

La laparoscopia en el dolor abdominal crónico en la infancia*

J.A. Blanco, J.M. Casasa, A. Castellví, R.M. Isnard, P. López

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario «Germans Trias i Pujol», Badalona.

RESUMEN: El dolor abdominal crónico recidivante (DAR) es una de las patologías más frecuentes en pediatría. Puede presentarse en forma de crisis agudas periódicas o de manera continua. Se considera que para que el dolor sea aceptado como crónico su presencia se debe prolongar durante más de 3 meses. En muchas de las publicaciones consultadas se valora que sólo entre el 5 a 10% tienen una etiología orgánica y el resto se etiquetan de procesos funcionales de origen psicológico. El motivo de nuestra comunicación es mostrar nuestra experiencia sobre 304 pacientes con DAR, estudiados entre 1995 y 2001. Destacamos la utilidad de la laparoscopia para poder diagnosticar y tratar el 14,45% (44 casos) de este grupo de pacientes.

Material y métodos. Se estudian 304 pacientes entre los 4 y 15 años de edad, durante el período 1995-2001. Se aplicó un protocolo: antecedentes familiares, antecedentes personales, anamnesis específica para DAR, descripción minuciosa de la dieta y hábitos intestinales, exploración física. Laboratorio: 1) analítica general de sangre, perfil hepático, glucemia, colesterol, creatinina, amilasa; 2) sedimento de orina y si precisaba urocultivo; 3) examen de heces, y 4) examen de flujo vaginal. Diagnóstico por la imagen: radiografía simple de abdomen, ecografía y tránsito intestinal. Determinaciones específicas y orientadas: test de la urea espirada, quimismo gástrico, test de la lactosa, fibrogastroscopia y biopsia, fibrocolonoscopia y biopsia, laparoscopia.

Resultados. De forma resumida podemos decir que en 74 pacientes (23,4%) la etiología se debía a las dietas alimentarias inadecuadas, en 31 (10,1%) por *Helicobacter pilori*, en 20 (6,5%) por procesos faringoamigdalares e igual cifra la etiología fue de origen ginecológico, el origen psicógeno en 18 casos (5,9%), y en 44 casos (14,45%) se tuvo que llegar a indicar la laparoscopia.

Conclusiones. El estudio anatomopatológico en los casos en los que realizamos la apendicectomía laparoscópica no nos permite aceptar el cuadro de «apendicitis crónica». La laparoscopia exploratoria y posterior apendicectomía ha sido beneficiosa para la resolución de la patología en un 14,45% de los pacientes. Es fundamental realizar un seguimiento a largo plazo, mínimo 12 meses, para dar por curado el cuadro de DAR. Debemos esforzarnos en buscar la causa etiológica en todo DAR.

PALABRAS CLAVE: Dolor abdominal recurrente; Laparoscopia; Apendicectomía.

Correspondencia: José A. Blanco Domínguez. C/ Bruc nº 69, 2-1. 08009 Barcelona.

*Presentado en el XLII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, Valencia.

Recibido: Mayo 2003

Aceptado: Diciembre 2003

LAPAROSCOPY IN CHRONIC ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN

ABSTRACT: The recurrent chronic abdominal pain (RAP) is one of the most usual pathologies in pediatrics. It may appear in the form of periodical or continuous sharp crisis. In order to be accepted as chronic, the presence of this pain must last at least 3 months. In many of the reference publications, only between 5 and 1% of the cases are considered to have an organic ethiology and the rest are labelled as functional processes of psychological origin. The reason for our communication is to show our experience on 304 RAP patients from 1995 to 2001. We also want to highlight the usefulness of laparoscopy in order to diagnose and treat 14.45% (44) of cases of this group of patients.

Material and Methodology. 304 patients between 5 and 14 years old were studied from 1995 to 2001. We followed a protocol of: medical and personal medical record, specific anamnesis for RAP, detailed description of the diet and intestinal habits, physical exploration. Laboratory: 1) blood analysis, hepatic profile, glucose, cholesterol, creatinine, amylase, 2) urine sediment and may be urine culture, 3) faeces analysis and 4) vaginal flow analysis. Image diagnosis is: simple abdomen radiography, ultrasonography and intestinal Rx. Guided and specific determinations: spired urea test, gastric chemism, lactose test, gastroscopy and biopsy, colonoscopy and biopsy, laparoscopy.

Results. In short, we can say: 74 patients (23.4%) come with inappropriate feeding diets, 31 (10.1%) with helicobacter pilori, 20 (6.5%) with adenoids, pharynx and pharyngeal processes, the same figure from gynaecologic origin, 18 (5.9%) from psychological origin, and in 44 cases (14.45%) laparoscopy was indicated.

Conclusions. The anatomopathological study in the cases in which we carried out laparoscopic appendicectomy does not allow us to accept the symptoms of chronic appendicitis. The exploratory laparoscopy and the appendectomy have meant benefits for the solution to this pathology in 14.45% of patients. It is essential to carry out a long-term follow-up, at least 12 months, to be sure RAP is cured. We must carry on looking for aetiological cause of RAP.

KEY WORDS: recurrent chronic abdominal pain, laparoscopy, appendectomy.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal recidivante (DAR) es una de las patologías más frecuentes en la infancia. Según algunos auto-

Tabla I Causas de dolor abdominal recurrente: 304

Alimenticias	74
¿Apendicopatía crónica?	44
<i>Helicobacter pylori</i>	31
Psicosomáticas	23
Procesos faringoamigdalares	20
Ginecológicas	20
Estreñimiento	16
Otras	76

Tabla III Anatomía patológica

Hiperplasia folicular	17
Edema y signos congestivos	14
Presencia de fecalito	7
Sin ninguna alteración	6

res en el dolor abdominal recidivante la etiología orgánica se da en un 5 a 10% de los casos, el resto se etiquetan de procesos funcionales de origen psicológico.

Nosotros creemos que ante todo DAR hay que buscar una etiología y, según nuestra experiencia, sólo en un 7,5% de nuestros pacientes con DAR no encontramos etiología orgánica demostrable.

El motivo de este trabajo es destacar que la laparoscopia como técnica exploratoria, diagnóstica y terapéutica es ideal para un determinado grupo de pacientes con DAR.

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de una revisión de 304 pacientes con DAR, visitados en nuestro servicio en el período 1995-2001, de los que 132 son niños y 172 niñas, en edades comprendidas entre los 4 y 15 años. A todos ellos se les aplicó un protocolo para identificar la etiología del dolor, los antecedentes familiares, los antecedentes personales, la anamnesis y las características del DAR, así como las pruebas complementarias (Tabla I).

En este grupo se incluyeron los 44 pacientes con DAR que cumplían los siguientes criterios: 1) que el dolor abdominal se localizaba fundamentalmente en fosa ilíaca derecha (FID), 2) las crisis de dolor que les obligaba a acudir al servicio de urgencias, y en ocasiones precisaban ser ingresados para valorar la evolución ante un posible cuadro de apendicitis aguda y c) aquellos que mediante el diagnóstico por la imagen presentaban imagen compatible con fecalito.

De estos 44 casos, 29 eran niñas y 15 niños, después de no encontrar una etiología causante de dolor y segui-

Tabla II Hallazgos apendiculares en laparoscopia

Apéndices subserosos y/o adherencias	20
Apéndices con fecalito	7
Apéndice torsionado	1
Sin patología aparente	16
<i>Otros hallazgos</i>	
Hidátides de trompas	4
Quistes foliculares	2
Hernia inguinal izquierda	1
Adherencias a Douglas	1

Tabla IV Resultados poslaparoscopia (6 m-6 a.)

Desaparición del dolor	40		
Persistencia dolor	4	Psicosomáticos	2
		Colon irritable	1
		Etiología anxial	1

do el protocolo anteriormente descrito persistía el cuadro de DAR, se les aconsejó a la familia realizar una laparoscopia exploratoria diagnóstica y realizar una apendicectomía.

RESULTADOS

De las 44 laparoscopias los hallazgos fueron: a) en 20 apéndices subserosos y/o adherencias, b) en 7 había presencia de fecalito, c) en un paciente el apéndice estaba torsionado y d) en los 16 restantes no vimos patología apendicular aparente. Otros hallazgos, asociados, que se vieron durante la laparoscopia, fueron: a) 2 quistes foliculares, b) 4 hidátides de trompas uterinas, c) y en un caso una hernia inguinal en el lado izquierdo y d) múltiples adherencias intestinales a Douglas (Tabla II).

Los resultados de anatomía patológica de las 44 apendicectomías fueron: a) en 17 hiperplasias foliculares, b) en 14 presentaban signos de edema y congestión, c) en 7 con presencia de fecalitos y d) en 6 apéndices normales (Tabla III).

De los 44 pacientes después de la laparoscopia y la apendicectomía en 40 pacientes había desaparecido el dolor; se controlaron entre los 6 meses y 6 años después de la apendicectomía laparoscópica, sólo en 4 casos persistió la sintomatología, de éstos en 2 pacientes se etiquetó la etiología de origen psicosomática, en uno la causa fue un colon irritable y en el caso restante origen anxial. Una paciente, exenta de DAR, a los 6 años presentó cuadros de migrañas con dolor abdominal ocasional durante las crisis (Tabla IV).

DISCUSIÓN

En la bibliografía gastroenterológica y psiquiátrica⁽¹⁻⁴⁾ se suele etiquetar que la etiología funcional es la predominante. Se considera dolor de origen funcional aquel que tiene una etiología psicógena y representa un 80% de los DAR en edad pediátrica.

Si observamos en los resultados de nuestro estudio se ha logrado conocer la etiología del dolor abdominal recidivante en un 92,44% y sólo en 23 no pudimos llegar a saber la causa etiológica del dolor y fueron etiquetados de funcionales (7,56%). Estos datos coinciden con otros autores, como los de Seguel Ramírez⁽⁵⁾.

En ocasiones sorprende la simplicidad de encontrar la etiología si pensamos en ella como las de causas alimentarias (intolerancias), estreñimiento, *Helicobacter pylori*, etc., pero los DAR con una localización predominantemente en fosa ilíaca derecha y en aquellos pacientes que durante las crisis de DAR precisaron un ingreso en observación por posible cuadro de apendicitis aguda, que posteriormente no se confirmó, según algunas escuelas y en publicaciones de hace unas décadas se podrían haber etiquetado como «apendicopatía crónica».

En 1981, tres de nosotros publicamos un trabajo titulado «¿Apendicopatía crónica?», en el que de 608 pacientes con cuadros de DAR, en 31 casos se realizó una apendicectomía a través de laparotomía⁽⁶⁾, entonces la laparoscopia no estaba apenas desarrollada. Cuando se realizaba la apendicectomía sólo podíamos visualizar parcialmente íleon terminal, ciego, buscar el divertículo de Meckel, y en ocasiones el ovario y anejos del lado derecho, hoy mediante la laparoscopia podemos explorar todas las estructuras de la cavidad abdominal, además de ser una técnica con muchísima menos morbilidad que la vía convencional, y el paciente precisa una hospitalización entre 24 y 48 horas.

Los estudios de anatomía patológica no fueron demostrativos de una patología inflamatoria que explique las crisis de dolor, resultados que se repiten en el estudio actual.

Algunos autores⁽⁷⁾, intentando explicar el motivo de las algias, relacionaron éstas con un aumento del peristaltismo apendicular por la proliferación de células cromafines, situadas en la lámina propia de la mucosa apendicular, productoras de serotonina, de sustancia P, etc. Otros⁽⁸⁾ investigaron sobre la vascularización del mesoapéndice y de la pared del propioapéndice encontrando en las supuestas apendicitis crónicas áreas de isquemia, con fibrosis, alternando con otras de aspecto edematoso con vasos congestivos y dilatados con zonas estenóticas, lo que atribuían a la causa una etiología vascular de las algias abdominales.

Por tanto, el diagnóstico de apendicopatía crónica ha sido y es un motivo de polémica. Lo que sí es evidente es que una vez realizada la apendicectomía remite el cuadro de dolor abdominal en el 90,91% de pacientes.

En la década de los años 60, si repasamos la literatura, se abusó del diagnóstico de «apendicitis crónica» que se aplicaba a muchos DAR. Llegó a prodigarse tanto que en ambientes científicos hospitalarios se produjo una reacción diametralmente opuesta. Lo habitual era que el clínico aconsejara la apendicectomía y el cirujano que la practicaba tenía una cierta mala reputación científica. La prueba es que de la mayoría de tratados de patología quirúrgica desapareció el capítulo de apendicitis o apendicopatía crónica.

Nosotros creemos que la exploración laparoscópica del abdomen y la apendicectomía, debe indicarse en los pacientes con DAR en que descartadas otras etiologías presenten los siguientes requisitos: a) dolor localizado en FID, b) presentación del cuadro en crisis agudas de repetición, c) aquellos que cuando presentan la crisis de dolor se ha sugerido como orientación diagnóstica una posible «apendicitis aguda» que posteriormente por su evolución no se confirmó, d) aquellos pacientes con DAR que en los estudios de diagnóstico por la imagen (Rx, ecografía, etc.) muestren la presencia de fecalito y e) haber descartado cualquiera de las otras etiologías de dolor abdominal.

Sea cual fuere la etiología de estos dolores abdominales recurrentes localizados en fosa ilíaca derecha, es evidente que después de la laparoscopia y realizada la apendicectomía, en la mayoría de estos pacientes ha desaparecido la sintomatología, coincidiendo nuestra experiencia con otros autores^(9,10).

CONCLUSIONES

1. El dolor localizado en fosa ilíaca derecha de más de 3 meses de evolución, sin otra causa aparente, es subsidiario de realizar una laparoscopia exploradora, que se aprovechará para realizar una apendicectomía.
2. El seguimiento de estos pacientes a largo plazo (como mínimo 3 meses), después de la laparoscopia y apendicectomía, muestra la desaparición de las molestias abdominales en la gran mayoría de estos casos.
3. Estos procesos de dolor abdominal recidivante de localización en fosa ilíaca derecha (apendicopatía crónica), no tiene una base anatomopatológica claramente demostrable pero sí una evidente resolución clínica.
4. Debemos agotar todas las posibilidades para encontrar la etiología de los dolores abdominales recidivantes (DAR), y no conformarnos con etiquetarlos de etiología funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz de la Garza CL, Gamez Guerrero S, Serrano Guerra E, Gutierrez Casares JR. Dolores abdominales recurrentes en atención primaria, estudio del dolor abdominal recurrente funcional. *An Esp Pediatr* 2000;**53**:458-468.
2. Groffie JM, Fitzgerald JF, Chong SKF. El dolor abdominal recurrente en niños; estudio retrospectivo del pronóstico en un grupo

- remitido al gastroenterólogo pediátrico. *M.T.A. Pediatría* 2000;**21**: 515-532.
3. Boyle JT, Hamel-Lambert J. Biopsychosocial issues in functional abdominal pain. *Pediatr Ann* 2001;**30**:32-40.
 4. Boyle JT. Funcional abdominal pain as etiology of recurrent abdominal pain. In *Pediatric Gastrointestinal Motility disorders*. HY-MANN, P. Ed Academy Professional Inf Ser 1994;**6**:105-114.
 5. Seguel Ramirez F, de Mingo Misena I, Rollan Villamarin V. Nueve años de experiencia en apendicectomía laparoscópica en pacientes pediátricos. *Cir Pediatr* 2002;**15**:94-96.
 6. Blanco JA, Casasa JM, Castellvi A. ¿Apendicopatía crónica? ¿Síndrome de la fosa ilíaca derecha? *Rev Esp Pediatr* 1981;**37**:309-316.
 7. Vallejo Real C, Sánchez Pérez JD, Puig Abuli M, Villa Elizaga I. Apendicitis crónica. ¿Sí o no? *Acta Pediatr Esp* 1985;**43**:85-88.
 8. Ortega Bebía JM, Jiménez García A, García Fernández S, Rivera Hueto F, García Díaz S. Hacia una justificación etiopatogénica de las apendicitis crónicas. *Rev Quir Esp* 1985;**12**:214-217.
 9. Stevenson RJ. Chronic right-lower-quadrant abdominal pain: is there a role for elective appendectomy? *J Pediatr Surg* 1999;**34**: 950-954.
 10. Leardi S, Delmonaco S, Ventura T, Chiominto A, De Rubies G, Simi M. Dolore abdominale ricorrente e «appendicite crónica». *Minerva Chirurg* 2000;**55**:39-44.