



SÍNTOMAS MÉDICAMENTE INEXPLICABLES EN PEDIATRÍA

Paola Cárdenas Jaén. Residente de 4º año de Pediatría y sus Áreas específicas.

Colaboración: Dra. Auxiliadora Javaloyes Sanchís. Psiquiatra infanto-juvenil.

Tutores: Dr. Pedro Alcalá y Dra. Olga Gómez.

Presentación del caso

- Adolescente de 13 años que consulta frecuentemente en urgencias por dolor abdominal :
 - *Año 2017:*
 - 8 visitas a centro de salud
 - 8 consultas en urgencias agrupadas en los meses de febrero, junio y octubre
 - 3 ingresos hospitalarios
 - *Año 2018 (enero-marzo):*
 - 5 visitas a centro de salud
 - 4 consultas en urgencias
 - 2 ingresos hospitalarios
- Síntomas:
 - *Dolor abdominal epigástrico o en FID (sobre todo)*
 - *+/- Vómitos asociados*
 - *No cambios en el hábito deposicional, ni clara relación con la ingesta*
 - *No fiebre, pérdida de peso ni pérdida de apetito*



Presentación del caso

- Antecedentes personales:
 - *Antecedentes perinatales sin interés, no RAMc, vacunación reglada*
 - *Episodios de vértigo e inestabilidad de la marcha en 2015*
 - *Esteatosis hepática secundaria a obesidad en seguimiento por Digestivo Infantil*
 - *No tratamientos crónicos*
- Antecedentes familiares:
 - *Padre: Obesidad, tabaquismo*
 - *Madre: Sana.*
 - *No consanguíneos*
- Exploración física:
 - *Constantes normales*
 - *Obesidad*
 - *Defensa en el punto doloroso*
 - *Blumberg dudoso*



Dolor abdominal crónico y recurrente

Dolor abdominal crónico y recurrente

Octavio Berbel Tornero¹, Fernando Clemente Yago², Carlos García Rodríguez³, Antonio Pereda Pérez¹

¹Hospital Universitario La Fe de Valencia. ²Hospital General Universitario de Alicante.

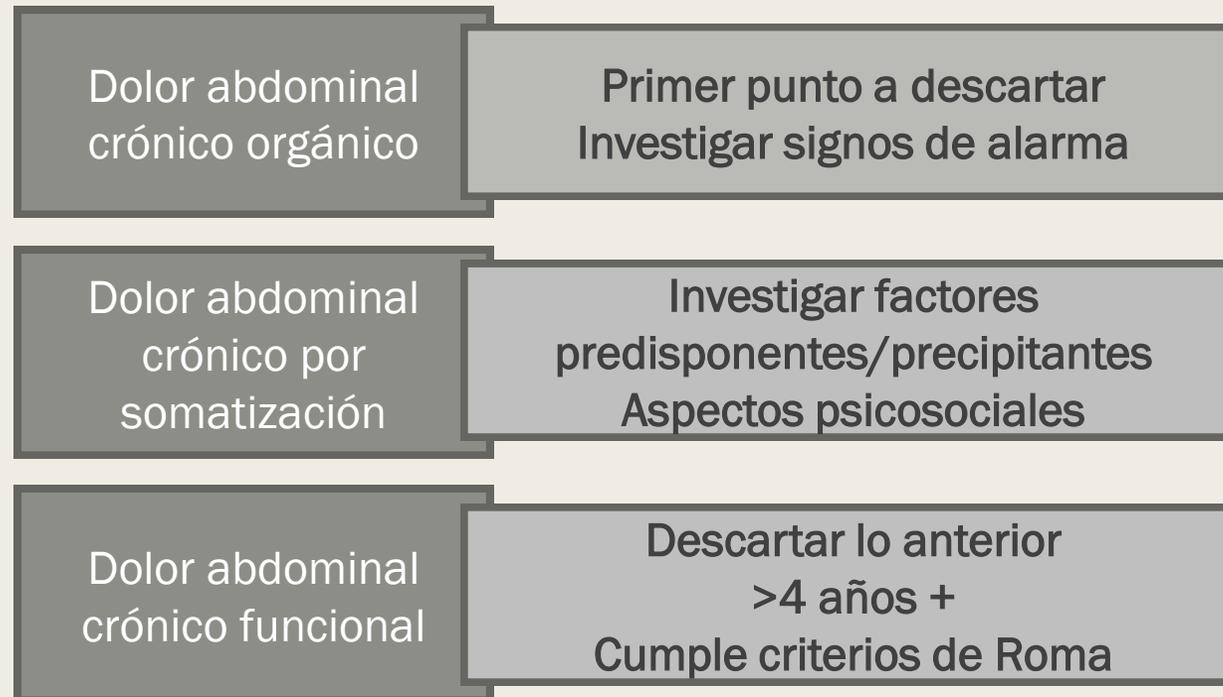
³Complejo Hospitalario de Ourense.

Dolor abdominal crónico:
Dolor de duración superior a 1 mes

Dolor abdominal crónico y recurrente:
≥3 episodios de dolor abdominal intenso en 3 meses

Evaluación y diagnóstico diferencial del Dolor Abdominal Crónico (DAC)

- Anamnesis detallada y exploración física rigurosa
- Diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico y recurrente



Diagnóstico diferencial del DAC orgánico

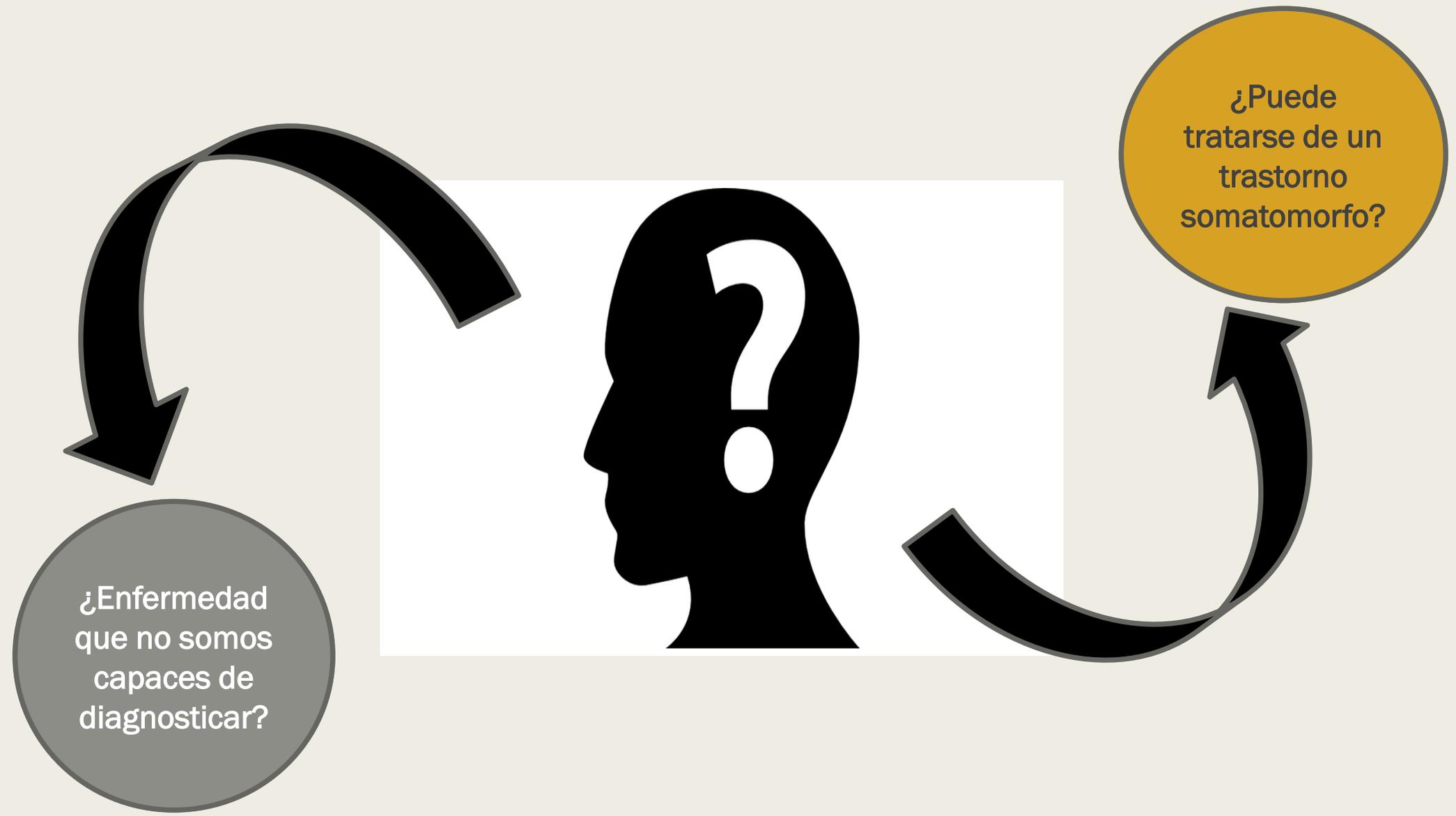
- Estreñimiento
- Alteraciones ácido-pépticas
- Infección por *H. pylori*
- Mala absorción de hidratos de carbono
- Enfermedad celiaca
- Enteropatía eosinofílica
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Infecciones
 - Parásitos: *Giardiasis, criptosporidium..*
 - Bacterianas: *Campylobacter spp...*
- Anomalías anatómicas
- Dolor musculoesquelético
 - *Dolor de pared abdominal*

- Enfermedad hepato-biliar
- Genito-urinarias
 - Infección de orina
 - Dismenorrea
 - Endometriosis
 - Himen imperforado
- Fiebre mediterránea familiar
- Conectivopatías
- Causas metabólicas
 - Diabetes mellitus
 - Aminoacidopatías
- Neoplasias: linfomas..
- Otros: Munchausen..

¿Causa orgánica?



...Síntomas medicamente no explicables



Aproximación a los trastornos somatomorfos

DSM-V (Trastorno de síntomas somáticos)
≥1 síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas
Pueden no estar continuamente presentes, pero el trastorno es persistente (>6 meses)

CIE-10 (Trastornos somatomorfos: tras. de somatización)
Síntomas somáticos y demandas de exploraciones reiteradas. Aun cuando hay un trastorno físico, este no explica la intensidad de los síntomas
No aceptación de resultados negativos de las exploraciones
Interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar (>2 años)



Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas

Los factores precipitan o exacerban los síntomas

Trastornos somatomorfos en Pediatría

- En la etapa pediátrica los síntomas psicósomáticos son una forma frecuente de manifestación de trastornos mentales
- Manifestaciones más frecuentes:



- Edad de inicio: 3-5 a
- Pico de incidencia: 7-9 a
- Niñas >niños: 5/1

Trastornos somatomorfos en Pediatría

NIÑO/A

Alexitimia

Temperamento

Ampli. somatosensorial

Ansiedad de separación

Enfermedad física infantil

Factores biológicos

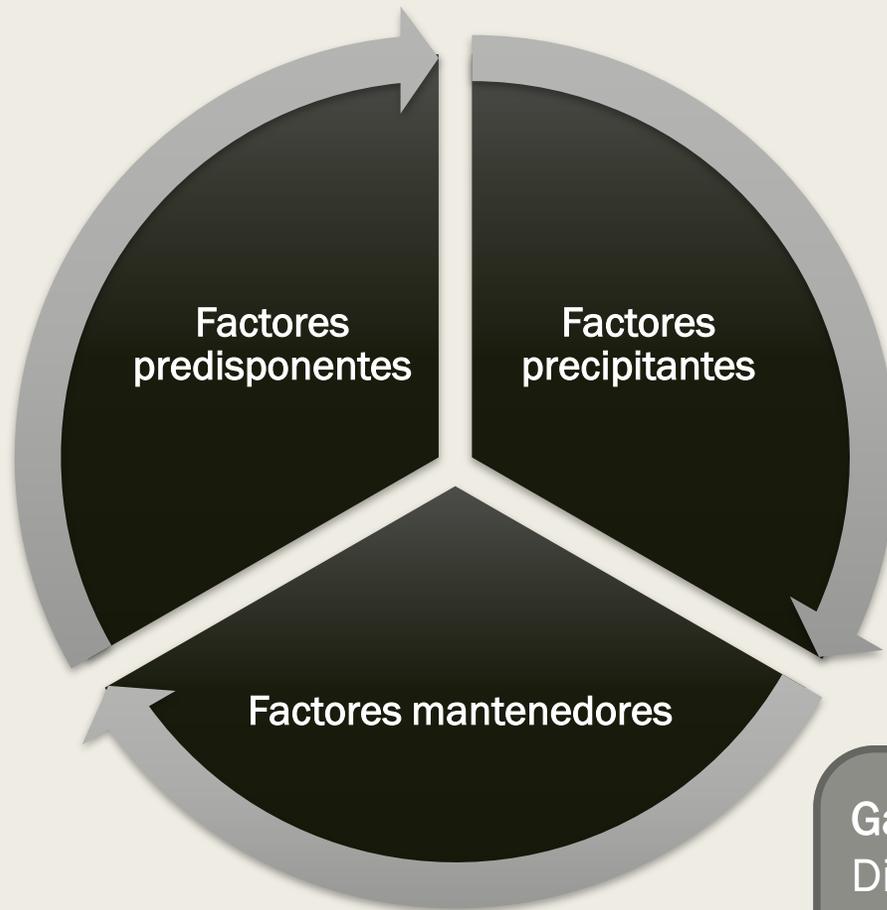
PADRES

Negación de conflictos

Sobreprotección

Somatización parental

Enfer. física/ psiquiátrica



Duelo

Nacimiento de un hermano

Cambio de domicilio/colegio

Fracaso escolar

Acoso/violencia

Abuso sexual/violación

“Identificación proyectiva”

Ganancia 1^a/2^a

Distorsiones cognitivas

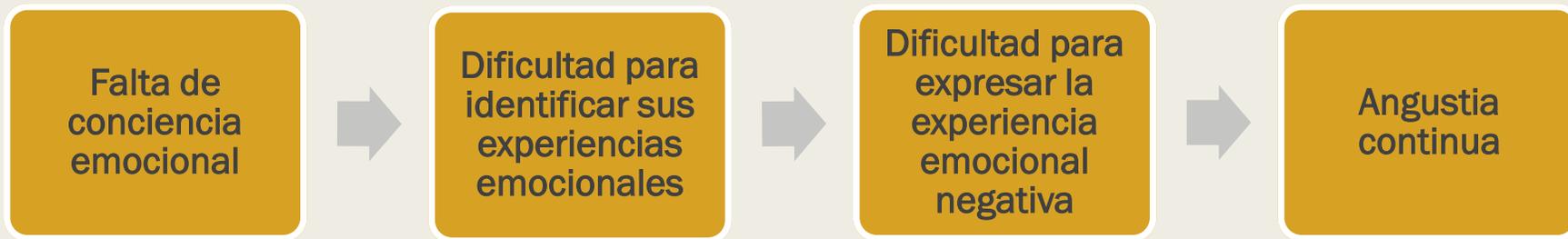
Alteraciones perceptivas

Factores iatrogénicos

Cronicidad

Trastornos somatomorfos en Pediatría

- Forma de expresión del sufrimiento emocional: síntomas físicos que acompañan a las experiencias emocionales negativas



- Factores biológicos:

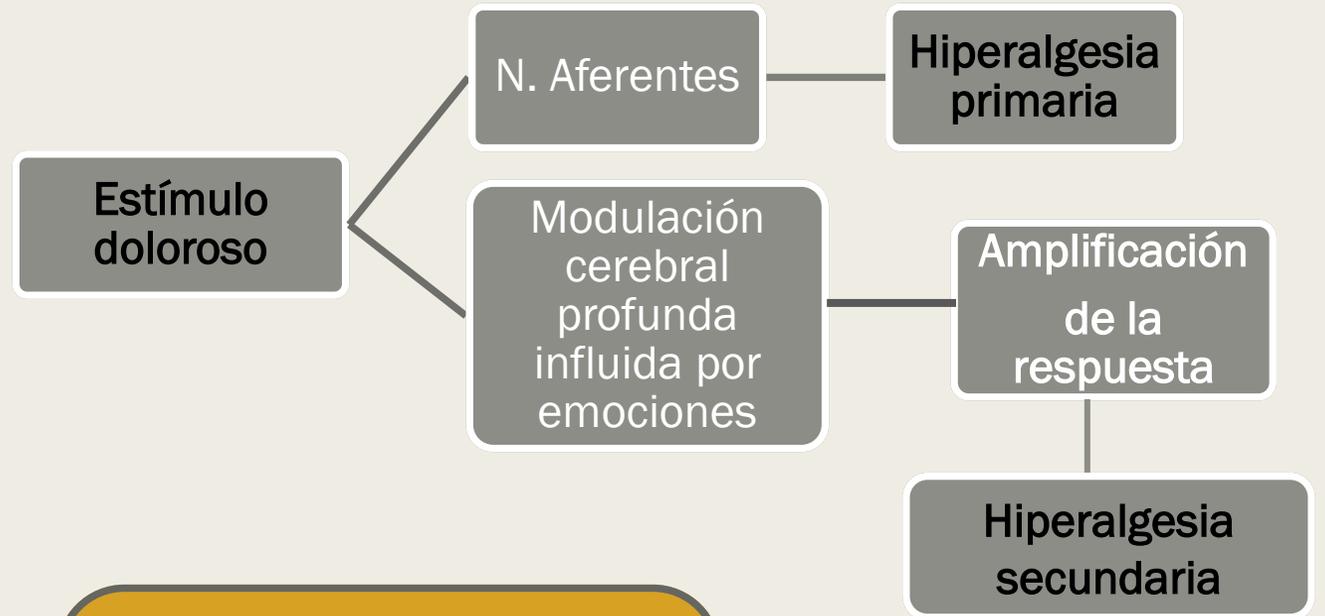
SN simpático hiperactivo

Hipersensibilidad al dolor

Modulación anormal de la transmisión

Percepciones corticales alteradas

Trastornos somatomorfos en Pediatría



De forma crónica
↓
Vías de dolor alteradas
+
Cambios estructurales

Trastornos somatomorfos en Pediatría

- Influencia de los padres:



¿En nuestro caso?

Clínica del paciente



- Dolor abdominal recurrente (FID)
- Respuesta parcial a medicación analgésica
- +/- Vómitos
- No cambios en el ritmo deposicional
- No pérdida de peso, apetito ni fiebre
- Pruebas reiteradamente normales

Actitud del paciente



- Conforme con reiterados de ingreso
- Mejor control de síntomas durante los ingresos
- Interferencia significativa con actividad diaria
- Ingresos en épocas claves

Actitud de los padres



- Preocupación extrema del padre
- Trastorno anímico y obsesión
- Constantes preguntas sobre la presencia del dolor
- Solicitud de pruebas cada vez más invasivas

¿En nuestro caso?

Clínica del paciente

- Dolor abdominal recurrente
- Respuesta parcial a medicación analgésica
- +/- Vómitos
- No cambios en el ritmo deposicional
- No pérdida de peso, apetito normal, fiebre
- Pruebas reiteradamente normales

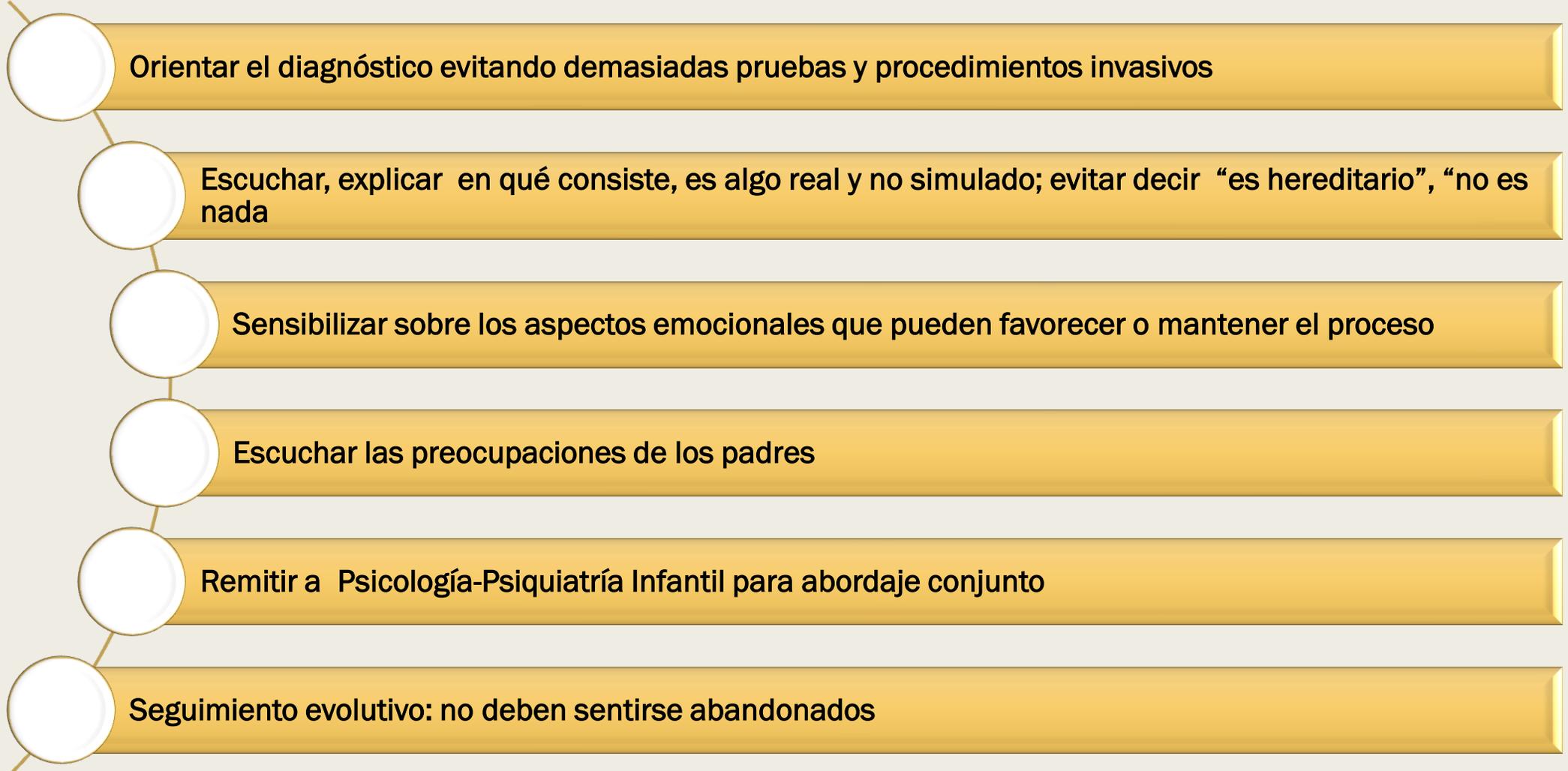
Actitud del paciente



Actitud de los padres

- Preocupación extrema del padre
- Trastorno anímico y obsesión
- Constantes preguntas sobre la presencia del dolor
- Solicitud de pruebas cada vez más invasivas

Abordaje de trastornos somatomorfos



Orientar el diagnóstico evitando demasiadas pruebas y procedimientos invasivos

Escuchar, explicar en qué consiste, es algo real y no simulado; evitar decir “es hereditario”, “no es nada”

Sensibilizar sobre los aspectos emocionales que pueden favorecer o mantener el proceso

Escuchar las preocupaciones de los padres

Remitir a Psicología-Psiquiatría Infantil para abordaje conjunto

Seguimiento evolutivo: no deben sentirse abandonados

¿Por qué un psiquiatra infantil?

- 1.- La elevada prevalencia de esta patología
- 2.- El modelo “físico” de evaluación y tratamiento del síntoma refuerza la enfermedad
- 3.- Las numerosas pruebas son dañinas para el niño, su familia y para el sistema de Salud
- 4.- La tasa de patología psiquiátrica comórbida al síntoma físico es muy alta (70%), y precisa de una intervención específica
- 5.- El abordaje de los trastornos psicósomáticos es muy específico y tiene una tasa de éxito alta especialmente si se pone en marcha de forma temprana



Pautas generales en el manejo desde salud mental



- Entender las creencias de la familia sobre el proceso de enfermedad y su actitud ante la implicación de profesionales de salud mental
- No cuestionar la realidad de los síntomas
- Reconocer claramente que hay una enfermedad que repercute de forma importante tanto en el niño como en la familia
- Compartir con la familia la alta prevalencia de síntomas físicos no explicables
- Transmitir la complejidad del proceso pero en el contexto de un buen pronóstico
- Ayudar a la familia a desarrollar estrategias de afrontamiento sanas que reduzcan el impacto funcional de los síntomas

Plan de Intervención

FASE I

- El discurso sobre el modelo psicosocial y la importancia del abordaje psicológico debe iniciarse desde Pediatría
- El profesional de salud mental tiene que ofertarse como un profesional más del equipo
- La derivación a profesionales de salud mental tiene que iniciarse de forma temprana ante indicadores como:
 - Despistaje inicial sea negativo (tiene impacto en el niño)
 - Evolución esté siendo muy tórpida
 - Se identifican factores de riesgo:
 - Hay un trastorno psiquiátrico comórbido
 - La situación familiar es claramente de riesgo
 - Se identifican en el niño o en su entorno las variables de riesgo

OBJETIVO:

- Trabajar de forma integral en el caso
- Establecer alianza terapéutica (con el niño y la familia)
- Completar la evaluación
- Exploración de patología comórbida: sdq, beck, inventario de ansiedad



Plan de Intervención

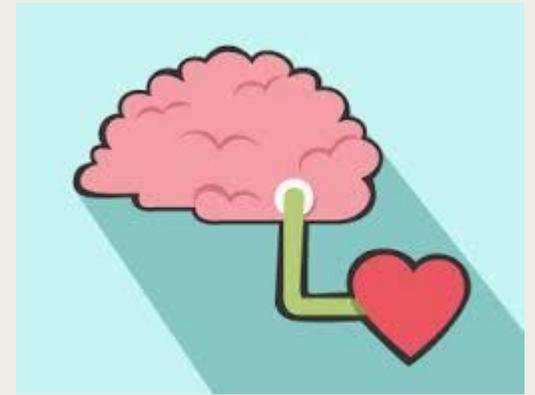
FASE II

Diseño de una hipótesis de trabajo y de un plan de intervención que debe incluir:

- Coordinación con equipo pediátrico
- Estrategias de manejo específicas (frenar reforzadores)
- Abordaje psicológico individual
- Intervención familiar
- Contacto y trabajo con el Centro Escolar



Pautas generales en el manejo psicológico



- Mejorar estrategias de afrontamiento y actitud ante el síntoma
- Planificar metas graduales y plan claro de como adquirirlas (registros)
- Regular patrón de alimentación, sueño, actividades
- Terapia cognitivo conductual (abordaje de comorbilidad psiquiátrica)
- Empoderar a la familia y el niño en el proceso de mejora
- Comenzar intervención familiar
- Anticipar posible deterioro al inicio de la intervención
- Evitar hospitalización (salvo si es necesario un distanciamiento familiar o una evaluación más exhaustiva)

Intervención individual

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

- Potenciar actividades de la vida diaria y normalización de las actividades
- Trabajar el papel activo del niño en el registro y abordaje del síntoma
- Desarrollar estrategias de afrontamiento saludables: relajación, pensamiento positivo, distracción...
- Reforzar conducta positiva
- Mejorar habilidades sociales y red de iguales
- Reducir la atención del entorno a los síntomas físicos
- Focalizar la atención en actividades positivas

EMDR:

- Si existen antecedentes traumáticos al síntoma físico



Intervención familiar

- Implicación en la formulación de la hipótesis diagnóstica y en plan de intervención
- Establecimiento de una buena alianza terapéutica y los espacios para trabajo con ellos
- Importante que reciban mensajes unificados de los diferentes profesionales
- Reducción de conductas reforzadoras y modelamiento de conductas sanas
- Abordaje de las tasas altas de patología parental, los problemas de pareja y el estilo parental



TRABAJO CON EL CENTRO ESCOLAR

EL CENTRO ESCOLAR:

- Como posible factor etiológico
- Como entorno esencial para la recuperación

PARA ELLO:

Formar al profesorado

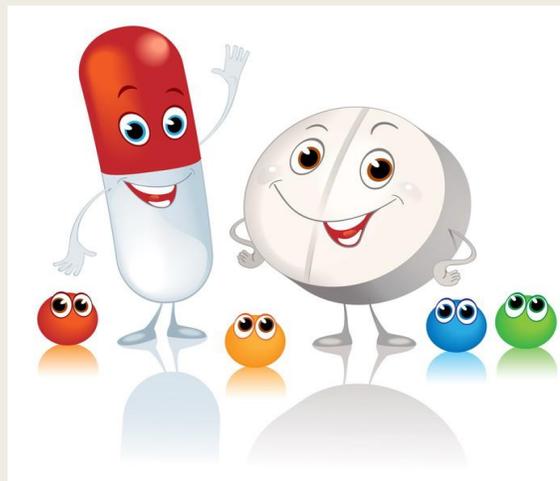
Establecer un plan de actuación por escrito y revisarlo semanalmente:

- Pautas de manejo ante el síntoma
- Plan individualizado (puede incluir horario reducido inicialmente)
- Mejorar patrón de relaciones con iguales

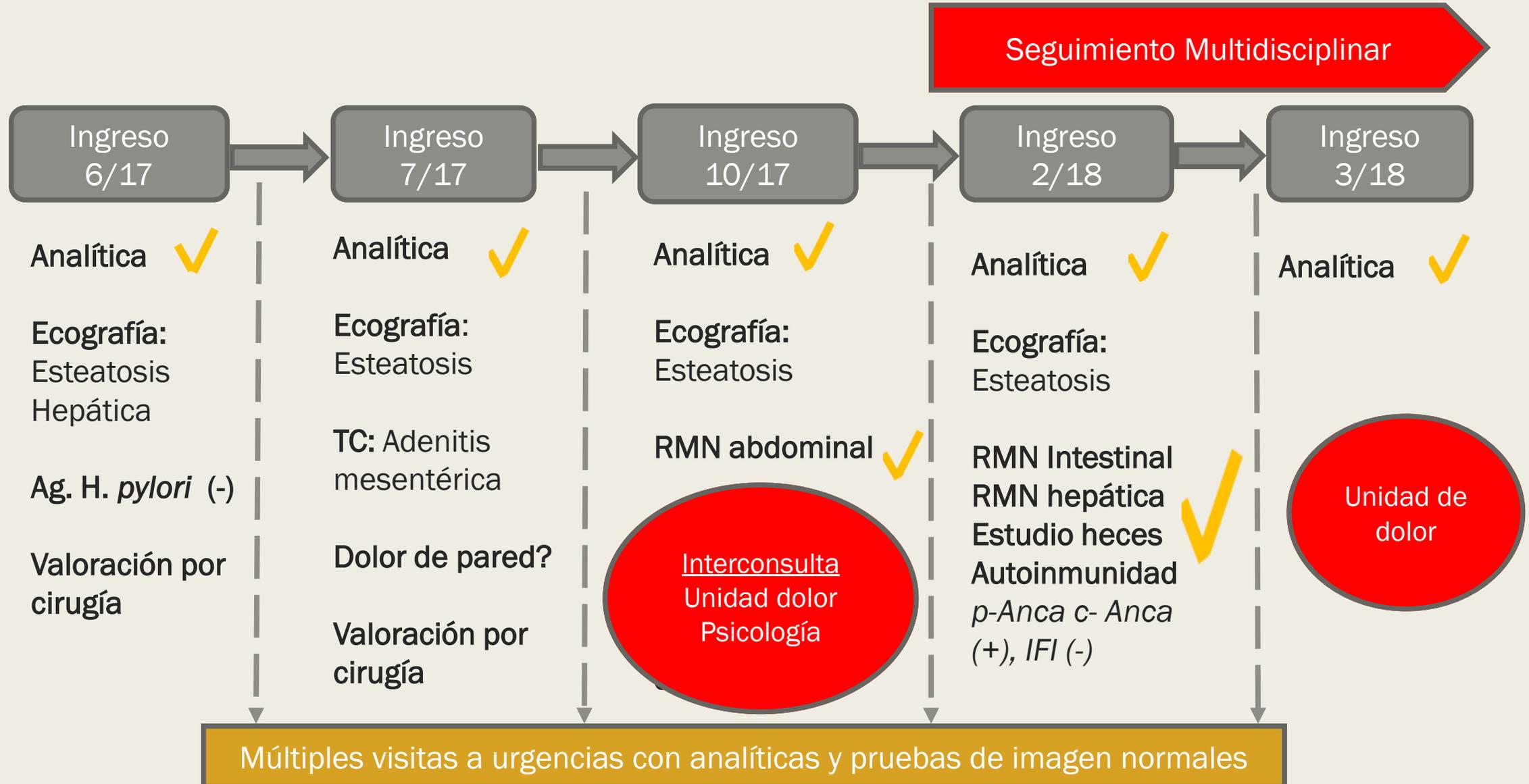


Abordaje farmacológico

- No hay un tratamiento específico para este grupo diagnóstico
- Si para la patología comórbida (depresión, ansiedad...)
- Los fármacos más utilizados son los **INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE LA SEROTONINA** (Sertralina, Fluoxetina), los estudios demuestran que facilitan el proceso de recuperación



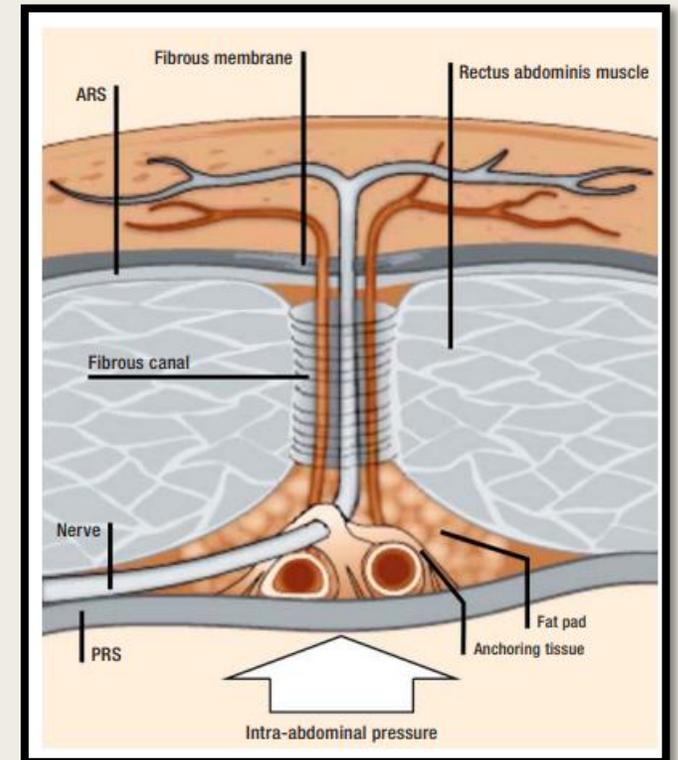
Intervenciones



Dolor de pared abdominal:

Sd. del nervio cutánea abdominal

- Dolor de mecanismo no bien conocido
- La pared abdominal se encuentra inervada por las raíces nerviosas de T7-12
 - *Dolor en borde lateral de músculo recto (línea semilunar)*
- Variaciones del síndrome incluyen raíces nerviosas íleo-inguinales e íleo-hipogástricas T2-L1
 - *Dolor a 2-3 cm de espina iliaca antero-superior*
- Antecedentes de
 - *Trauma/Cirugías*
 - *Infecciones*
 - *Sin antecedentes de interés*
- Prevalencia no bien establecida
 - *≈13% de niños con dolor abdominal crónico*



Dolor de pared abdominal

■ Características del dolor:

- *Sordo o punzante*
- *Localizado a punta de dedo*
- *Independiente de ingesta o hábitos intestinales*
- *Empeora con ropa apretada/ejercicio físico/estornudos/risa*
- *No se sienten enfermos pero empeora su calidad de vida*

■ Exploración física

- *Mejora del dolor en decúbito supino/ empeora en decúbito ipsilateral*
- *Alteraciones sensitivas: hiperalgesia, alodinia...*
- **Signo de Carnett**



Dolor de pared abdominal: tratamiento

Infiltración con anestésico local

- 5ml de lidocaína 1% +/- corticoide
- En el punto doloroso
- Desaparición / reducción de dolor en 2-3 min
- Puede requerir inyecciones repetidas
- Tasa de éxito según las series de hasta el 40-50%

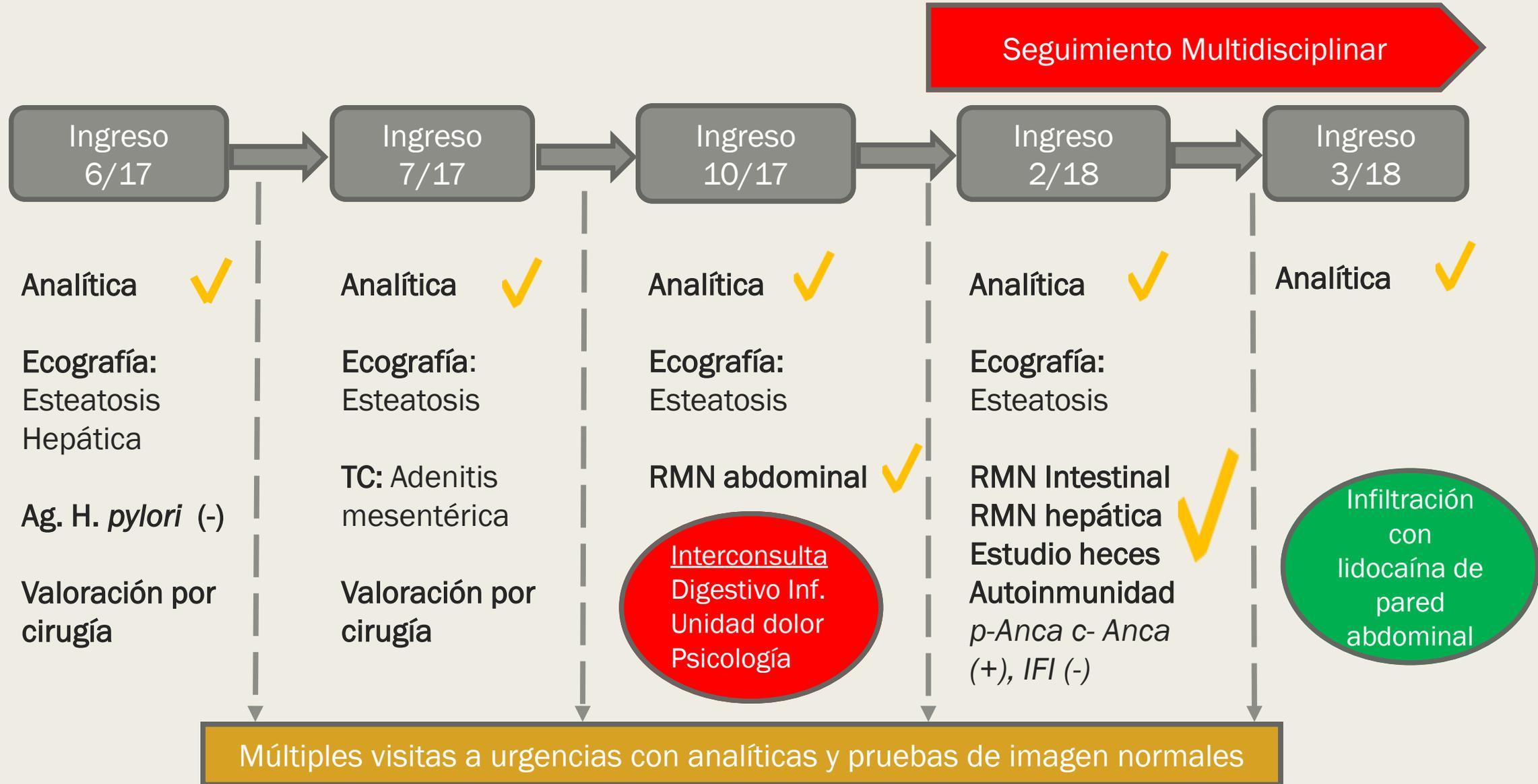
Neurolisis química

- Inyección de fenol
- Presumibles efectos a largo plazo
- Tasa de éxito según las series de hasta el 54%

Neurectomía quirúrgica

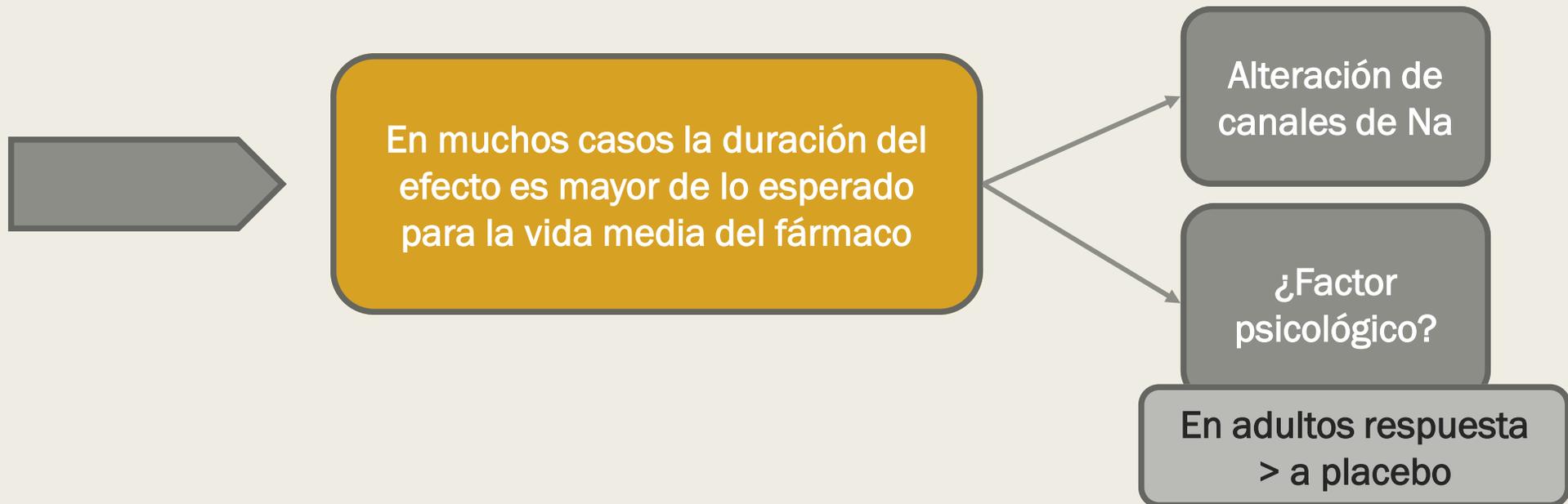
- Casos mal controlados con tto médico
- Tasa de éxito según las series de hasta 70% (en niños hasta 100%)
- Reevaluar diagnóstica previo intervención quirúrgica

Intervenciones



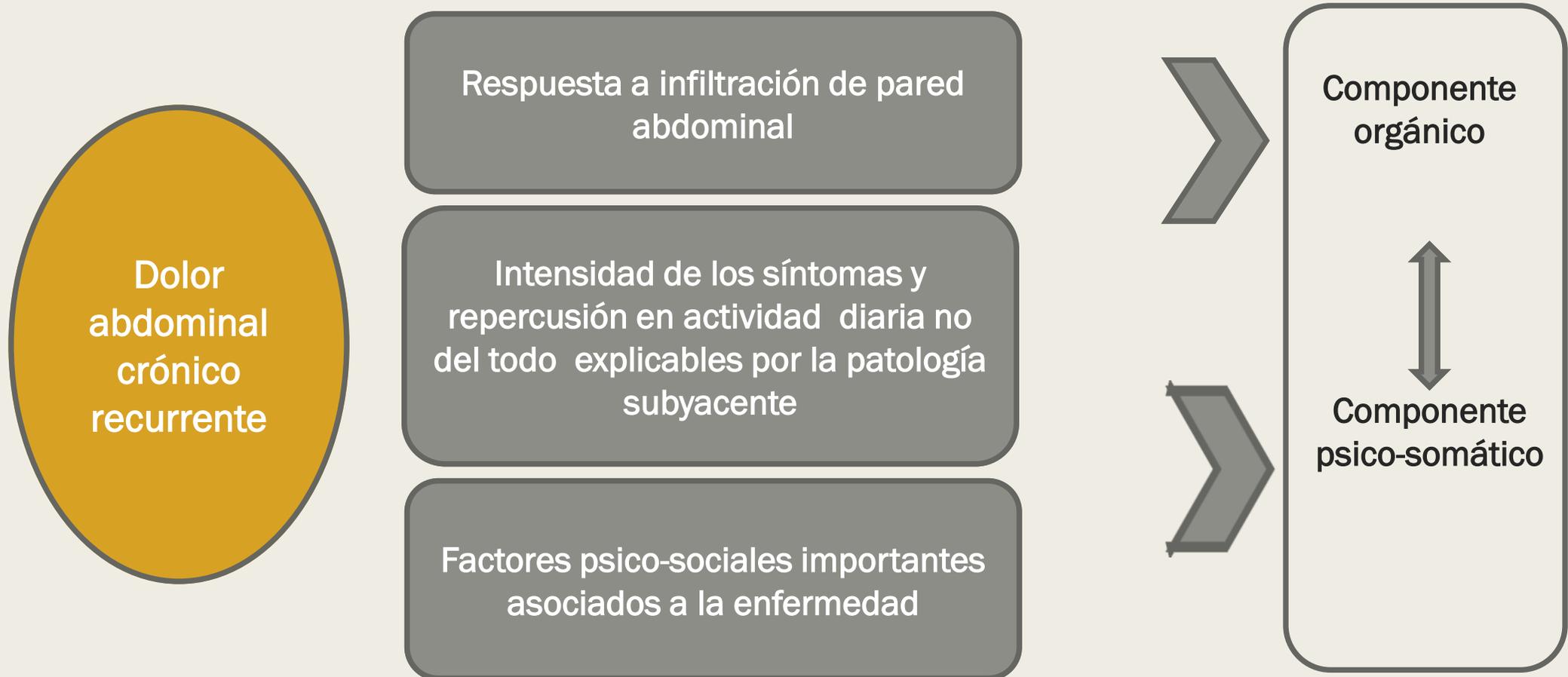
Dolor de pared abdominal

- Tratamiento:
 - *Bloqueo anestésico local*



➤ Técnica empleada en nuestro paciente: **Mejoría de la clínica inmediata**

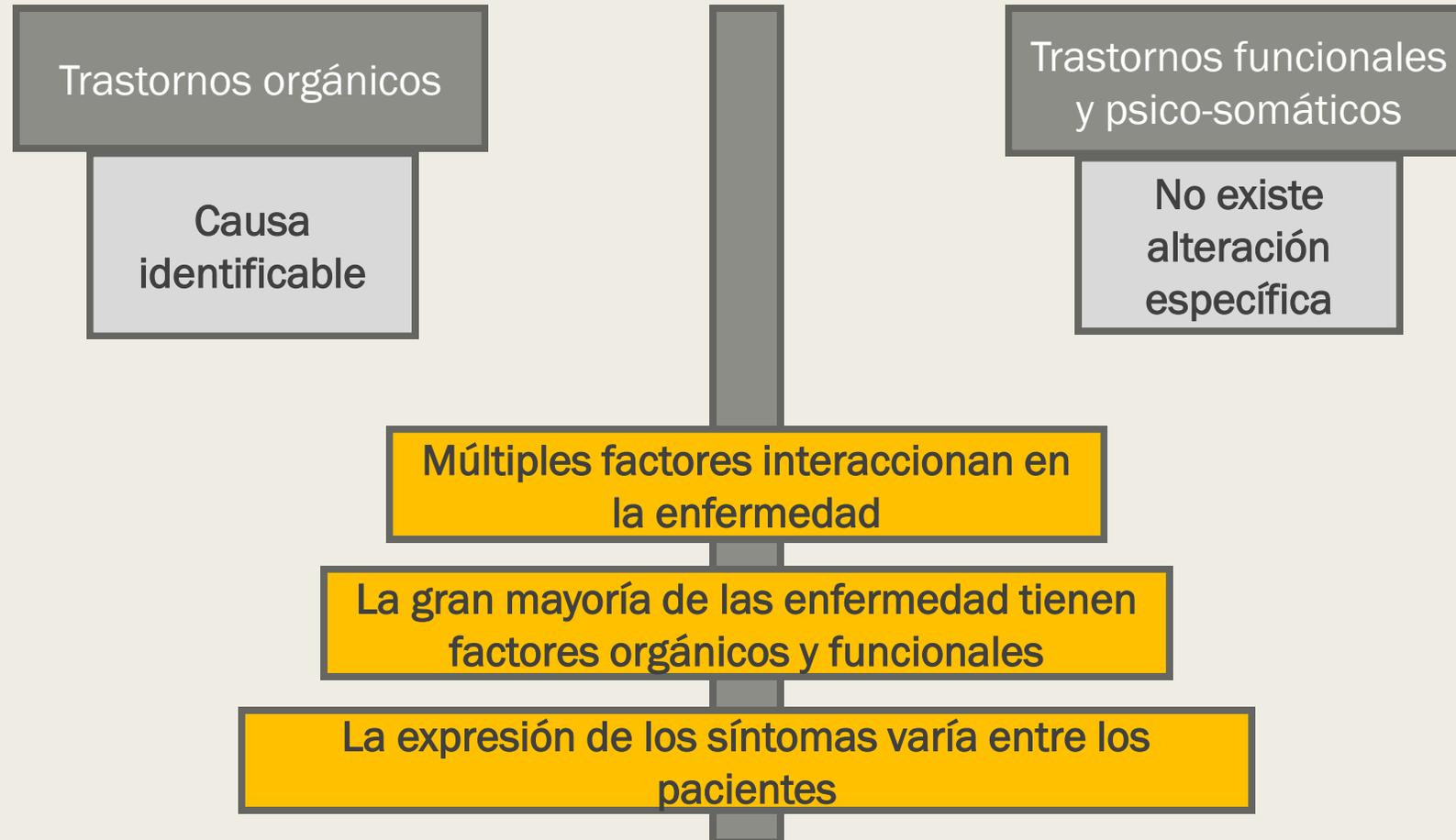
Evolución del caso



¿Contradictorios o complementarios?

¿Tenemos que elegir?

Tradicionalmente ha habido una visión dualista de la enfermedad



Cuidado con el “etiquetado”

Influencia de diagnósticos y/o decisiones previas sobre el proceso diagnóstico actual

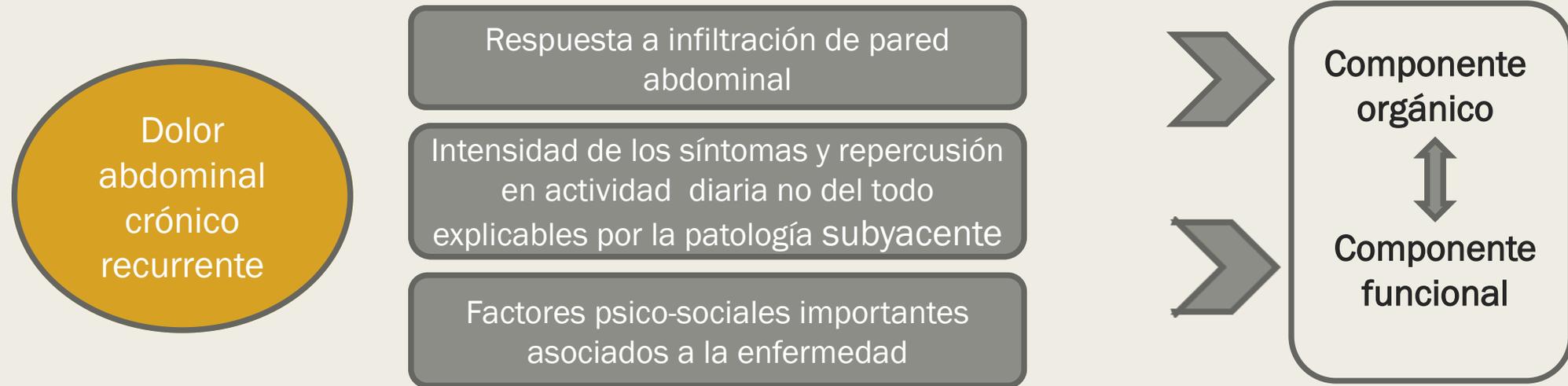


Riesgo de que una sospecha diagnóstica inicial sea cada vez más considerada, sin buscar posibles alternativas



Errores diagnósticos

Epicrisis: evolución



- Actualmente seguimiento **multidisciplinar**:
 - *Psicología clínica: abordaje del paciente y familiar*
 - *Unidad del dolor*
 - *Pediatría*
- Excelente evolución

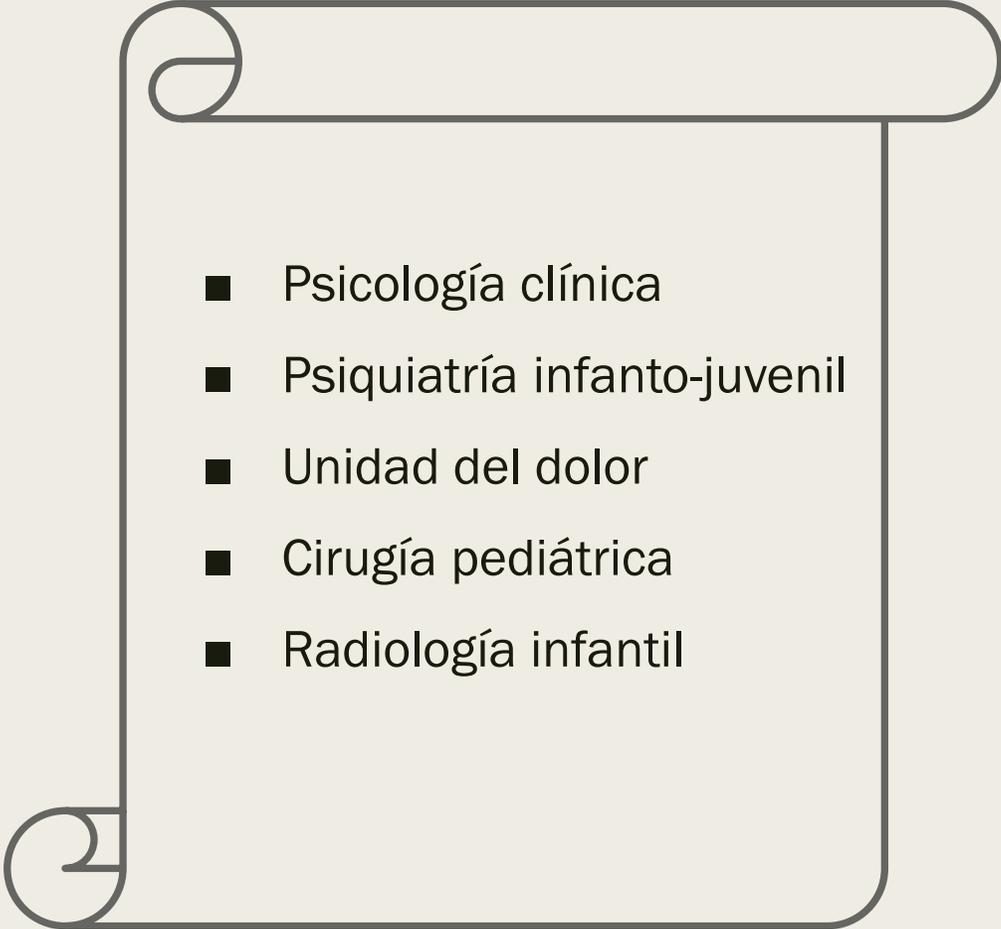
Conclusiones I

1. El médico es el responsable de descartar lo grave y urgente
2. Debemos aproximarnos con cautela a los síntomas inexplicables
3. No debemos presuponer ninguna etiología sin haber realizado un correcto diagnóstico de exclusión: evitar el etiquetado de los pacientes
4. Tener en cuenta que la enfermedad siempre tiene dimensiones psicológicas y físicas

Conclusiones II

5. Una vez descartada la patología orgánica, si existe una sospecha fundada de trastorno somatomorfo, evitar exceso de pruebas y procedimientos invasivos
6. Remitir precozmente a Psicología- Psiquiatría Infantil para un abordaje conjunto
7. Continuar el seguimiento evolutivo de los síntomas, trabajo en equipo
8. Establecer un adecuado régimen de confianza pediatra ↔ paciente y su entorno

Agradecimientos

- 
- Psicología clínica
 - Psiquiatría infanto-juvenil
 - Unidad del dolor
 - Cirugía pediátrica
 - Radiología infantil

Bibliografía:

- Calvano C, Warschburger P. Chronic abdominal pain in children and adolescents: parental threat perception plays a major role in seeking medical consultations. *Pain Res Manag*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/3183562>.
- Hyman P. Chronic and Recurrent Abdominal Pain. *Pediatr Rev*. 2016; 37: 377-390.
- Ochandoa G, Millána MC, Pereda A. Dolor abdominal de origen psicossomático. *An Pediatr Contin*. 2006; 4:213-8.
- Van Tilburg M, Venepalli N, Ulshen M, Freeman K, Levy R, Whitehead W. Parents' worries about recurrent abdominal pain in children. *Gastroenterol Nurs*. 2006; 29: 50-5.
- Cottrell D. Fifteen-minute consultation: Medically unexplained symptoms. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2016; 101: 114-118.
- Siawash M, Mol F, Tjon-A-Ten W, Perquin C, Van Eerten P, Van Heurn E, Roumen R, Scheltinga M. Anterior rectus sheath blocks in children with abdominal wall pain due to anterior cutaneous nerve entrapment syndrome: a prospective case series of 85 children. *Paediatr Anaesth*. 2017; 27: 545-550.
- Malas N, Ortiz- Aguayo R, Giles L, Ibeziako P. Pediatric somatic symptom disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19: 1-11.
- Græsholt-Knudsen T, Skovgaard AM, Jensen JS, Rask CU. Impact of functional somatic symptoms on 5–7-year-olds' healthcare use and cost. *Arch Dis Child*. 2017; 102 :617-623.
- Gilleland J, Suveg C, Jacob ML, Thomassin K. Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child Care Health Dev*. 2009; 35: 383-90.
- Koop H, Koprdoва S, Schürmann S. Chronic abdominal wall pain a poorly recognized clinical problem. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 51–7
- Berbal- Tornero O, Clemente-Yago F, Cgarcía Rodríguez C, Pereda-Pérez A. Dolor abdominal crónico y recurrente. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP.
- Alcalá PJ. La patología psicossomática, un diagnóstico de exclusión. *Controversias SEPHO*. 65 Congreso AEP.
- Javaloyes MA. La intervención psiquiátrica ha de ser precoz ante un posible cuadro psicossomático. *Controversias SEPHO*. 65 Congreso AEP.



**Se ruega a los asistentes máxima puntualidad
(hora de inicio 8:30 h am)**

*La entrada continua de personas una vez iniciada la sesión provoca distorsión al ponente y al público en general. **Muchas Gracias**"*

Comisión Docencia
Hospital General Universitario de Alicante