

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

DEFINICION

Ahora denominado: Dolor Abdominal Funcional, para distinguir el diagnóstico de causas anatómicas, infecciosas, inflamatorias, o metabólicas de dolor abdominal. La definición de dolor abdominal funcional crónico según el criterio de Roma 2, corresponde a aquellos pacientes entre 4 a 18 años que tienen dolor abdominal continuo, o casi continuo, durante seis meses, por lo menos, sin relación con episodios fisiológicos, comidas ni defecación, a diferencia del síndrome de intestino irritable y la dispepsia. También hay pérdida de la capacidad funcional diaria, que se traduce en inasistencia laboral o escolar, y no pueden realizar sus actividades normales.^{1,2,3}

HISTORIA

El dolor abdominal recurrente del niño fue descrito por Apley en 1958 como tres episodios ó más de dolor, lo suficientemente severos para afectar las actividades del niño durante un período de cuando menos 3 meses durante un año, mas entre 5 y 12 años.

El Consenso Mutinacional Roma II consideró dolor abdominal recurrente un diagnóstico vago é inadecuado porque hace 40 años, Apley no anticipó el concepto de síntomas funcionales ni los avances diagnósticos de los últimos 30 años. Y el reconocimiento de hiperalgesia visceral por cambios bioquímicos en las neuronas aferentes del sistema nervioso entérico y central.^{4,6}

Han pasado más de 40 años de la primera descripción y sus observaciones siguen vigentes en los Manuales de Pediatría y Gastroenterología infantil. La definición descrita por Apley ha sido aceptada unánimemente para la orientación del dolor abdominal. "Dolor abdominal recurrente" es solo un termino descriptivo que, sin embargo, se utiliza como sinónimo de dolor de etiología organica; por ello, en la actualidad se prefiere hablar de dolor abdominal crónico y en el incluye tanto el dolor de origen organico como el funcional.^{4,6}

EPIDEMIOLOGIA

El dolor abdominal funcional, afecta en un 15% de los estudiantes de primaria y de secundaria. De estos pacientes un 10% de los estudiantes con dolor consultan al médico. Es más frecuente entre 6 y 14 años, con un pico inicial entre 5 y 7 años, sin diferencias en cuanto a sexo, y un segundo pico entre 8 y 12 años, con predominio en el sexo femenino. Afecta de 10% a 15% de la población escolar; en adolescentes hasta 75 % pero sólo en 21% la intensidad del dolor, repercute en las actividades cotidianas^{3,4}

*Estudiantes de Pregrado Unidad de Psiquiatría. Fac CCMM-USAC

** Psiquiatra Infanto-Juvenil. Docente Titular Unidad de Psiquiatría. Fac.CCMM-USAC

e-mail: vikinaor@gmail.com

ETIOLOGÍA

Se trata de un trastorno cuya causa se desconoce. Desde que fuera descrito en 1958, se han elaborado muchas teorías para intentar explicar su aparición. Desde las más antiguas, como la somatomórfica y la que relacionaba el dolor con alteraciones de la motilidad intestinal, a la más reciente, que atribuye la clínica a fenómenos de reactividad intestinal.^{4,6}

1. Teoría somatomórfica:

La teoría somatomórfica trata de buscar una justificación psicósomática al dolor abdominal, en base a que cumple los criterios de la DSM IV referidos al “trastorno somatomorfo indiferenciado”, al tratarse de síntomas gastrointestinales, que tras un examen físico adecuado no pueden explicarse por una enfermedad médica conocida, que producen un deterioro social o laboral con una duración superior a seis meses y que los síntomas ni se producen intencionadamente, ni son simulados ni pueden ser explicados por otro trastorno mental. Actualmente, se cree que los factores psicológicos, del niño y los padres, son más importantes a la hora de buscar asistencia médica que como factores desencadenantes del dolor.^{4,6}

2. Teoría de la alteración de la motilidad intestinal:

Relaciona la aparición y persistencia del dolor con una disregulación del sistema nervioso entérico. Las investigaciones recientes no han identificado anomalías motoras lo suficientemente importantes como para atribuir los síntomas que padecen los niños con dolor abdominal crónico.^{4,6}

3. Teoría de la alteración de la reactividad intestinal:

La teoría de la reactividad intestinal intenta explicar el dolor abdominal a través de una sensibilización de la vía aferente debida a procesos alérgicos, inflamatorios o infecciosos de la mucosa intestinal. Esta sensibilización se traduce en hiperalgesia visceral y disminución del umbral del dolor como respuesta a los cambios de presión intraluminal que se producen al actuar los desencadenantes:⁶

- Fisiológicos: alimentos, distensión intestinal y cambios hormonales.
- Nociceptivos: procesos inflamatorios.
- Estímulos psicológicos estresantes: ansiedad, separación de los padres, etc.

Son varias las entidades que podrían dar origen al dolor abdominal crónico, en el siguiente cuadro se muestran las posibles causas 5:

CAUSAS MÁS FRECUENTES DEL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO O RECURRENTE		
Categoría	Ejemplos	
PSICOGÉNICO	Fobia Escolar Reacción de Adaptación Depresión	
DISFUNCIONAL	Intolerancia a Lactosa Constipación Dismenorrea	
ORGÁNICO	VISCERALES	DOLOR CRÓNICO DE PARED ABDOMINAL
	Úlcera Péptica Pancreatitis crónica Enfermedad por reflujo gastroesofágico Dispepsia Colecistopatías Síndrome de intestino irritable Enfermedad inflamatoria intestinal Lesión pancreática postraumática Adherencias Isquemia mesentérica crónica Patología nefro-urológica Anemia hemolítica crónica Enteroparasitosis (Ascaridiasis, Giardiasis)	Atrapamiento del nervio cutáneo anterior Radiculopatías Neuropatía intercostal Síndrome Miofascial Fibromialgia Síndrome de costilla deslizante Xifoidalgia Hematoma de la vaina del recto anterior Hernia umbilical y epigástrica Cicatriz dolorosa Periostitis púbica Dolor Músculo-esquelético referido
	ENFERMEDADES METABÓLICAS	DOLOR REFERIDO EXTRAABDOMINAL
	Porfiria aguda intermitente Insuficiencia renal crónica Enfermedad de Addison	Patología torácica Patología de la columna vertebral Patología pélvica Lesiones cerebrales

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El síntoma dolor debe ser agotado en sus características semiológicas: estacionalidad, frecuencia, horario, ubicación, irradiación, tipo, intensidad, duración, factores que lo desencadenan y que lo alivian, relación con los alimentos, etc. Igualmente, se debe investigar la presencia de otros síntomas tales como: dolor en otros sitios (en especial cefalea y dolor en las extremidades inferiores), palpitaciones, constipación, náuseas, anorexia, meteorismo, palidez, etc. ^{7,8}

El dolor generalmente se inicia entre los 5 y los 10 años de edad; sin embargo, la literatura menciona también límites que van desde los tres hasta los 16 años, y existe un franco predominio del sexo femenino (2:1). El dolor se presenta preferentemente de día, en forma episódica, permaneciendo por espacio de minutos u horas con períodos intercríticos asintomáticos; la ubicación generalmente es periumbilical y raramente se irradia (algunos niños pueden referir dolor en faja); mientras más se aleja el dolor de la región umbilical más probable es encontrar una causa orgánica. La ausencia del dolor en los periodos de sueño es una importante variable a considerar en el diagnóstico diferencial de DAR funcional con dolor abdominal orgánico. ^{7,8,9}

En el DAR de causa psicogénica, la ubicación del dolor es vaga - por lo general periumbilical - la duración es breve, la intensidad moderada o leve, y el dolor suele aliviarse espontáneamente, con el reposo, o a veces con antiespasmódicos (esto último sugiere un efecto placebo). No es raro que el paciente tenga algún grado de constipación, especialmente si es mujer, pero no debe concluirse que este último trastorno sea la causa primordial del dolor, aunque puede cooperar a exacerbarlo en algunas ocasiones. ⁷

El niño se queja de DAR difuso y severo que dura, al menos, unas horas. La naturaleza cíclica del dolor en algunos casos y el hecho de que puede acompañarse de vómitos, cefaleas y fiebre de bajo grado, ha llevado a que sea llamado por algunos "síndrome periódico" o "migraña abdominal". Generalmente está pobremente localizado y no se acompaña de otros síntomas típicos de un trastorno abdominal agudo. Los ataques pueden desencadenarse por el estrés y, a menudo, desaparecen con el descanso. Náuseas, cansancio y fatiga pueden ser síntomas asociados en alrededor del 50% de los casos; palidez y constipación se encuentran en cerca de un tercio de los pacientes con DAR; menos frecuente es la asociación con cefalea, vómitos y diarrea, y es excepcional la presencia de dolor de extremidades, dolor torácico o pérdida de peso. ^{7,9}

El dolor tiende a desaparecer o a espaciarse durante las vacaciones y a reaparecer en el período escolar, alcanzando su máxima intensidad y frecuencia en los períodos de mayor apremio escolar o en situaciones de conflicto familiar (riñas entre los padres, alcoholismo en la familia, etc.) Con frecuencia el dolor se manifiesta tan pronto el niño despierta y se va repitiendo a lo largo del día por períodos breves y erráticos, cediendo espontáneamente. En general no está relacionado con los alimentos aunque en nuestro medio, por razones culturales, la gran mayoría de los pacientes tienden a culpar a las comidas grasas de sus problemas, aún cuando objetivamente no exista tal relación de causalidad. Es fundamental inquirir, asimismo, sobre los rasgos de personalidad del niño, rendimiento escolar, actividades, características del grupo familiar, presencia de conflictos familiares, etc. Típicamente, el niño con DAR de tipo psicogénico es descrito como: introvertido, autoexigente, responsable en el colegio y en el hogar, metódico, con rasgos obsesivos, hipersensible, poco tolerante a las frustraciones y a la crítica, y vulnerable. Habitualmente exhibe comportamientos de internalización caracterizados por ansiedad, depresión moderada y baja autoestima. Estas características se ven reforzadas por una estructura familiar en que predominan la depresión materna, la sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos. Muy frecuentemente los padres también presentan dolor abdominal (colon irritable), cefalea y otros conflictos psicosomáticos. Aunque frecuentemente se acompaña de trastornos emocionales, el DAR puede aparecer en niños sin dificultades psicológicas claras. A pesar de ello, hay evidencias que soportan la idea de que los niños con pueden presentar mayor patología psiquiátrica, ya que presentan niveles más altos de ansiedad y depresión que las muestras comunitarias sanas. ^{7,8}

Los niños con DAR tienen más síntomas emocionales que la población general (principalmente síntomas de ansiedad y depresión), pero encuentran también, que el grupo de niños con dolor abdominal *de causa orgánica* también pueden ser identificados como teniendo un grado significativo de ansiedad y depresión. No existe un perfil de personalidad patognomónico del niño o del adolescente que se presenta con DAR. Sin embargo, la mayoría de los niños son descritos como ansiosos sensitivos, con tendencia a ser miedosos, inhibidos e hipercontroladores. El dolor abdominal psicogénico ocurre en niños "sensitivos" que tienen una historia de dolor abdominal (definen sensitivo como una combinación de predisposición genético, en un ambiente que conduce al modelaje, junto con una tendencia a internalizar). Estos autores también especulan con la posibilidad de que el factor etiopatogénico del DAR no esté ligado al nivel de tensión emocional del niño, sino a su manera de enfrentarse al medio. Se ha encontrado aumento de los síntomas de ansiedad y depresión en niños con DAR, así como en sus madres. También se ha encontrado un aumento del dolor en miembros de las familias de niños con DAR. Los niños con DAR tienen significativamente más quejas emocionales y somáticas, así como que sus familias promueven más conductas de enfermedad que en los sujetos controles. No se encontraron diferencias significativas entre las cifras de eventos vitales negativos o en los niveles de funcionamiento familiar. Los autores sugieren que el DAR tiene sus raíces en una situación familiar dentro de un clima de mayor expresión del malestar somático y emocional que se asocia con un incremento de las cifras de ansiedad y depresión, tanto en los padres como en los niños.

Generalmente existe el antecedente de una situación de estrés psicosocial al momento en que se inician los episodios de dolor; esta situación puede haber sido una enfermedad grave en alguno de los padres o que provocó un gran trastorno de la vida familiar: muerte de algún miembro de la familia, separación en la familia (separación de los padres, alejamiento de un hermano); problemas del ambiente escolar así como relaciones alteradas con los compañeros de curso o colegio; los cambios de lugar de vivienda, cambios de ciudad o país; estímulos suficientes para que un niño pueda iniciar un dolor abdominal recurrente. No es infrecuente que los padres consideren como situaciones triviales lo que para el niño pudo haber significado un enorme conflicto emocional. Entre los antecedentes familiares se observa con alta frecuencia padres con sintomatología dolorosa abdominal y madres con personalidad depresiva. No se ha logrado delimitar un perfil psicológico único en este grupo de pacientes.^{7,8,9}

El paciente con DAR de origen no orgánico luce saludable y activo; no hay nada en su aspecto que sugiera que padece de un trastorno crónico. En contraste, pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales, como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, con úlcera péptica, malformaciones o infecciones del tracto urinario, y otras afecciones orgánicas se ven con aspecto de enfermos y muchas veces enflaquecidos; además se encontrará en ellos una variedad de hallazgos correspondientes a su enfermedad de base. La pérdida de peso y la aparición nocturna del dolor debe alentar al pediatra a la búsqueda de patología orgánica.^{7,8}

Un completo examen físico es mandatorio en la evaluación de este grupo de pacientes. A pesar de lo crónico que pueda resultar la sintomatología, el peso y la talla no están comprometidos. Otros signos de ansiedad, como frialdad de extremidades, palmas sudorosas, evidencias de onicofagia y tricomanía pueden estar presentes. La palpación abdominal de la zona correspondiente al marco colónico determina cierto grado de malestar en el niño, lo que es más evidente en la zona correspondiente al colon descendente y sigmoides.⁷

El médico debe estar, por lo tanto advertido de ciertas peculiaridades de la historia clínica del DAR e inquirir, en forma dirigida y sagaz, respecto a todas las características que lo ayudarán a perfeccionar su diagnóstico.⁷

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

La relación entre el DAR y los trastornos psiquiátricos específicos no es clara. El DAR puede ser visto como parte de un espectro de trastornos que van desde las variantes normales hasta los trastornos de conversión. En uno de los pocos estudios realizados con diagnósticos estructurados (DSM-III, en este caso) (14) se encontraron diagnósticos psiquiátricos en el 100%. En este trabajo no había grupo control y la muestra utilizada era una muestra muy seleccionada, ya que los niños habían sido referidos a un servicio de psiquiatría y la mitad de la muestra había estado ingresada por su dolor. ^{7,8} Wasserman et al (11) estudian 18 niñas y 13 niños, referidos a una clínica gastroenterológica pediátrica, por presentar clínica de DAR y los comparan con un grupo control de sus clases en relación a medidas de funcionamiento escolar, familiar, ambiental, eventos vitales y rasgos conductuales y sociales. Encuentran que los trastornos DSM-II eran más frecuentes en niños ansiosos, internalizantes, que habían sido expuestos a eventos traumáticos y que tenían familias con historias de dolor abdominal. ^{7,8}

Diagnósticos DSM-III en pacientes pediátricos con DAR (11) ^{7,8}

Diagnóstico	Nº	% del total
Trastornos adaptativos con...		
Humor ansioso	3	8,3
Síntomatología emocional mixta	5	13,9
Humor depresivo	1	2,8
Trastorno por ansiedad de separación	4	11,1
Trastornos por ansiedad excesiva	4	11,1
Trastornos por evitación	1	2,8
Trastornos por dolor psicogénico	6	16,7
Distimia	2	5,5
Trastorno depresivo mayor	1	2,8
Trastornos por déficit de atención	4	11,1
Duelo normal	2	5,5
Problemas relacionados con circunstancias vitales	1	2,8
Ausencia de diagnóstico	2	5,5
TOTAL	36	99,9

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A pesar de que en la actualidad no existe una guía clínica como tal para el diagnóstico de Dolor Abdominal Recurrente basado en evidencia, el proceso diagnóstico deberá iniciar siempre y guiarse en una adecuada anamnesis y exploración física, prestando especial atención a los signos y síntomas de alarma que generalmente indicaran un trastorno orgánico importante como etiología.^{11,12,13}

El examen físico deberá realizarse, de ser posible, durante los periodos sintomáticos como en los periodos asintomáticos. Deberá evaluarse junto con una exploración física completa, la relación estatura-ponderal la cual en la mayoría de casos es normal y el tacto rectal el cual no suele mostrar alteraciones.^{11,12}

La siguiente tabla se muestran los criterios diagnósticos que definen el Dolor Abdominal Recurrente en la población pediátrica y adolescentes.¹¹

Tabla I Criterios de Dolor Abdominal Recurrente (DAR)
<ul style="list-style-type: none">• Tres o más episodios de DAR durante un período de no más de tres meses...• Suficientemente intensos para interferir actividad habitual• Períodos asintomáticos entre los episodios de dolor• Ausencia de organicidad que justifique el dolor• Edad superior a 4 años e inferior a 14 años (18)• Evidencia o sospecha de alteraciones psicosociales

El uso de herramientas diagnósticas complementarias es aun motivo de debate. Algunas bibliografías recomiendan ¹ efectuar exámenes diagnósticos en vistas de excluir ciertos diagnósticos diferenciales; con este objetivo clasifican las pruebas en Pruebas diagnósticas de primer nivel y de segundo nivel o pruebas específicas.^{11,12,13}

Estas exploraciones de primer nivel permitirán en algunos casos indicar el tratamiento oportuno en la consulta. Si tras los resultados el proceso diagnóstico requiere la valoración por el especialista, se derivará a la consulta de Gastroenterología Infantil, donde se realizarán una serie de pruebas complementarias específicas.^{12,13}

Por otra parte, si el dolor abdominal persiste con normalidad de las exploraciones complementarias antes citadas y sin ningún signo o síntoma de organicidad, se valorará parte del pediatra de Atención Primaria la derivación a consulta de Salud Mental, teniendo en cuenta el componente psicológico predominante en estos cuadros.^{12,13}

Por otro lado, algunos especialistas no recomiendan e incluso desaconsejan realizar estas series de pruebas diagnósticas en “salva” o “disparo de cañón”, pues seleccionarlas de acuerdo al cuadro clínico específico de cada paciente suele arrojar resultados mas útiles para el proceso diagnóstico² y más efectivo desde el punto de vista coste-efectivo.^{12,13}

Otro aspecto importante que desaconseja la realización de exhaustivas e infundamentadas pruebas diagnósticas es el hecho de que la mayoría de dolores abdominales recurrentes en niños poseen un importante carácter psicológico. Realizar numerosas y especializadas pruebas puede inclusive otorgar

al paciente y a sus familiares (en especial a la madre) la idea de que el paciente sufre una enfermedad grave, con lo cual solo se lograría aumentar el nivel de estrés^{13,12}

Estas exploraciones de primer nivel permitirán en algunos casos indicar el tratamiento oportuno en la consulta. Si tras los resultados el proceso diagnóstico requiere la valoración por el especialista, se derivará a la consulta de Gastroenterología Infantil, donde se realizarán una serie de pruebas complementarias específicas^{11,12}

Por otra parte, si el dolor abdominal persiste con normalidad de las exploraciones complementarias antes citadas y sin ningún signo o síntoma de organicidad, se valorará parte del pediatra de Atención Primaria la derivación a consulta de Salud Mental, teniendo en cuenta el componente psicológico predominante en estos cuadros.^{11,12,13}

El diagnóstico diferencial del DAR funcional incluye todas aquellas patologías cuya presentación clínica suele dar dolor abdominal en algún punto de su evolución. En la siguiente tabla se presentan los diagnósticos diferenciales a considerar. A pesar de que anteriormente e incluso en la actualidad ciertos autores así lo consideren, el diagnóstico de DAR funcional no es un diagnóstico por exclusión de estos diagnósticos diferenciales.^{11,12,13}

Tabla 2. Diagnóstico Diferencial de DAR¹¹

GENITOURINARIO	Hidronefrosis Pielonefritis crónica Litiasis renal	Embarazo ectópico Dismenorrea Quiste ovárico
GASTROINTESTINAL	Estreñimiento Enfermedad Celíaca Intolerancia Lactosa Enfermedad por RGE Pancreatitis Crónica	Colelitiasis Malrotación Invaginación Divertículo de Merkel Enfermedad Inflamatoria Intestinal
INFECCIOSO	Helicobacter pylori Giardia lamblia Salmonella sp	Yersinia enterocolitica Campylobacter jejuni Tuberculosis Intestinal
HEMATOLOGÍA	Leucemia Linfoma	Anemia drepanocítica Talasemia
OTROS	Diabetes Mellitus Púrpura de Schönlein-Henoch	Migraña abdominal Intolerancias alimentarias

TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE FUNCIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

El principal objetivo en el tratamiento de esta patología es que el niño recupere sus funciones habituales y evitar que se convierta en un problema social. Para esto es necesario establecer una buena relación con la familia para poder explicarles en qué consiste esta patología y los posibles mecanismos responsables de los síntomas. Es importante enfatizar que el dolor es real y que probablemente sea causado por un incremento de la actividad motora intestinal en respuesta a una variedad de estímulos psicofisiológicos.

TABLA 4
Factores que afectan la resolución alejada del dolor abdominal funcional

Factor	Mejor pronóstico	Peor pronóstico
Familia	Normal	"Familia dolorosa"
Sexo	Femenino	Masculino
Edad de comienzo	Más de 6 años	Menor de 6 años
Período previo al tratamiento	Menos de 6 años	Más de 6 años

Adaptado de Apley J, Hale B. Children with recurrent abdominal pain: how do they grow up? Br Med J 1973; 3: 7-9.

También se debe conversar con los padres acerca del excelente pronóstico en términos de calidad y expectativa de vida. Se deben resolver todas las dudas e inquietudes que los padres presenten y tratar de contener los miedos y las preocupaciones. El tratamiento inicial está orientado hacia modificaciones dietéticas y medioambientales. El objetivo inicial en esta etapa es identificar, aclarar y revertir aquellos factores de estrés que puedan precipitar dolor. El colegio y los padres deben apoyarlo pero no deben permitir que el dolor interfiera tanto en la asistencia a clases, como las actividades durante las mismas o las expectativas de rendimiento. En cuanto a la dieta se deben evitar lácteos, comidas grasas, bebidas carbonatadas o con cafeína entre otras.^{14,15,16} El tratamiento farmacológico es discutido ya que no hay evidencia convincente que lo respalde. No obstante, en algún caso individual, el tratamiento dirigido a aliviar el síntoma predominante puede resultar de gran ayuda. Los anticolinérgicos por vía oral como dicitomina o hiosciamina pueden resultar efectivos para aliviar el dolor en conjunto con fibra dietética. Es conveniente iniciar con dosis bajas y titularlas hasta alcanzar la dosis terapéutica adecuada. Para paciente con colon irritable cuyo síntoma principal es la diarrea puede resultar útil el uso de loperamida o quelantes de las sales biliares como colestiramina. No hay mucha información acerca del uso de antagonistas H2 para gastritis y duodenitis leve en pacientes con dispepsia funcional. Hay también terapéuticas alternativas que hay demostrado ser beneficiosas para pacientes con casos severos y refractarios a otros tratamientos; estas son: psicoterapia, hipnoterapia y biorretroalimentación. La consulta con un psicólogo o un psiquiatra está indicada cuando existe un comportamiento extremadamente internalizado como angustia, depresión y/o baja autoestima, mecanismos de adaptación familiar disfuncionales o fracaso en los intentos de transformar el entorno hacia un estilo de vida más normal.^{14,15,16}

PRONÓSTICO Y EVOLUCIÓN ^{14,15,16}

El pronóstico para los pacientes con este trastorno funcional es bueno. En el 30-50% de los casos el dolor se resuelve espontáneamente dentro de las 2-6 semanas posteriores al diagnóstico. Esta alta incidencia de resolución temprana sugiere que en la mayoría de casos el niño y sus padres aceptan el hecho que el dolor no es orgánico y que los cambios en el entorno son efectivos. No obstante hay estudios que demuestran que un 30-50% de estos pacientes persisten con dolor abdominal en la edad adulta aunque en el 70% de los casos esto no limita la actividad habitual. Otro 30% desarrolla problemas crónicos en su vida adulta como cefaleas, dolores de espalda e irregularidades menstruales. Basados en un pequeño número de pacientes, Apley y Hale describieron múltiples factores que influyen en el pronóstico para una resolución prolongada de los síntomas dolorosos durante la niñez.

BIBLIOGRAFIA

1. De Andrés Ares, J. Dolor Abdominal crónico. Hospital Virgen de la Salud, Toledo, Revista Sociedad Española del Dolor, vol. 13, no. 3, artículo 426, 2007.
2. Dolor abdominal crónico funcional: Fisiopatología y Manejo. Abril 2003./ 11/12/10 pags (1) <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Cursos/SIII/3532> MEDWAVE.
3. Dolor Abdominal Recurrente en Escolares y Adolescentes <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/pediatría/manualgastro/dar.html>
4. Dolor abdominal recurrente (DAR) funcional Rev. chil. pediatr. v.70 n.5 Santiago set. 1999 http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041061999000500012&script=sci_arttext
5. Dr. Patricio Kenny. Dolor Abdominal Funcional en Niños. Archivo Argentico de Pediatría, vol 96. 1998.
6. Dr. Patricio Kenny, Dolor abdominal funcional en niños, ARCH ARG PEDIATR / 2008 VOL 96:334 http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1998/98_334_343.pdf
7. Dr. Eduardo Ibarguen, Revista de Salud Publica y de Nutrición Dolor Abdominal Recurrente en el Niño, Pediatric Digestive Care, San Antonio Texas, EEUU.2009 / 11/12/10, pags (3). <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/ee-11-2005>.
8. Dr. Rodrigo de Vivero, Colombia Medica, Dolor Abdominal Recurrente, Volumen 36 Abril – Junio 2005. Paginas: 3
9. Dra. E. Ortiz Gordillo. Dolor Abdominal Recurrente en Atención Primaria. Centro de Salud de Montequillo. Pediatría Integral, vol 3. Sevilla. 2003.
10. Fernández Sonia, Salcedo Enrique, Donado Paloma. Dolor Abdominal Crónico. Grupo de Gastroenterología Pediátrica de la zona Sur. Madrid, España. 2007
11. Gutiérrez J. R., Casares et al. Dolor abdominal recurrente. Sociedad de Pediatría de atención primaria de Extremadura. <http://www.spapex.es/dolorpsi.htm>
12. Nelson Tratado de Pediatría, 17ª Edición, Capitulo 323 Dolor Abdominal Recurrente de la Infancia, pags 1281 – 1282.
13. Rubinos Cuadrado, O. et al. Protocolos de Digestivo, Dolor Abdominal Crónico. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, vol. 46, supl.2, 2006. 206-214.
14. Vivero Rodrigo de, Dolor Abdominal Recurrente, Universidad de Cartagena, Enero 28, 2005 <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No2Supl1/cm36n2s1a8.htm>
15. Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. Pediatrics 2003;111:e1-e11. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/1/e1>