



Pediatría Basada en la Evidencia

Tratamiento del dolor abdominal funcional: el debate eterno

Begoña Pérez-Moneo Agapito^a, Manuel Molina Arias^b

^aServicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Universidad Complutense de Madrid. España • ^bServicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Infantil La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Publicado en Internet:
4-abril-2022

Begoña Pérez-Moneo:
begopma@gmail.com

Palabras clave:

- Dolor abdominal
- Niño
- Terapia cognitivo-conductual

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: aunque las dos modalidades de tratamiento estudiadas son eficaces, el tratamiento cognitivo-conductual es algo más eficaz a largo plazo para el tratamiento del dolor abdominal funcional pediátrico que la atención médica habitual.

Comentario de los revisores: hay evidencia de que el tratamiento del dolor abdominal funcional se debe basar en tratamientos no farmacológicos, como la terapia cognitivo-conductual, más que en el uso de fármacos. Sería deseable identificar qué factores harán que un niño evolucione mejor con terapias cognitivo-conductuales frente a otras, para ofrecer a cada uno una opción individualizada.

Treatment of abdominal functional pain: the eternal debate

Abstract

Key words:

- Abdominal pain
- Children
- Cognitive behavioral therapy

Authors' conclusions: although both studied treatment modalities are effective, cognitive behavioral therapy is somewhat more effective in the long term than conventional medical care for management of pediatric functional abdominal pain.

Reviewers' commentary: there is evidence that the management of functional abdominal pain should be based on non-pharmacological treatments, such as cognitive behavioral therapy, rather than pharmacotherapy. Identifying the factors that will make a child do better with cognitive behavioral interventions compared to other approaches that will be ineffective would be useful to offer each patient individualized care.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: comparar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) frente a los controles médicos habituales (CMA) sobre la intensidad, frecuencia y duración del dolor en niños con dolor abdominal funcional (DAF).

Diseño: ensayo clínico aleatorizado.

Emplazamiento: consultas de Gastroenterología pediátrica de seis hospitales de nivel secundario y terciario en Alemania.

Población de estudio: pacientes de 7 a 12 años con criterios Roma III de dolor abdominal recurrente. Se excluyeron los que habían recibido algún tratamiento durante los seis meses previos, los que no hablaban correctamente alemán y los que tenían retraso mental.

Intervención: se realizó una aleatorización por bloques 1:1 y estratificada por cada centro participante, cegada para niños y padres.

El grupo de intervención recibió TCC según un protocolo publicado previamente (*Stop the Pain with*

Cómo citar este artículo: Pérez-Moneo Agapito B, Molina Arias M. Tratamiento del dolor abdominal funcional: el debate eterno. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:89-91.

Happy-Pingu), centrado en mejorar el autocontrol del paciente con maniobras para realizar durante los episodios de dolor y psicoeducación sobre sus causas. Los padres recibieron también sesiones de psicoeducación.

El grupo control (CMA) recibió atención basada en un programa de prevención de vida saludable para escolares (*Finn and Fine on their journey through the body*), centrado en mejorar el conocimiento de la anatomía y fisiología del organismo. Los padres fueron informados sobre los contenidos del tratamiento de sus hijos.

Ambos grupos recibieron una sesión semanal de 90 minutos durante seis semanas. Los padres recibieron dos sesiones de 50 minutos tras las sesiones tercera y cuarta de sus hijos.

Medición del resultado: de manera jerárquica, se definieron tres variables principales: intensidad, frecuencia y duración de los episodios de dolor. La medida se realizó con un diario y una escala analógica visual (0: no dolor, 10: máxima intensidad), rellenada por los pacientes, junto con un método gráfico que recogía el número y la duración de los episodios de dolor de cada día.

La intensidad y duración del dolor se midieron como el área bajo la curva (ABC) de la representación de las determinaciones tras una transformación logarítmica de la media del valor.

Como variables secundarias se estudiaron una serie de determinaciones de calidad de vida, carga de enfermedad y repercusión del dolor en la actividad habitual, empleando una serie de encuestas previamente validadas.

Se recogieron los resultados antes y después de la intervención y tras 3 y 12 meses de seguimiento. Se calculó un tamaño de muestra necesario de 56 pacientes en cada rama del ensayo. Se realizó análisis por subgrupos según las variables que podían ejercer efecto de confusión y análisis de sensibilidad según intención de tratar y análisis por protocolo. Por último, se realizó imputación múltiple de los datos faltantes.

Resultados principales: de un total de 383, finalmente se aleatorizaron 127 (63 TCC y 64 CMA). La variable principal pudo calcularse en 113 (56 TCC y

57 CMA, con registros basales completos en 54 y 43, respectivamente).

Incluyendo todos los puntos temporales, no se observaron diferencias entre los dos grupos en la intensidad de los episodios de dolor (reducción media [RM]: 49%, intervalo de confianza del 95% [IC 95]: -19,98 a 78,36%; d de Cohen: 0,25). Tampoco hubo diferencias en la duración y frecuencia del dolor.

Aplicando un modelo lineal mixto, se observaron puntuaciones postintervención a los 12 meses más favorables en el grupo TCC (RM: 40,91%, IC 95: 2,71-64,12%), (RM: 43,6% (6,2 a 66,1%) en la intensidad y duración del dolor respectivamente, aunque la probabilidad de éxito del tratamiento fue similar en los dos grupos.

Igualmente, se encontraron mejores puntuaciones para el TCC en las escalas de las variables secundarias, especialmente en lo referente a discapacidad, calidad de vida, manejo y repercusión del dolor.

No se produjeron eventos adversos relacionados con la intervención del ensayo.

Conclusión: las dos intervenciones se mostraron eficaces, aunque el TCC produce mejores resultados a largo plazo.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: German Research Foundation.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: los criterios Roma¹ hablan de la secuencia de trastornos funcionales digestivos en el niño y cómo tienen tendencia a continuar en el adulto. Muchos estudios han tratado de demostrar la eficacia de medidas a corto y medio plazo sobre el control de los síntomas, pero interesan estudios que planteen resultados a largo plazo no solo en el control de los síntomas sino en la disminución de trastornos funcionales futuros.

Validez o rigor científico: se define población de estudio según los criterios de dolor funcional Roma III, y aunque ahora están en vigor los Roma IV, no creemos que esto cambie el resultado de la intervención. La intervención se define claramente así

como el resultado principal. La aleatorización es adecuada, con buen enmascaramiento. Se controla la contaminación entre las dos intervenciones. Durante el seguimiento se producen aproximadamente un 20% de pérdidas en ambos grupos, pero para el análisis final consideran 14,3% de pérdidas en TCC y 32,8% en CMA. Imputan estos datos faltantes con diferentes técnicas. Se hace análisis por intención de tratar, por protocolo y con análisis de sensibilidad y subgrupos teniendo en cuenta covariables que pueden afectar al resultado final.

Importancia clínica: se escoge medida de resultado adecuada, que muestra una reducción del dolor en ambos grupos similar, con una RM del 49%. Estudios realizados sobre niños y adolescentes para cuantificar el efecto placebo en intervenciones sobre problemas psiquiátricos y funcionales muestran efectos entre el 32 y el 70% dependiendo de la indicación de tratamiento², por lo que no podemos descartar que la reducción del dolor sea debida al efecto placebo. Se ha podido producir un sesgo de análisis por la imputación del elevado número de datos faltantes o un error tipo II en el análisis por protocolo. No se encuentran diferencias en la intensidad o duración del dolor.

En el modelo lineal mixto a los 12 meses se observa mejoría en los resultados principales para intensidad y duración del dolor, que es favorable al grupo control, pero con resultados poco precisos (IC 95% amplios). También se encuentran resultados favorables en otras variables secundarias, pero no se encuentran diferencias en variables como el absentismo escolar o la necesidad de asistencia sani-

taria, que suelen ser las que marcan o bien mayor gravedad o mayor preocupación en las familias, o en variables de autoestima o autoeficacia que podrían influir en la evolución futura del trastorno funcional.

Otros trabajos realizados para la evaluación de tratamientos del DAF concluyen la ventaja de tratamientos no farmacológicos sobre los farmacológicos³. Los estudios sobre TCC son de calidad moderada pero también muestran un efecto beneficioso⁴.

Es posible que no todos los pacientes con DAF se beneficien del mismo tipo de medidas. El estudio de los factores de riesgo de perpetuidad de este tipo de trastornos y su identificación e intervención temprana podrían jugar un papel para mejorar su evolución.

Aplicabilidad en la práctica clínica: hay evidencia de que el tratamiento del dolor abdominal funcional se debe basar más en tratamientos no farmacológicos, como la terapia cognitivo conductual, que en el uso de fármacos. Sería deseable identificar qué factores harán que un niño evolucione mejor con un tratamiento respecto a otro para ofrecer a cada uno una opción individualizada.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: ninguno.

ABREVIATURAS

ABC: área bajo la curva • **CMA:** grupo control • **DAF:** dolor abdominal funcional • **IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **RM:** reducción media • **TCC:** tratamiento cognitivo conductual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology*. 2016;S0016-5085(16)00181-5.
2. Parellada M, Moreno C, Moreno M, Espliego A, de Portugal E, Arango C. Placebo effect in child and adolescent psychiatric trials. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012;22:787-99.

3. Paul SP, Basude D. Non-pharmacological management of abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children. *World J Pediatr*. 2016; 12:389-98.
4. Rutten JM, Korterink JJ, Venmans LM, Benninga MA, Tabbers MM. Nonpharmacologic treatment of functional abdominal pain disorders: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;135:522-35.



Original

Neumomediastino en Pediatría. Experiencia en un centro terciario (↻)

Patricia Fernández García, Cristina González Menchén, José Tomás Ramos Amador

Introducción: el neumomediastino se define como la presencia de aire dentro del mediastino. Es una patología infrecuente fuera del periodo neonatal, que generalmente acontece en varones jóvenes y de complexión delgada.

Material y métodos: se diseñó un estudio descriptivo de serie de casos, retrospectivo (2009-2016) y prospectivo (2016-2019). Se incluyeron todos los pacientes de entre seis meses y 18 años diagnosticados de neumomediastino en nuestro centro. Se incluyeron ocho pacientes y se analizaron las variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados: el 87% de nuestros casos fueron diagnosticados de neumomediastino espontáneo, el 37% de ellos presentaron factores predisponentes como consumo de tóxicos, viajes en avión, maniobra de Valsava o infecciones. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor torácico (75%), seguido de disnea (37%), palpitaciones y fiebre (12,5%). En la exploración física, el signo más prevalente fue el enfisema subcutáneo (37%), seguido del signo de Hamman (12,5%). El diagnóstico se realizó en base a la clínica y las pruebas de imagen. Todos los casos se confirmaron con radiografía de tórax y solo uno requirió tomografía computarizada de confirmación. Ningún paciente requirió soporte respiratorio y la estancia media hospitalaria fue de dos días.

Conclusiones: el neumomediastino es una condición habitualmente benigna y autolimitada. Es una patología que, a pesar de su baja incidencia, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor torácico dada su potencial gravedad al poder propagarse al tejido subcutáneo, endotorácico, peritoneal o raquídeo.

Cómo citar este artículo: Fernández García P, González Menchén C, Ramos Amador JT. Neumomediastino en Pediatría. Experiencia en un centro terciario. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;22:e37-e44.

Nota clínica

Foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia (↻)

Antonio del Valle de Toro, David Pérez Ramón, Jesús Tercedor Sánchez

La foliculitis pustulosa eosinofílica (FPE) de la infancia es una enfermedad infrecuente, que se presenta en recién nacidos y lactantes, caracterizada por la aparición de brotes de lesiones papulo-pustulosas muy pruriginosas en cuero cabelludo, con una duración de una a cuatro semanas. El tratamiento es sintomático aunque los corticosteroides tópicos parecen ser eficaces para acelerar la resolución de las lesiones. Presentamos un caso clínico de un escolar de diez años al que se le realizó una biopsia en el Servicio de Dermatología y recibió finalmente este diagnóstico.

Cómo citar este artículo: Del Valle de Toro A, Pérez Ramón D, Tercedor Sánchez J. Foliculitis pustulosa eosinofílica de la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e133-e134.

Nota clínica

Reacción adversa a paracetamol en lactante de 2 meses: importancia de los factores coadyuvantes (↻)

Sandra Llorente Pelayo, Ana Orizaola Ingelmo, M.ª Gabriela Vaca Recalde, M.ª Ángeles de Cos Cossío, Daniel Gutiérrez Pascual, Luis de la Rubia Fernández

La intoxicación por paracetamol es la principal causa de intoxicación farmacológica en Pediatría. Aunque en el grupo de lactantes es menos frecuente, los menores de 2 meses presentan particularidades metabólicas que predisponen a la intoxicación por este fármaco. Presentamos el caso de una lactante de 2 meses con daño hepático secundario a intoxicación por paracetamol tras administración de una dosis terapéutica del mismo.

Cómo citar este artículo: Llorente Pelayo S, Orizaola Ingelmo A, Vaca Recalde MG, de Cos Cossío MÁ, Gutiérrez Pascual D, de la Rubia Fernández L. Reacción adversa a paracetamol en lactante de 2 meses: importancia de los factores coadyuvantes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e135-e139.

Nota clínica

Quiste óseo aneurismático de localización vertebral Quiste óseo aneurismático de localización vertebral (↻)

Melody Sánchez Tierraseca, Francisco José Martín Somoza

El quiste óseo aneurismático (QOA) representa el 9% de los tumores óseos benignos. Es una lesión ósea pseudotumoral, formada por pequeños canales llenos de sangre separados por tabiques de tejido conectivo. Tiene su mayor prevalencia en adolescentes, con un ligero predominio femenino. La localización más frecuente es la metáfisis de los huesos largos (50% de los casos) seguida de la columna vertebral. La presentación clínica es variable y a veces puede ser inespecífica, pero en casos de dolor y tumefacción ósea en adolescentes debemos sospechar esta patología. Es por ello por lo que debemos estar atentos a los signos de alarma del dolor de espalda. El diagnóstico se realizará inicialmente mediante pruebas de imagen como la radiografía ósea y la resonancia magnética, en las que se observa una lesión quística expansiva y osteolítica pero circunscrita siendo característico que conserve la cortical, así como la presentación de una lesión multilobulada o en «pompas de jabón» con niveles líquidos. El diagnóstico definitivo se realiza por estudio histológico. Existen distintos abordajes terapéuticos, dependiendo de la lesión. A pesar de no ser maligno, se caracteriza por ser agresivo, por lo que su sospecha en el paciente pediátrico es relevante para un tratamiento precoz y evitar secuelas, que, en ocasiones, como cuando la localización es vertebral, pueden ser irreversibles. Para ilustrar esta patología, presentamos dos casos de localización vertebral en adolescentes.

Cómo citar este artículo: Sánchez Tierraseca M, Martín Somoza FJ. Quiste óseo aneurismático de localización vertebral. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e157-e161.