

## Dolor abdominal crónico en adultos

Laura Duque\*  
Andrés Chavarriaga-Restrepo \*\*  
Santiago Patiño-Giraldo\*\*\*

\*Médico y Cirujano. Residente de I año de Medicina Interna. Universidad CES. Medellín. Antioquia. Colombia.

\*\*Médico y Cirujano. Residente de III año de Medicina Interna. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. Antioquia. Colombia.

\*\*\*Médico y Cirujano. Médico Internista. Sección Medicina Interna Hospital Universitario Pablo Tobón Uribe. Profesor Auxiliar. Departamento Medicina Interna. Universidad de Antioquia. Medellín. Antioquia. Colombia.

**Correspondencia:** Dr. Santiago Patiño Giraldo. Dirección: Calle 78B # 69-240. Torre B. Piso 9. Medellín. Antioquia. Colombia. Teléfono: (4) 4449149. Correo electrónico: santiago.patino@udea.edu.co.

### Resumen

El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta para el médico general. Corresponde al 1% de la consulta externa ubicándose como la novena causa externa y la segunda en los servicios de urgencias en Colombia. Cuando éste es crónico, rara vez es tributario de manejo quirúrgico, pero impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes. Un enfoque anatómico y fisiopatológico permiten un adecuado diagnóstico y tratamiento por parte del médico. Siendo así, este trabajo tiene como objetivo revisar los elementos base para el enfoque del dolor abdominal crónico y proponer un algoritmo diagnóstico para estos casos. **MÉD.UIS. 2018;31(1):47-55.**

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Dolor crónico. Abdomen. Cólico.

### Chronic abdominal pain in adults

#### Abstract

Abdominal pain is a frequent chief complaint for primary care physician. It explains 1% of outpatient visits ranking 9<sup>th</sup> in the office and 2<sup>nd</sup> in the emergency room. Chronic pain, rarely needs surgical management but declines quality of life. An anatomic and physiopathologic approach result in a correct diagnosis and treatment by the physician. This work aims to review the major elements for the study of chronic abdominal pain and to propose a clinical diagnostic algorithm in these cases. **MÉD.UIS. 2018;31(1):47-55.**

**Keywords:** Abdominal Pain. Chronic Pain. Abdomen. Colic.

---

**¿Cómo citar este artículo?:** Duque L, Chavarriaga - Restrepo A, Patiño - Giraldo S. Dolor abdominal crónico en adultos. **MÉD.UIS. 2018; 31(1):47-55.**

---

### Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente, potencial o descrita en términos de la misma”. En las últimas dos décadas, grandes esfuerzos se han realizado en los currículos médicos para garantizar unas competencias de

manejo adecuado de este síntoma. El dolor, tiene diferentes taxonomías y suele clasificarse desde el punto de vista fisiopatológico teniendo en cuenta su ubicación y tiempo de evolución. Aunque no se tiene consenso, para algunos autores, el dolor crónico no debería considerarse un síntoma sino una enfermedad *per se* dado que tiene mecanismos fisiopatológicos distintos al dolor agudo<sup>2</sup>.

El Dolor Abdominal Crónico (DAC) es un reto diagnóstico frecuentemente olvidado para el clínico<sup>3</sup>. Igual a lo que acontece en el dolor en general, no existe un criterio unificado sobre su definición. Se considera aquel dolor localizado a nivel abdominal con un tiempo de evolución entre los tres<sup>4-6</sup> y seis meses<sup>7,8</sup>. También se encuentran diferencias en sus características y formas de presentación ya que para algunos debe estar presente por lo menos tres días del mes, otros no tienen en cuenta la frecuencia ya que puede ser un dolor constante o intermitente<sup>9</sup>.

El adecuado conocimiento de la anatomía y fisiopatología, acompañado de un apropiado interrogatorio y examen físico, permiten una aproximación etiológica, aunque en muchos casos esto no será posible<sup>9</sup>. La principal diferencia con el dolor abdominal agudo radica en que en contadas ocasiones se requiere de intervención quirúrgica ya que la mayoría de las etiologías, incluyendo los casos idiopáticos, son de manejo médico<sup>4</sup>. El objetivo del presente artículo es revisar los elementos base para el estudio del DAC y proponer un algoritmo de enfoque diagnóstico para estos casos.

### Conceptos básicos de anatomía y fisiología del dolor abdominal

La inervación del abdomen está dada por el sistema nervioso entérico y el autónomo simpático (nervios espláncnicos torácicos y lumbares) y parasimpático (nervio vago). Las fibras nerviosas se distribuyen en la pared de vísceras huecas y en la cápsula de vísceras sólidas. Estas fibras son estimuladas por fenómenos de tracción, distensión y estiramiento, desencadenando dolor. Es importante aclarar que la sección, el aplastamiento y el desgarramiento no lo producen. Los fenómenos de inflamación e isquemia disminuyen el umbral del dolor, contribuyendo a su persistencia<sup>7</sup>.

### Epidemiología

Para el periodo 2000-2014, en Estados Unidos, se calculó una prevalencia mensual de dolor del 1 al 60% con un costo aproximado del 3% del gasto en salud<sup>10</sup>. Se considera que los costos indirectos pueden duplicar este valor para enfermedades como intestino irritable<sup>11</sup>.

En Colombia, los datos más recientes de morbilidad en consulta externa y urgencias ubican al dolor abdominal como la novena y segunda causa de consulta, respectivamente. Sin embargo, no es

posible con esta información determinar cuántas corresponden a DAC. Si se tiene en consideración solo los casos de consulta externa, ya que en los servicios de urgencias en la gran mayoría de los casos son utilizados en enfermedades agudas, para el año 2013 se realizaron aproximadamente 555 000 consultas por dolor abdominal<sup>12</sup>.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud en Colombia realizada en el año 2007, el 11,9% de la población fue diagnosticada alguna vez en su vida de úlcera intestinal (6,1%) o colon irritable (5,8%), ambas patologías causales de DAC. Sólo la mitad de estos pacientes recibió tratamiento<sup>13</sup>. Aproximadamente este mismo número percibe su salud como regular. Según los datos de las Cifras e Indicadores del Sistema de Salud 2013 elaborada por la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, que agrupa las EPS más grandes del régimen contributivo, para el periodo 2009-2011 el 1% de las consultas externas fueron por dolor abdominal y pélvico<sup>12</sup>. Se calcula que por lo menos un 50% de los pacientes que se atienden en las unidades de gastroenterología con DAC, son de causas idiopáticas o de etiología desconocida.

### Interrogatorio del paciente con DAC

Durante el interrogatorio del paciente con DAC es necesario una completa descripción del mismo, incluyendo: gravedad, tiempo de evolución, referencia, factores aliviantes y desencadenantes y características del dolor<sup>14</sup>.

Este interrogatorio permite clasificar el dolor de una manera diferente a la orgánica y funcional en:

- **Visceral:** difuso, mal localizado, tipo cólico, urente o desgarrador y frecuentemente asociado a otros síntomas.
- **Somático:** localizado e inespecífico
- **Neuropático:** “lento”, sordo y mal localizado, generalmente asociado con alteraciones en la sensibilidad
- **Músculo-esquelético:** empeora con la palpación y el movimiento.

### Propuesta de algoritmo diagnóstico del DAC

Una vez se encuentra frente a un cuadro de DAC, lo más importante es reconocer mediante estudios

complementarios si el origen es orgánico y grave, u orgánico mórbido de curso benigno. El algoritmo diagnóstico propuesto se compone de 8 preguntas claves con ese fin las cuales se presentan a continuación (Ver Figura 1).

especialmente ferropénica o de enfermedad crónica; pérdida de peso, hemorragia digestiva superior o inferior e historia familiar de cáncer, reactantes de fase aguda elevados como glóbulos blancos, plaquetas y/o PCR<sup>4</sup>. Aunque se deben interrogar todas las características del DAC, la presencia de uno de estos síntomas obliga al clínico a ordenar estudios endoscópicos y de imagenología. En caso contrario se pasa a la siguiente pregunta.

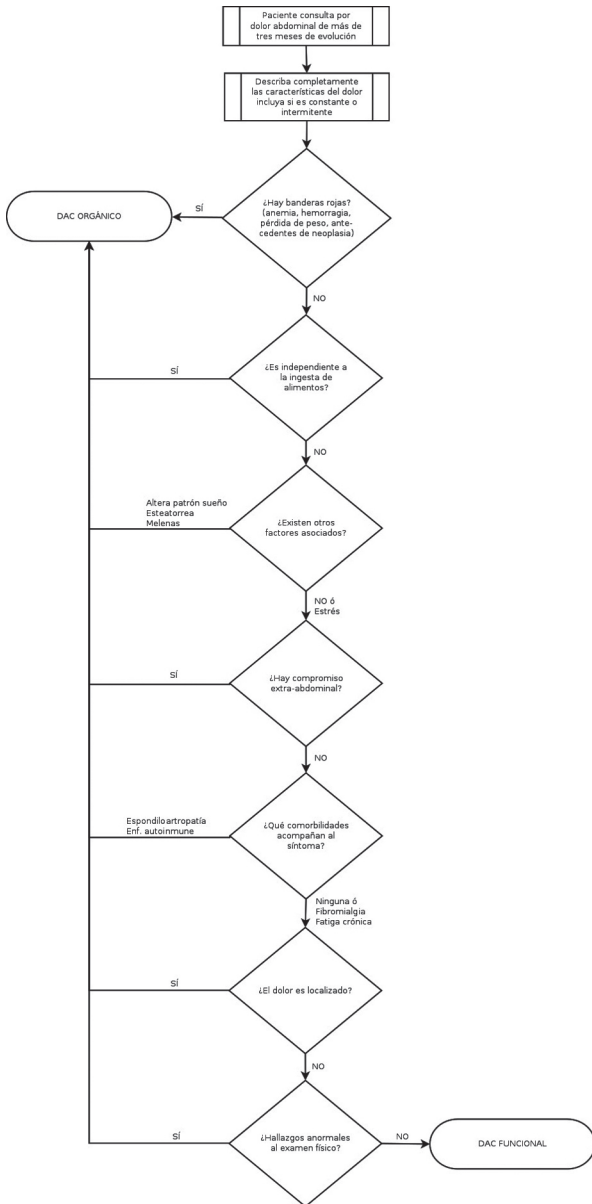


Figura 1. Algoritmo diagnóstico. Fuente: autores.

1. ¿Hay presencia de banderas rojas?

Se consideran banderas rojas o signos de alarma aquellos que sugieren origen orgánico del dolor. Su presencia debe alertar al clínico en búsqueda de sus diferentes etiologías. Éstas son: anemia,

2. ¿Es el dolor constante o intermitente?

El dolor intermitente es frecuentemente hallado en enfermedades inflamatorias y funcionales de origen gastrointestinal, estas tienden a recaer y remitir con el paso del tiempo<sup>15</sup>.

En contraste, cuando el dolor es constante siempre se debe pensar en malignidad, más aún si es gravativo con duración de semanas a meses. La excepción a la regla es el síndrome de dolor abdominal funcional, único dolor no orgánico que se manifiesta en forma constante<sup>15</sup>. Al igual que la pregunta anterior, dependiendo de la edad del paciente se debe considerar estudio endoscópico superior o colonoscópico en búsqueda de neoplasia gastrointestinal.

3. ¿La ingesta de comida agrava el dolor?

El dolor relacionado con la ingesta, especialmente grasas y lácteos, confirma el origen gastrointestinal del mismo e indica la dispepsia funcional y/o al síndrome de intestino irritable como etiologías probables. El síntoma puede ser desencadenado al oler o ver la comida<sup>4</sup>. En el dolor orgánico, específicamente la malignidad, no hay exacerbación del mismo con la ingesta de alimentos, excepto cuando el tumor produce fenómeno obstrucción<sup>4</sup>.

4. ¿Qué otros factores están relacionados con el dolor?

Otros factores que podrían ayudar a diferenciar si el dolor es de tipo funcional u orgánico son:

- **Sueño:** la calidad del sueño influye positiva y negativamente en el dolor funcional sin causar alteraciones, por el contrario el dolor de tipo orgánico puede despertar al paciente<sup>16</sup>.
- **Características de la deposición:** la esteatorrea se asocia a causa orgánica, como los síndromes malabsortivos y pancreatitis crónica<sup>4</sup>.

- **Estrés:** si es desencadenado por éste, lo más probable es que sea de origen funcional, aunque la enfermedad por reflujo gastroesofágico es la excepción a la regla<sup>17</sup>.

#### 5. ¿Hay síntomas extra-abdominales?

Los síntomas extra-abdominales son indicativos de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), como patología orgánica (eritema nodoso, pioderma gangrenoso, sacro-ilitis y uveítis)<sup>18</sup>. Aunque es infrecuente el compromiso intestinal, las manifestaciones sistémicas del lupus sugieren esta etiología<sup>19</sup>.

#### 6. ¿El paciente presenta otras comorbilidades?

Tanto para el dolor de tipo funcional como de tipo crónico, las comorbilidades que con frecuencia se asocian al síndrome de intestino irritable son la fibromialgia<sup>20</sup>, el síndrome de fatiga crónica<sup>20</sup> y la cistitis intersticial<sup>21</sup>; por el contrario, las espondilopatías se asocian con mayor frecuencia a la EII<sup>22</sup>.

#### 7. ¿Dónde se localiza el dolor?

En el DAC, a diferencia del agudo, no es posible identificar áreas de localización exacta para las patologías que lo causan<sup>4</sup>. La excepción es el dolor localizado secundario a cáncer de órganos sólidos como consecuencia de la distensión de la cápsula o de la invasión a la misma, indicando estadios avanzados. El dolor funcional comprende varias áreas extra abdominales y abdominales<sup>23</sup>.

#### 8. ¿Hay hallazgos anormales al examen físico?

Como se menciona anteriormente, la localización del dolor durante el examen físico indica organicidad más que alteración funcional, la presencia de masas debe generar las órdenes de estudios correspondientes. Las maniobras para la identificación de ascitis son imprescindibles (la ascitis siempre indica dolor orgánico) y si la palpación abdominal es normal se debe buscar el signo de Carnett, cuya positividad indica dolor parietal. Este signo se caracteriza por dolor abdominal que aumenta o permanece al contraer los músculos abdominales, bien sea por medio de la flexión de la cabeza, del tronco o de los miembros inferiores, ayudando así a diferenciar dolores viscerales de parietales.

## Estudios paraclínicos

Hacer un enfoque guiado por laboratorios del DAC es difícil ya que las opciones son amplias. Se recomienda, antes de solicitar cualquier estudio, categorizar el dolor en causa orgánica o funcional, dependiendo de los síntomas que presente el paciente y posteriormente decidir los paraclínicos y estudios de imagen correspondientes.

Es importante encontrar el equilibrio donde tanto el paciente como su médico se sientan a gusto. Así, es importante que el paciente considere que se estudió lo necesario y que el médico razonablemente aprecie que descartó organicidad. Múltiples estudios normales, generan ansiedad en el paciente, siempre se debe explicar para que se realiza cada laboratorio<sup>24</sup>.

No se recomiendan estudios extensos e invasivos de entrada si no hay banderas rojas. Como enfoque inicial se recomiendan estudios básicos a saber:

- **Hemograma:** la presencia de anemia en pacientes mayores de 50 años, sugiere un pólipo o un cáncer de colon, por debajo de esa edad considerar EII<sup>25</sup>.
- **Electrolitos:** su alteración puede ser evidenciada en la obstrucción o pseudo-obstrucción intestinal<sup>26</sup>.
- **VSG y PCR:** su elevación podrían reflejar EII<sup>27</sup>.
- Los **anticuerpos transglutaminasa** son diagnósticos cuando se sospeche una enfermedad celíaca<sup>28</sup>
- **Prueba de embarazo:** a todas las mujeres en edad fértil.

## Estudios de imagen

Entre los estudios de imagenología que se pueden realizar para enfocar la causa del dolor abdominal, está la radiografía de abdomen simple que podría diagnosticar una obstrucción intestinal, y la ecografía abdominal que es de gran utilidad en patologías de la vía biliar<sup>29</sup>. En términos generales, la tomografía está indicada en caso de sospecha de masa abdominal y la angiotomografía y la angiorresonancia se reservan en casos de sospecha de oclusión vascular mesentérica. Para el enfoque del DAC, la cápsula endoscópica y la enteroscopia son de especial interés, por lo cual se describen en detalle, sin embargo, estos estudios se deben de considerar solo posterior a

la realización de estudios endoscópicos básicos (endoscopia digestiva superior o colonoscopia según sea el caso) ya que son más económicos y están más disponibles en los diferentes centros. No se encuentra literatura médica que recomiende el uso del tránsito intestinal en estos casos. Si en estos no se encuentran hallazgos compatibles con enfermedad ácido péptica o enfermedad inflamatoria intestinal y esa es la sospecha, se procederá a cápsula endoscópica o enteroscopia como se describe a continuación.

### Cápsula endoscópica

La principal ventaja de esta ayuda diagnóstica está dada por su capacidad de visualización del intestino delgado, sitio que puede ser causante de DAC. Es por esto que en la literatura se reporta su uso en pacientes con DAC que han sido llevado a múltiples estudios, incluidos colonoscopia y endoscopia sin diagnóstico aclarado<sup>30</sup>.

Actualmente no existe consenso del momento ideal de la utilización de esta, pero según lo reportado en la literatura, esta puede encontrar la causa de dolor en un 20-30% de los casos. Es importante mencionar que el rendimiento diagnóstico mejora significativamente cuando los pacientes sometidos a esta tienen banderas rojas: reactantes de fase aguda elevados como glóbulos blancos, plaquetas y PCR, pérdida de peso y anemia ferropénica o de enfermedad crónica. Las causas más frecuentemente identificadas con este método diagnóstico son la Enfermedad de Crohn, las neoplasias y la enfermedad celiaca<sup>31</sup>.

### Enteroscopia

La enteroscopia es una alternativa para el diagnóstico y tratamiento de patologías del intestino delgado, ya que permite su visualización directa. Entre los tipos de enteroscopia se encuentran: doble balón, un solo balón y la espiral. Las dos primeras pueden realizarse por vía oral o rectal, pero la espiral solo puede realizarse por vía oral. El sangrado gastrointestinal oscuro, la Enfermedad de Crohn, los tumores del intestino delgado, el síndrome de Peutz-Jeghers y la enfermedad celiaca, son las principales indicaciones para su realización<sup>32</sup>. La incidencia de realización de enteroscopia para diagnóstico de dolor abdominal es muy variable, en un estudio realizado por Möschler *et al*, se encontró que el 19% de las indicaciones era debida a dolor abdominal<sup>33</sup>, por el contrario Buscaglia *et al*, encontraron que el 72% de las indicaciones era

dolor abdominal agudo con diarrea, y solo un 3% para DAC<sup>34</sup>. Entre las ventajas de este método sobre la cápsula endoscópica se encuentra el hecho de que tiene mejor visualización como resultado de lavado e insuflación de aire y se pueden tomar biopsias y realizar procedimientos como inyección, destrucción térmica o polipectomía<sup>35</sup>.

## Patologías causantes de dolor abdominal crónico

Una vez completado el estudio propuesto en el algoritmo anterior, se espera que dentro de las causas orgánicas y funcionales del dolor abdominal el paciente se encuentre encasillado en alguna de las enfermedades. De las causas orgánicas lo más frecuente serán la enfermedad ácido péptica y la EI y de las causas funcionales la dispepsia y el síndrome de intestino irritable (SII)<sup>4</sup> ( Ver Tabla 1).

Tabla 1. Patologías causantes de DAC.

DAC orgánico		DAC funcional	
Enfermedad	Prevalencia	Enfermedad	Prevalencia
Enfermedad ácido péptica	2 por 100	Dispepsia funcional	15-20 por 100
Colitis Ulcerativa	3-30 por 10 000	Síndrome de intestino irritable	4-14 por 100
Enfermedad de Crohn	4-10 por 10 000	Dolor abdominal funcional	2 por 100
Pancreatitis crónica	3 por 10 000	Dolor de pared abdominal	Sin información
Isquemia mesentérica	Sin información		
Tuberculosis peritoneal	Sin información		
Neoplasia TGI	Sin información		

Fuente: modificado de (4).

### (DAC) Orgánico

#### Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Es una enfermedad crónica de etiología autoinmune que comprende clásicamente a la Colitis Ulcerativa y la Enfermedad de Crohn. Clínicamente se manifiesta con diarrea, hematoquecia, anemia crónica y dolor abdominal.

El dolor abdominal es el síntoma inicial en el 50-70% de los casos, y el 20% de los pacientes presenta dolor abdominal secundario a sensibilización de las vías del dolor durante la inflamación produciendo cambios persistentes en las neuronas aferentes y en el procesamiento del dolor en el sistema nervioso central en ausencia de inflamación<sup>36</sup>.

El examen físico es usualmente normal. Para su diagnóstico se requieren criterios clínicos descritos anteriormente: criterios radiológicos, específicamente resonancia magnética para el caso de la Enfermedad de Crohn; criterios endoscópicos dados por hallazgos en la colonoscopia, endoscopia digestiva superior, cápsula endoscópica y enteroscopia según el caso; y por último el criterio histológico dado por los hallazgos característicos de cada enfermedad.

#### Isquemia mesentérica crónica

Es una manifestación poco frecuente de la enfermedad aterosclerótica, secundaria a angina intestinal o a síndrome de compresión celiaca. La angina intestinal es producto de un desbalance de flujo esplácnico y los requerimientos durante la digestión, secundario a la obstrucción progresiva<sup>37</sup>. En el síndrome de compresión celiaca se genera una compresión del tronco celiaco por tejido fibroso o por el ligamento arcuato del diafragma, suscitando dolor epigástrico de duración e intensidad variable que no siempre se relaciona con la ingesta<sup>38</sup>.

La isquemia mesentérica afecta principalmente a los pacientes ancianos y a los que presentan aterosclerosis en otras partes del cuerpo<sup>39</sup>. Cuando la isquemia es producto de un coágulo que obstruye el flujo sanguíneo hacia el intestino se denomina trombosis mesentérica<sup>40</sup>. Esta puede ser subaguda causando dolor abdominal que empeora con la ingesta de alimentos, distensión abdominal, vómito, diarrea, fiebre y sangrado gastrointestinal. También puede tener presentación crónica, pero la mayoría de pacientes son asintomáticos<sup>40</sup>. El diagnóstico se hace visualizando una oclusión arterial visceral en estudios imagenológicos con énfasis en circulación arterial o venosa –angioTC o angioRM-.

#### Porfiria

Producto de un trastorno en la síntesis del grupo hemo, se clasifican en agudas - (coproporfiria, porfiria ALA deshidratasa, porfiria intermitente aguda y porfiria variegata) - y cutáneas. Las primeras se caracterizan por DAC intermitente y síntomas

neuropsiquiátricos. Los ataques se asocian a múltiples medicamentos y al consumo de tabaco o alcohol. El diagnóstico se realiza con la medición de porfirinas (5-acidoaminolevulinico –ALA- y porfobilinógeno –PBG-) en orina, sangre o heces<sup>41</sup>.

#### Neoplasia del tracto gastrointestinal

El compromiso puede ser primario o secundario, sus síntomas dependen de su localización y del estadio de la neoplasia, incluyendo el dolor abdominal, y, en casos avanzados, clínica de obstrucción intestinal. Siempre se debe sospechar ante la presencia de banderas rojas<sup>42</sup>.

#### Enfermedad ácido-péptica

Esta enfermedad es causada por la presencia de úlceras en la mucosa duodenal o gástrica, causando dolor epigástrico urente rápidamente después de la ingesta de alimentos en el caso de la úlcera gástrica y luego de dos a tres horas si es duodenal. Es más común en pacientes jóvenes que en ancianos. Tiene costos elevados para su diagnóstico, tratamiento e incapacidades laborales. Impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes<sup>43</sup>. Las causas más comunes son la infección por *H. pylori* y el consumo de AINE<sup>44</sup>.

#### Pancreatitis crónica

La inflamación pancreática puede ser aguda o crónica, causando un daño estructural no reversible que altera tanto la función exocrina y endocrina. En los EE. UU es causada en un 80% de los casos por ingesta de alcohol. Otras causas como la desnutrición, obstrucción del ducto de salida pancreático, fibrosis quística, hiperlipidemia y trauma, son menos frecuentes. Produce DAC localizado en epigastrio que se irradia a espalda en forma de cinturón, asociado a náuseas y vómito, aunque 10 a 20% de los pacientes debutarán con sus complicaciones, es decir, diabetes mellitus, ictericia y malabsorción manifestado como esteatorrea y pérdida de peso. El diagnóstico debe ser realizado por imágenes ya que las pruebas de función pancreática séricas estarán normales producto de la fibrosis del tejido pancreático<sup>45</sup>.

#### Tuberculosis peritoneal

Para 2015, 10,4 millones de personas se enfermaron con tuberculosis y 1,8 millones murieron a nivel mundial<sup>46</sup>. La forma peritoneal de tuberculosis es

una entidad infrecuente según lo reportado en la serie del hospital Marquez de Valdecilla durante 15 años de seguimiento se encontraron un total de 59 pacientes con tuberculosis peritoneal<sup>47</sup>. Siendo factores de riesgo para reactivación el mismo agente etiológico la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, cirrosis, diabetes mellitus, neoplasias y la enfermedad renal en estadio terminal, especialmente aquella en diálisis peritoneal. Sus síntomas son DAC (64,5%), ascitis (73%) y fiebre (59%). Para el diagnóstico se requerirá del estudio de líquido peritoneal con niveles elevados de adenosin deaminasa (ADA) mayores a 40, la identificación por biología molecular, cultivo positivo o biopsia de peritoneo compatibles con la enfermedad<sup>48</sup>.

### (DAC) Funcional

#### Síndrome de dolor abdominal funcional

Los trastornos funcionales del tracto gastrointestinal se definen como una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, no explicados por alteraciones bioquímicas ni estructurales. Está definido por los criterios de ROMA IV: dolor abdominal continuo o casi continuo, al menos una vez por semana, en los últimos tres meses, asociado a 2 o más de los siguientes criterios: relacionado con la defecación, asociado a cambios en la frecuencia de las heces o en la apariencia de las heces<sup>4</sup>.

El dolor es causado por una amplificación en la percepción del estímulo visceral normal en el sistema nervioso central, no se asocia con el género ni edad; se incurre en altos costos de salud por las múltiples pruebas diagnósticas que se suelen realizar a estos pacientes<sup>49</sup>. El tratamiento debe abarcarse desde diferentes áreas, iniciando con una buena relación médico-paciente, tratar la constipación si está presente, suspender el uso de narcóticos si el paciente los usa, remitir a terapia psicológica y considerar el inicio a bajas dosis de antidepresivos<sup>50</sup>.

#### Dispepsia Funcional

La dispepsia funcional o dispepsia no ulcerosa, se trata de un trastorno frecuente que causa dolor localizado en epigastrio el cual inicia después de consumir alimento, sin evidenciar enfermedad orgánica en la endoscopia<sup>51</sup>. En la reunión de ROMA III se acordó que para su diagnóstico no debe existir evidencia de

enfermedad estructural que explique los síntomas asociado a llenura postprandial, saciedad precoz y dolor epigástrico por al menos tres meses<sup>52</sup>.

Si se hace el diagnóstico se deben suspender alimentos que empeoran los síntomas tales como café, alimentos picantes y con alto porcentaje de grasa y evitar el consumo de AINES. El tratamiento es sintomático con inhibidores de la secreción gástrica o proquinéticos, siempre tranquilizando al paciente de que no se trata de una enfermedad grave<sup>53</sup>. Se ha encontrado que la tasa de respuesta al placebo es alta<sup>54</sup>.

#### Síndrome de intestino irritable

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional caracterizado por alteración en las deposiciones asociado con dolor abdominal, este afecta aproximadamente del 15-20% de la población en países desarrollados. Su etiología es desconocida, pero existen teorías donde se sugiere que la alteración se encuentra a nivel de los mecanorreceptores parietales que se sensibilizan por un proceso inflamatorio leve<sup>55,56</sup>.

Las exacerbaciones están relacionadas con el estrés emocional y se encuentra con mayor frecuencia en el género femenino, en la tercera y cuarta década de la vida y en los pacientes con comorbilidades de origen psiquiátrico<sup>15</sup>. En Colombia, la prevalencia es del 5,8% (mujeres 8,5%, hombres 2,9%)<sup>13</sup>. Para su diagnóstico se requiere de la presencia de dolor o disconfort abdominal recurrente por tres días al mes en los últimos tres meses y que además cumple dos de los siguientes: mejoría con defecación, cambios en frecuencia o apariencia de las deposiciones<sup>57</sup>.

Existen diferentes subtipos: constipación, diarrea, mixto e indeterminado. El tratamiento depende del subtipo que presente el paciente, pudiendo hacer variaciones en la dieta que mejoren los hábitos intestinales y se han utilizado medicamentos anticolinérgicos cuando hay predominio de deposiciones diarreicas. Al igual que en la dispepsia funcional, se ha encontrado una alta tasa de respuesta al placebo<sup>54</sup>.

#### Dolor de la pared abdominal

El dolor de la pared abdominal es frecuentemente interpretado como dolor visceral y a este se le atribuye aproximadamente el 15% de los pacientes

que consultan por DAC inespecífico. El dolor es constante a la palpación en una pequeña área de menos de 2 cm y el paciente suele localizar con facilidad el sitio de mayor dolor<sup>53</sup>.

La mejoría de un 50% o más con la inyección de un anestésico local por un periodo de tres meses, sin otra explicación al origen del dolor, confirma el diagnóstico<sup>9</sup>.

## Conclusión

El dolor abdominal se encuentra dentro de las primeras causas de consulta en Colombia tanto a nivel ambulatorio como de urgencias. El DAC (dolor de 3 o más meses de duración) suele ser de manejo médico y en casi la mitad de los casos no se logra identificar la etiología. Para una aproximación diagnóstica se propone un algoritmo de ocho pasos: evaluación de banderas rojas, temporalidad del dolor, relación con ingesta, factores asociados, síntomas extra-abdominales, comorbilidades, localización y examen físico con el fin de clasificar el DAC en orgánico y funcional y determinar la necesidad de estudios complementarios. Con esta aproximación se espera facilitar el proceso diagnóstico del médico general.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

- Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press; 1994. 244.
- Ibarra E. Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13(2):65-72.
- Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Chronic Abdominal Pain. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 10th ed. Canada: Elsevier Health Sciences; 2015.
- Wall PD, McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack's Textbook of Pain. Churchill Livingstone: Elsevier; 2006.
- Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2006; 7(11):779-93.
- Greenbaum DS, Greenbaum RB, Joseph JG, Natale JE. Chronic abdominal wall pain: Diagnostic validity and costs. *Dig Dis Sci*. 1994; 39(9):1935-41.
- Cid J, Andrés JD, Díaz L, Parra M, Leal F. Dolor abdominal crónico (1a parte). *Rev Soc Esp Dolor*. 2005; 12(8):505-24.
- Zackowski SW. CHRONIC RECURRENT ABDOMINAL PAIN. *Emerg Med Clin*. 1998; 16(4):877-94.
- Otero W, Ruiz X, Otero E, Gómez M, Pineda LF, Arbeláez V. Dolor crónico de la pared abdominal: una entidad poco reconocida con gran impacto en la práctica médica. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2007; 22(4):261-71.
- Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc*. 2015; 90(1):139-47.
- Camilleri M, Williams DE. Economic burden of irritable bowel syndrome: Proposed strategies to control expenditures. *Pharmacoeconomics*. 2000;17(4):331-8.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi). Cifras e indicadores del Sistema de Salud EPS asociadas a Acemi [Internet]. Bogotá 2015 [consultado 10 Oct 2016] p. 430. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ACEMI/salude\\_en\\_cifras-2013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ACEMI/salude_en_cifras-2013.pdf)
- Encuesta Nacional de Salud 2007: resultados nacionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Cendex, S.E.I.S.A. y Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
- Alvarez Echeverri T. Semiología del dolor. *Iatreia*. 2002;15(3):200-206.
- Drossman DA. Chronic functional abdominal pain. *Am J Gastroenterol*. 1996;91(11):2270-81.
- Fass R, Fullerton S, Tung S, Mayer EA. Sleep disturbances in clinic patients with functional bowel disorders. *Am J Gastroenterol*. 2000;95(5):1195-2000.
- Mayer E. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*. 2000;47(6):861-9.
- Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet Lond Engl*. 2017;389(10080):1756-1770.
- Zizic TM, Classen JN, Stevens MB. Acute abdominal complications of systemic lupus erythematosus and polyarteritis nodosa. *Am J Med*. 1982;73(4):525-31.
- Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*. 2002;122(4):1140-56.
- Clemens JQ, Meenan RT, O'Keefe Rosetti MC, Kimes TA, Calhoun EA. Case-control study of medical comorbidities in women with interstitial cystitis. *J Urol*. 2008;179(6):2222-5.
- Sieper J, Braun J, Dougados M, Baeten D. Axial spondyloarthritis. *Nat Rev Dis Primers*. [Internet] Julio 2015;1:15013. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp201513>
- Mayer EA, Gebhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. *Gastroenterology*. 1994;107(1):271-93.
- Petrie KJ, Müller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, Ellis CJ, et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;334(7589):352.
- Astin M, Griffin T, Neal RD, Rose P, Hamilton W. The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2011;61(586):231-243.
- Jackson PG, Raiji MT. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician*. 2011;83(2):159-65.
- Juliao Baños F, Fernando C, Sánchez MT, García Duperly R, Bonilla DA, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerativa en población adulta. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2015;30:75-88.
- Shannahan S, Leffler DA. Diagnosis and Updates in Celiac Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2017;27(1):79-92.
- Saini S. Imaging of the Hepatobiliary Tract. *N Engl J Med*. 1997;336(26):1889-94.
- Xue M, Chen X, Shi L, Si J, Wang L, Chen S. Small-bowel capsule endoscopy in patients with unexplained chronic abdominal pain: a systematic review. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(1):186-93.
- Pasha SF, Fleischer DE. Capsule endoscopy for abdominal pain - is it of value or just another test for doctors to do?. *Endoscopy*. 2007;39(7):650-2.
- Ching HL, McAlindon ME, Sidhu R. An update on small bowel endoscopy. *Curr Opin Gastroenterol*. 2017;33(3):181-8.
- Möschler O, May A, Müller MK, Ell C, German DBE Study Group. Complications in and performance of double-balloon enteroscopy (DBE): results from a large prospective DBE database in Germany. *Endoscopy*. 2011;43(6):484-9.
- Buscaglia JM, Dunbar KB, Okolo PI 3rd, Judah J, Akerman PA, Cantero D, et al. The spiral enteroscopy training initiative: results of a prospective study evaluating the Discovery SB overtube device during small bowel enteroscopy (with video). *Endoscopy*. 2009;41(3):194-9.
- May A, Nachbar L, Wardak A, Yamamoto H, Ell C. Double-



- balloon enteroscopy: preliminary experience in patients with obscure gastrointestinal bleeding or chronic abdominal pain. *Endoscopy*. 2003;35(12):985–91.
36. Bielefeldt K, Davis B, Binion DG. Pain and Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(5):778–88.
  37. Acosta S. Epidemiology of mesenteric vascular disease: clinical implications. *Semin Vasc Surg*. 2010;23(1):4–8.
  38. Rits Y, Oderich GS, Bower TC, Miller DV, Cooper L, Ricotta JJ 2nd, et al. Interventions for mesenteric vasculitis. *J Vasc Surg*. 2010;51(2):392–400.e2.
  39. Hohenwarter EJ. Chronic Mesenteric Ischemia: Diagnosis and Treatment. *Semin Intervent Radiol*. 2009;26(4):345–51
  40. Harnik IG, Brandt LJ. Mesenteric venous thrombosis. *Vasc Med*. 2010; 15(5):407–18.
  41. Balwani M, Desnick RJ. The porphyrias: advances in diagnosis and treatment. *Blood*. 2012; 120(23):4496–504.
  42. Ripamonti C. Management of bowel obstruction in advanced cancer. *Curr Opin Oncol*. 1994; 6(4):351–7.
  43. Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. *Am J Med*. 2010; 123(4):358–366.e2.
  44. Sonnenberg A. Temporal trends and geographical variations of peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 1995; 9(2):3–12.
  45. Steer ML, Waxman I, Freedman S. Chronic Pancreatitis. *N Engl J Med*. 1995; 332(22):1482–90.
  46. Sotgiu G, Sulis G, Matteelli A. Tuberculosis-a World Health Organization Perspective. *Microbiol Spectr*. 2017; 5(1).
  47. Aguado JM, Pons F, Casafont F, San Miguel G, Valle R. Tuberculous peritonitis: a study comparing cirrhotic and noncirrhotic patients. *J Clin Gastroenterol*. 1990 ;12(5):550–4.
  48. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis-- presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005 15;22(8):685–700.
  49. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci*. 1993 ;38(9):1569–80.
  50. Drossman DA. Severe and Refractory Chronic Abdominal Pain: Treatment Strategies. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008; 6(9):978–82.
  51. Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *Int J Gen Med*. 2012; 5:789–97.
  52. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada J-R, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1466–79.
  53. Cid J, Andrés JD, Díaz L, Parra M, Leal F. Dolor abdominal crónico (1a parte). *Rev Soc Esp Dolor*. 2005 Dec;12(8):505–24.
  54. Berbel-Tornero O, Clemente-Yago F, García-Rodríguez C, Pereda-Pérez A. Dolor abdominal crónico y recurrente. En: Junta Directiva de la SEGHNP, coordinadores. *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica*. 2da ed. Madrid: Ergón S.A.; 2010. p. 29-35.
  55. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1991 Oct;101(4):927–34.
  56. Swarbrick E, Bat L, Hegarty J, Williams C, Dawson A. Site of pain from the irritable bowel. *Lancet Lond Engl*. 1980 Aug 30;2(8192):443–6.
  57. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480–91.