Recurrent abdominal pain in childhood. Br Med J 1980; 280 (6222): 1096-1097.
- 7.- Astrada CA, Licamelo WL, Walsh TL, Kessler ES: Recurrent abdominal pain in children and associated DSM-III diagnoses. Am J Psych 1981; 138 (5): 687-688.
- 8 - Mc Grath PJ, Goddman JT, Firestone P, Shipman R, Peters S: Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? Arch Dis Child 1983; 58: 888-890.
- 9.- Coulthard M: Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? (letter) Arch Dis Child 1984; 59 (2): 189-190.
- 10.- Rapp DJ: Abdominal pain. (letter) Am J Dis Child 1980; 134: 998.
- 11.- Porro GB, Petrilla M, Parente F, Sangaletti O, Vedova GD: Recurrent abdominal pain and lactose intolerance. (letter). Br Med J 1981; 283: 501 .
- 12 - Dearlove J, Dearlove B: Dietary lactose and the child with abdominal pain. Br Med J -- 1983; 286: 1936
- 13.- Wald A, Chandra R, Fisher SE, Gartner JC, Zitelli B: Lactose mal absorption in recurrent abdominal pain of childhood. J Ped 1982; 100: 65-68.
- 14.- Bhan MK, Anra NK, Gahi CP, Dhamija NK, Nayyar S, Fotedar A: Lactose milk intolerance in recurrent abdominal pain of childhood. Indian J Ped 1982; 49 (397): 199-202.

- 15 - Blumenthal I, Kellcher J, Littlewood JM: Recurrent abdominal pain and lactose intolerance in childhood. Br Med J 1981; 282: 2013-2014.
- 16 - Christensen MF: Prevalence of lactose intolerance in children with recurrent abdominal pain. (letter) Pediatrics 1980; 65(3): 681-682.
- 17 - Levitt MD: Role of gas in functional abdominal pain. Soth Med J 1984; 77(8):962-964.
- 18 - Lawson MJ, Grant AK, Paull A, Read TR: Significance of nocturnal abdominal pain: a prospective study. Br Med J 1980; 280 (6227): 1302.
- 19 - Nutting SA, Murphy F, Inglis FG: Abdominal pain due to enterobius vermicularis. Con J Surg 1980; 23(3); 286-287.
- 20 - Pullan CR, Halse PC, Sims DG, Alexander FW, Gardener PS, Good AA: Viruses and acute abdominal pain in childhood. Arch Dis Child 1979; 54: 780-782.
- 21 - Valman HB: Acute abdominal pain. Br Med J (Clin Mes) 1981; 282(6279): 1858-1860.
- 22 - Davidson GP, Robb TA, Kirubakaran ChP: Bacterial contamination of the small intestine as important cause of chronic diarrhea and abdominal pain; diagnosis by breath hydrogen test. Pediatrics 1984; 74(2): 229-235.
- 23 - Pai CH, Gillis F, Marks MI: Infection due to Yersenia enterocolitica in children with abdominal pain. J Infect Dis 1982; 146(5): 705.
- 24 - Clair J, Durtz JB: Chlamydia trachomatis and upper abdominal pain. (letter). Lancet 1983; 5: 1044-1045.
- 25 - Glasier CM, Siegel MJ, Mc Alister WH, Shackelford GD: Henoch Schonlein syndrome in children: gastrointestinal manifestations. AJR 1981; 136: 1081-1085.
- 26 - Zarling EJ: Abdominal epilepsy: an unusual cause of recurrent abdominal pain. Am J Gastroenterol 1984; 79 (9): 687-688.
- 27 - Buck EB, Bodensteiner J: Thoracic Card Tumor Appearing as recurrent abdominal pain. Am J Dis Child 1981; 135: 574-575.

- 28.- Snyder SM, Rushin P: Thyrotoxicosis and abdominal pain. Jama 1981; 246(4): 330.
- 29.- Leahy AL, Fogarty EE, Fitzgerald RJ, Regan BF: Discitis as a cause of abdominal pain in children. Surgery 1984; 95 (4): 412-414.
- 30.- Landy MD, Kotz JF: Osteomyelitis of the ilium: presentation as an abdominal syndrome . (letter). J Ncl Med 1982; 23 (12): 1144-1145.