



Seminario: DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL

Autor: Ana Zatarain Valles

El dolor abdominal crónico se define como aquel dolor constante o recurrente de al menos 3 meses de duración. Es uno de los síntomas más frecuentes en las consultas de gastroenterología y en ocasiones determinar su etiología puede suponer un reto dado el amplio número de patologías que pueden sospecharse en su diagnóstico diferencial. Será fundamental realizar una exhaustiva historia clínica junto con una adecuada exploración física que nos permitan orientar el diagnóstico y valorar la necesidad de realizar pruebas complementarias.

ETIOLOGÍA DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

En función de su etiología, el dolor abdominal crónico puede dividirse en 4 grandes grupos: Dolor de la pared abdominal (Herpes zóster, neuralgia postherpética...), dolor abdominal de origen visceral (Úlcera péptica, pancreatitis crónica...), dolor abdominal secundario a enfermedades sistémicas (Porfiria aguda intermitente, fiebre mediterránea familiar...) y trastornos funcionales gastrointestinales (Dispepsia funcional, síndrome intestino irritable...).

Además, las características del dolor pueden orientarnos a una u otra patología:

- El dolor abdominal crónico de origen visceral tiene su origen típicamente en órganos internos. Se trata de un dolor difuso, en muchas ocasiones mal localizado que suele acompañarse de síntomas neurovegetativos como náuseas, vómitos, síntomas vasovagales... Es importante recordar que su intensidad en ocasiones no se relaciona con la gravedad de la patología (Ej El cáncer de colon en ocasiones no causa dolor).
- El dolor abdominal crónico somático se origina de los nociceptores de los tejidos superficiales (Ej piel) o del sistema musculo-esquelético. Es un dolor localizado,



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

normalmente en un área pequeña (área <2cm) que aumenta o disminuye con los cambios de posición y sin clara relación con la ingesta o la defecación.

- El dolor abdominal de origen funcional tiene su origen en una compleja interacción de varios factores donde destacan la hipersensibilidad visceral y una desregulación del sistema nervioso central a la hora de modular las señales procedentes del tubo digestivo y su función motora, sin poder olvidarnos del papel de la microbiota intestinal y la función inmune de la mucosa del tubo digestivo, que también suelen encontrarse alterados.

-

HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las características del dolor, la zona donde se origina, hacia donde se irradia, la evolución en el tiempo, los factores que aumentan/disminuyen su intensidad y la asociación con otros síntomas pueden ser de gran utilidad para sospechar el origen de la patología. También es importante conocer los antecedentes médicos del paciente (comorbilidades) y la medicación que toma habitualmente (especialmente antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y opiáceos que pueden ser la causa del dolor abdominal). Además, debemos identificar los signos de alarma (Inicio del dolor >60años, dolor que no respeta el sueño nocturno, pérdida de peso >5%, pérdida de apetito, sangrado digestivo, historia familiar de cáncer colorrectal, gástrico o enfermedad inflamatoria intestinal...) que nos orientan a una enfermedad orgánica y que pueden ser sugerentes de malignidad.

Resulta de gran importancia interesarnos por la dimensión psicosocial del paciente. Traumas infantiles, abuso de sustancias, problemas personales sin resolver... pueden ser “reactivados” tras algún evento vital (Ej. Tras una enfermedad somática, pérdida de un familiar...) provocando como resultado el aumento de la expresión y/o intensidad del dolor abdominal.



Tras la historia clínica y una adecuada exploración física, en muchos casos será preciso solicitar pruebas complementarias como analíticas de sangre y orina, pruebas de imagen e incluso endoscopias para esclarecer el diagnóstico. En algunas ocasiones es necesaria la valoración por otros especialistas (ginecología, urología, psiquiatría...) si pensamos que el origen del dolor puede ser extradigestivo.

DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES O DEL EJE CEREBRO-INTESTINO

Una gran parte de los pacientes con dolor abdominal crónico no presenta signos de alarma y las pruebas complementarias realizadas no permiten esclarecer una patología que justifique los síntomas dada su normalidad, por lo que habrá que descartar que se trate de un trastorno funcional gastrointestinal. De hecho, en un estudio global de la Rome Foundation describen que en torno a un 40% de la población mundial cumple criterios diagnósticos para al menos uno de los trastornos del eje cerebro-intestino descritos en los criterios diagnósticos de ROMA IV.

Los trastornos funcionales que más frecuentemente cursan con dolor abdominal y su prevalencia global son: el síndrome de intestino irritable (SII) (4.1%), la dispepsia funcional (7.2%) y el síndrome de dolor mediado centralmente (anteriormente conocido como dolor abdominal funcional) (0.5-1.7%).

La dispepsia funcional se clasifica dentro de los trastornos funcionales gastroduodenales. Se caracteriza por la presencia de dolor abdominal focalizado en epigastrio que suele acompañarse de otros síntomas digestivos como la plenitud postprandial, saciedad precoz, ardor epigástrico... En función de estos síntomas, según los criterios diagnósticos de ROMA IV puede dividirse en el síndrome de distrés postprandial o síndrome de dolor epigástrico.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

El SII es un trastorno intestinal cuyo síntoma predominante es el dolor abdominal recurrente que debe presentarse al menos 1 día a la semana en los últimos tres meses. El dolor se asocia con la defecación o con un cambio del ritmo intestinal (cambio en la frecuencia o forma de las heces) junto con distensión o hinchazón abdominal. Se divide en tres subtipos: SII con predominio de estreñimiento, SII con predominio de diarrea y SII mixto.

El síndrome de dolor mediado centralmente (Centrally mediated abdominal pain syndrome, CAPS) se caracteriza por la presencia de un dolor abdominal continuo o casi continuo, pero a diferencia del síndrome de intestino irritable o la dispepsia funcional no suele estar relacionado (o se relaciona muy ocasionalmente) con eventos fisiológicos como la ingesta de alimentos o la defecación. El dolor ocasiona un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

SINDROME DE DOLOR MEDIADO CENTRALMENTE (CAPS) (Anteriormente conocido como dolor abdominal funcional)

El CAPS tiene una prevalencia estimada entre el 0.5 -1.7%, siendo menos frecuente que otros trastornos del eje cerebro-intestino. Es más frecuente en mujeres y alcanza su pico de prevalencia en torno a los 40 años. Los pacientes con CAPS suelen tener una mayor tasa de absentismo laboral y de frecuentación hospitalaria.

La fisiopatología del CAPS no está claramente establecida pero se presupone similar a lo que sucede en otros trastornos del eje cerebro- intestino cuyo síntoma predominante es el dolor: Una sensibilización periférica a los impulsos dolorosos aferentes de las vísceras abdominales (respuesta aumentada de los nociceptores), una sensibilización central del asta posterior de la médula espinal (conlleva el reclutamiento de señales nociceptivas inocuas y la generación de una señal amplificada) y alteraciones en el procesamiento central de las señales dolorosas a través de una serie de cambios



funcionales y estructurales de diversos centros cerebrales (sensoriales, emocionales y de la corteza prefrontal) que se encargan de la modulación de dichas señales. Todo ello provoca que las vías descendentes moduladoras del dolor pierdan eficacia en la inhibición de la transmisión de la señal dolorosa, lo que conlleva un aumento de la sensibilidad de los estímulos dolorosos y otro tipo de estímulos inocuos.

Sin embargo, el hecho de que los pacientes con CAPS no presenten aumento del dolor con estímulos tales como la ingesta de la comida o la defecación, nos lleva a pesar que el aumento de la sensibilización periférica tiene un menor peso en este síndrome. Se piensa que la sensibilización central junto con las alteraciones en la modulación de las vías descendentes y los procesos finales de amplificación de las señales nociceptivas son la causa más probable de la cronicidad del CAPS.

Los factores genéticos, ambientales y comportamentales también tienen un rol importante en la predisposición de los pacientes al dolor crónico. Además, no podemos olvidar que los factores psicológicos individuales pueden amplificar la experiencia del dolor.

El diagnóstico del CAPS se basa en los criterios de ROMA IV: Debe incluir todo lo siguiente:

1. Dolor abdominal continuo o casi continuo
2. El dolor no está relacionado con eventos fisiológicos, como comer, defecar o la menstruación, o es solo ocasional. Aunque puede estar presente algún grado de disfunción gastrointestinal
3. El dolor limita algunos aspectos de la vida diaria (Trabajo, intimidad, ocio, vida familiar, autocuidado)
4. El dolor no es simulado/fingido



5. El dolor no se explica por otros trastornos funcionales digestivos, ni por una lesión estructural ni por ninguna otra condición médica.

Estos criterios deben estar presentes al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado al menos 6 meses antes del diagnóstico. El CAPS está típicamente asociado con comorbilidades psiquiátricas (Ej, ansiedad, depresión, somatización...) pero no existe un claro perfil que pueda usarse para su diagnóstico.

El dolor referido por los pacientes abarca grandes áreas anatómicas, suelen describirlo con términos emocionales y normalmente presentan dolor no asociado al aparato digestivo (Ej musculoesquelético). Suelen describir múltiples y continuas experiencias dolorosas desde la infancia o recurrentes en el tiempo. Además, puede coexistir con otras enfermedades estructurales o funcionales, o al menos estos otros diagnósticos eran los predominantes al inicio del cuadro.

SÍNDROME DE INTESTINO NARCÓTICO O HIPERALGESIA INDUCIDA POR OPIÁCEOS

Se caracteriza por el desarrollo o incremento paradójico del dolor abdominal asociado con el tratamiento crónico o incremento progresivo de la dosis de opiáceos. Puede ocurrir en pacientes con trastornos funcionales digestivos o enfermedades crónicas estructurales digestivas (Ej Pancreatitis crónica), con cualquier enfermedad que cause dolor (incluido enfermedades oncológicas) e incluso en pacientes que reciben altas dosis de opiáceos tras procedimientos quirúrgicos. Tras la retirada de los opioides los pacientes refieren mejoría del dolor (5).