67 Congreso AEP
BURGOS
— 6, 7 y 8 de junio de 2019 —
Fórum Evolución Burgos. Palacio de Congresos y Auditorio

AEP

SEPHO
4ª Reunión Burgos, 7 de junio de 2019
Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria

BUSCANDO RESPUESTAS

Casos clínicos SEPHO

Observa lo mismo que todos, pero piensa en todo lo demás

Dra. Marta Simó Nebot. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Dr. Pedro J Alcalá Minagorre. Hospital General Universitario Alicante

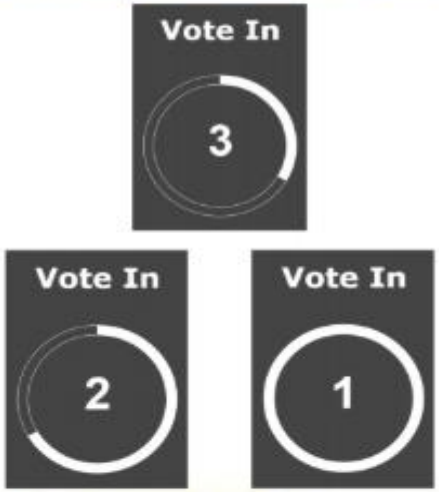
Instrucciones votación interactiva

Para votar deben entrar desde su Smartphone a la siguiente dirección web: **2poll.net/AEP2019**

O acceder desde la **APP Congreso AEP 2019** al apartado de **VOTACIÓN INTERACTIVA**

67 Congreso AEP
BURGOS
– 6, 7 y 8 de junio de 2019 –
AEP

Espere a que comience la votación:



Elija su respuesta y pulse "VOTE"

67 Congreso AEP
BURGOS
— 6, 7 y 8 de junio de 2019 —
Fórum Evolución Burgos. Palacio de Congresos y Auditorio

AEP

SEPHO
4ª Reunión Burgos, 7 de junio de 2019
Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria

BUSCANDO RESPUESTAS

Casos clínicos SEPHO

Observa lo mismo que todos, pero piensa en todo lo demás

Dra. Marta Simó Nebot. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Dr. Pedro J Alcalá Minagorre. Hospital General Universitario Alicante

67 Congreso AEP
BURGOS
— 6, 7 y 8 de junio de 2019 —
Fórum Evolución Burgos. Palacio de Congresos y Auditorio

AEP

SEPHO
4ª Reunión Burgos, 7 de junio de 2019
Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria

Casos clínicos SEPHO

Una alternativa diagnóstica olvidada en el dolor abdominal

Dr. Pedro J Alcalá Minagorre
Hospital General Universitario de Alicante

67 Congreso AEP
BURGOS
— 6, 7 y 8 de junio de 2019 —
Fórum Evolución Burgos. Palacio de Congresos y Auditorio

AEP

SEPHO
4ª Reunión Burgos, 7 de junio de 2019
Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria

Casos clínicos SEPHO

Una alternativa diagnóstica olvidada en el dolor abdominal

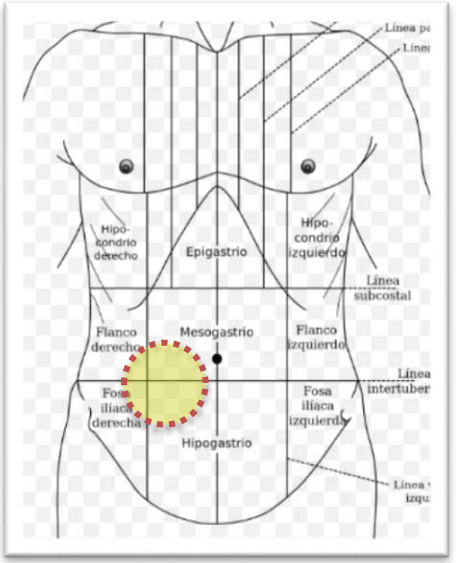
Relativas a esta presentación no existen potenciales conflictos de interés

Presentación del caso

- Varón de 13 años con consultas reiteradas por dolor abdominal

Durante 18 meses

16	12	5
consultas en Centro Salud	asistencias en Urgencias	ingresos en hospital



- Síntomas:
  - Predominio en fosa iliaca derecha
  - Sin cambios en el hábito intestinal, ni relación con ingesta
  - Afebril, sin pérdida de peso ni anorexia

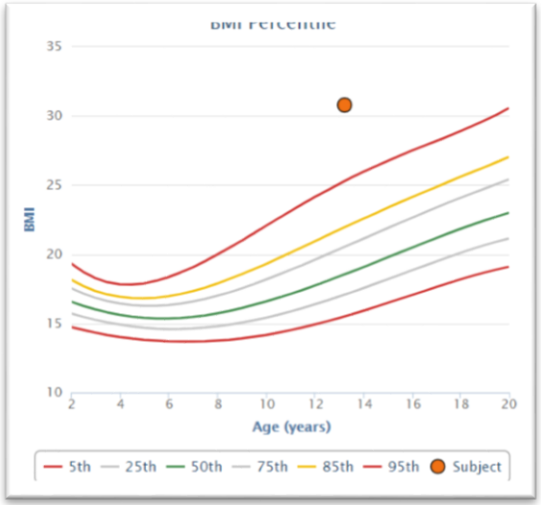
- Numerosas ausencias escolares

Historia y exploración física

- Antecedentes personales:
  - Vértigo e inestabilidad sin correlación orgánica
  - Trastorno ansiedad en seguimiento por Unidad Salud Mental
  - Esteatosis hepática secundaria a obesidad

- Antecedentes familiares:
  - Padre:
    - Obesidad, tabaquismo
    - Trastorno depresivo e hipocondría
  - Madre: antecedente de cirugía bariátrica

- Exploración física:
  - Obesidad generalizada IMC>p99, 3,14 DE
  - Dolor palpación en punto doloroso de fosa iliaca derecha
  - Ausencia de signos de afectación peritoneal



Dolor abdominal crónico

- Criterios :
  - Temporales: ≥ 3 episodios, durante > 3 meses
  - Repercusión actividades cotidianas
- Prevalencia: 10-14% (edad escolar)
- Etiología:
  - Potencial manifestación de enfermedad grave
  - > 100 enfermedades médico/quirúrgicas
  - Especial atención en menores de 3 años
  - Cuando no se identifica causa →naturaleza funcional
- Evaluación basada en:
  - Anamnesis detallada y exploración física rigurosa

¿Cuál **no es** un signo de alarma en un dolor abdominal crónico?

1. Dolor alejado de región periumbilical, en especial hemiabdomen derecho
2. Dolor o diarrea que despierta al paciente
3. Úlceras orales recurrentes o afectación perianal
4. Dolor cólico intermitente en mayor de 5 años

Datos alarma

- ✓ Pérdida peso involuntaria/fallo de medro
- ✓ Signos de sangrado intestinal
- ✓ Vómitos biliosos o hemáticos
- ✓ Diarrea con productos patológicos
- ✓ Diarrea o dolor que interrumpen sueño
- ✓ Fiebre acompañante
- ✓ Ictericia
- ✓ Síntomas urinarios
- ✓ Localizado en hemiabdomen derecho
- ✓ Úlceras orales recurrentes
- ✓ Enfermedad perianal
- ✓ Hallazgos patológicos exploración
- ✓ Signos de afectación articular
- ✓ Hª familiar de infamatoria intestinal, enfermedad celiaca o úlcera gástrica

Pruebas complementarias dirigidas y/o derivación especialistas médicos/quirúrgicos

Dolor abdominal funcional

- *Si tras la evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden ser explicados por otra causa*
- Prevalencia: 5-10% (5-12 años)
- Criterios Roma IV (2016)
- Teorías fisiopatológicas
  - Base somatomórfica
  - Trastorno interacción cerebro intestinal
  - Predisposición familiar y genética

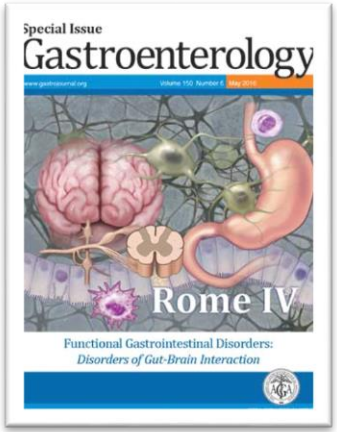


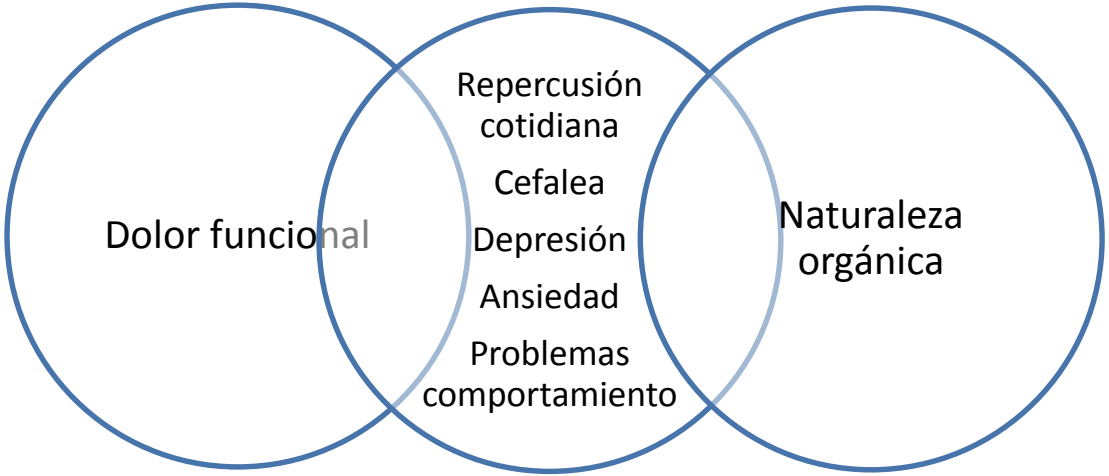
Table 1. Functional Gastrointestinal Disorders: Children and Adolescents

H1. Functional nausea and vomiting disorders
- H1a. Cyclic vomiting syndrome
- H1b. Functional nausea and functional vomiting
- H1c. Rumination syndrome
- H1d. Aerophagia

H2. Functional abdominal pain disorders
- H2a. Functional dyspepsia
- H2b. Irritable bowel syndrome
- H2c. Abdominal migraine
- H2d. Functional abdominal pain–not otherwise specified

H3. Functional defecation disorders
- H3a. Functional constipation
- H3b. Nonretentive fecal incontinence

Dolor abdominal funcional



El dolor abdominal funcional puede preceder, coexistir o suceder a otras enfermedades orgánicas

Sobre el dolor abdominal funcional ¿cuál de estas afirmaciones **es falsa**?

1. Se trata de un diagnóstico de exclusión basado en la anamnesis, exploración y seguimiento
2. No es recomendable realizar pruebas complementarias de forma sistemática
3. El objetivo principal es la desaparición absoluta y precoz del dolor, y así lograr la recuperación de la normalidad
4. La aceptación de los componentes biopsicosociales del dolor por familiares/paciente es un indicador favorable

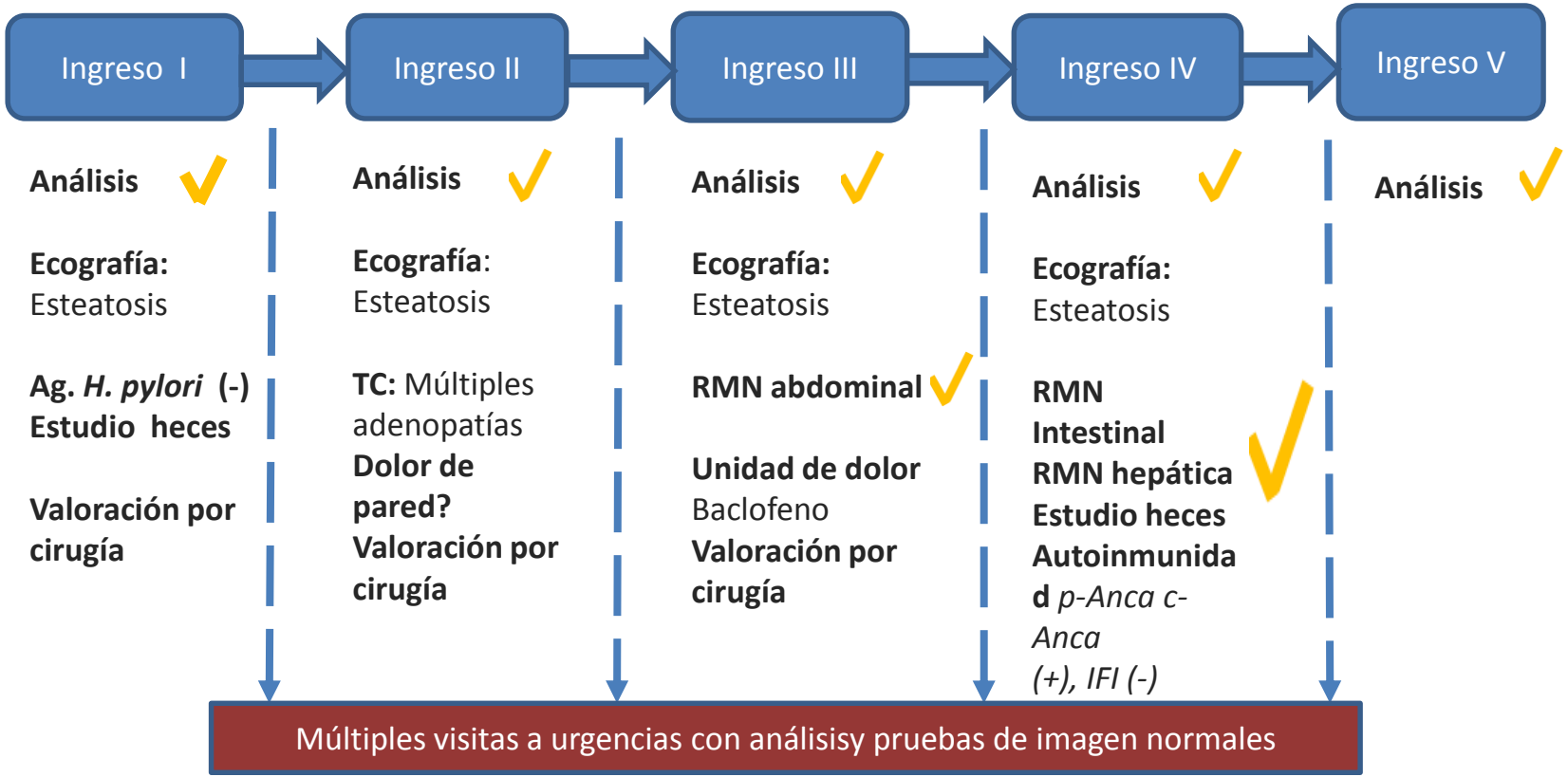
Manejo del dolor abdominal funcional

- **El objetivo principal no radica en:**
  - La desaparición precoz y absoluta del dolor
  - Ni evidenciar falta de organicidad con sucesivas pruebas "~~*su hijo no tiene nada*~~"
- **Clave: recuperación de la actividad habitual normal del paciente**
  - Aceptación de los componentes biopsicosociales del dolor por parte de los implicados
  - Tendencia a la cronicidad→ se requiere identificación precoz y abordaje interdisciplinar
  - Múltiples estrategias:
    - Intervenciones en el ámbito psicológico
    - Modificaciones dietéticas, probióticos, medicación

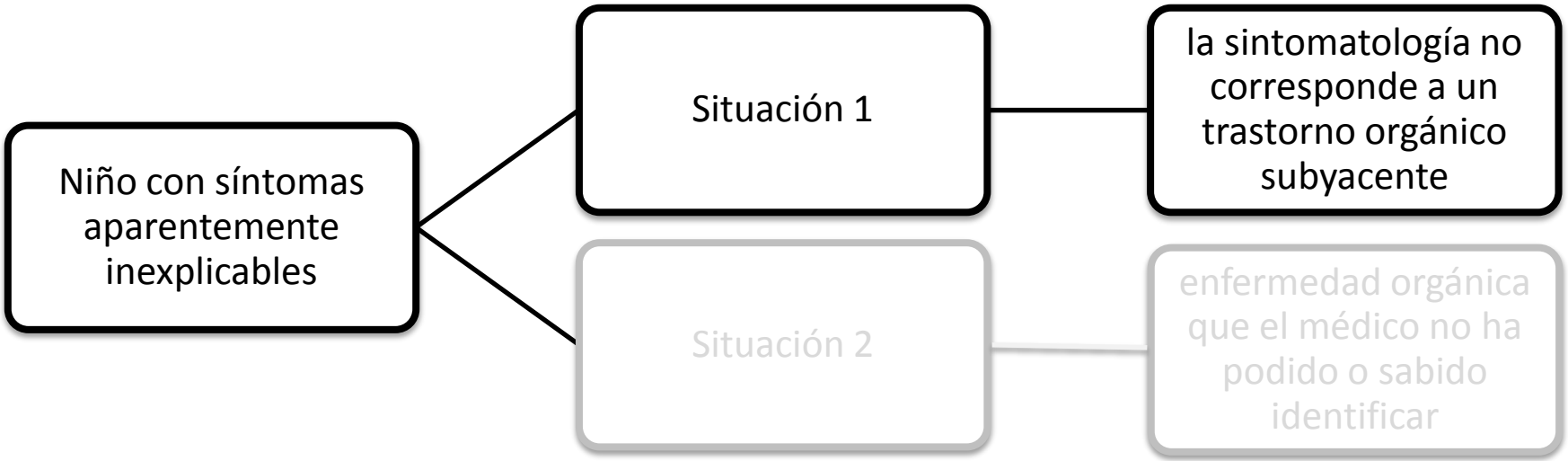
“No es recomendable realizar pruebas complementarias de forma sistemática”

Consejos vendo, pero para mí no tengo….

¿Causa orgánica subyacente?



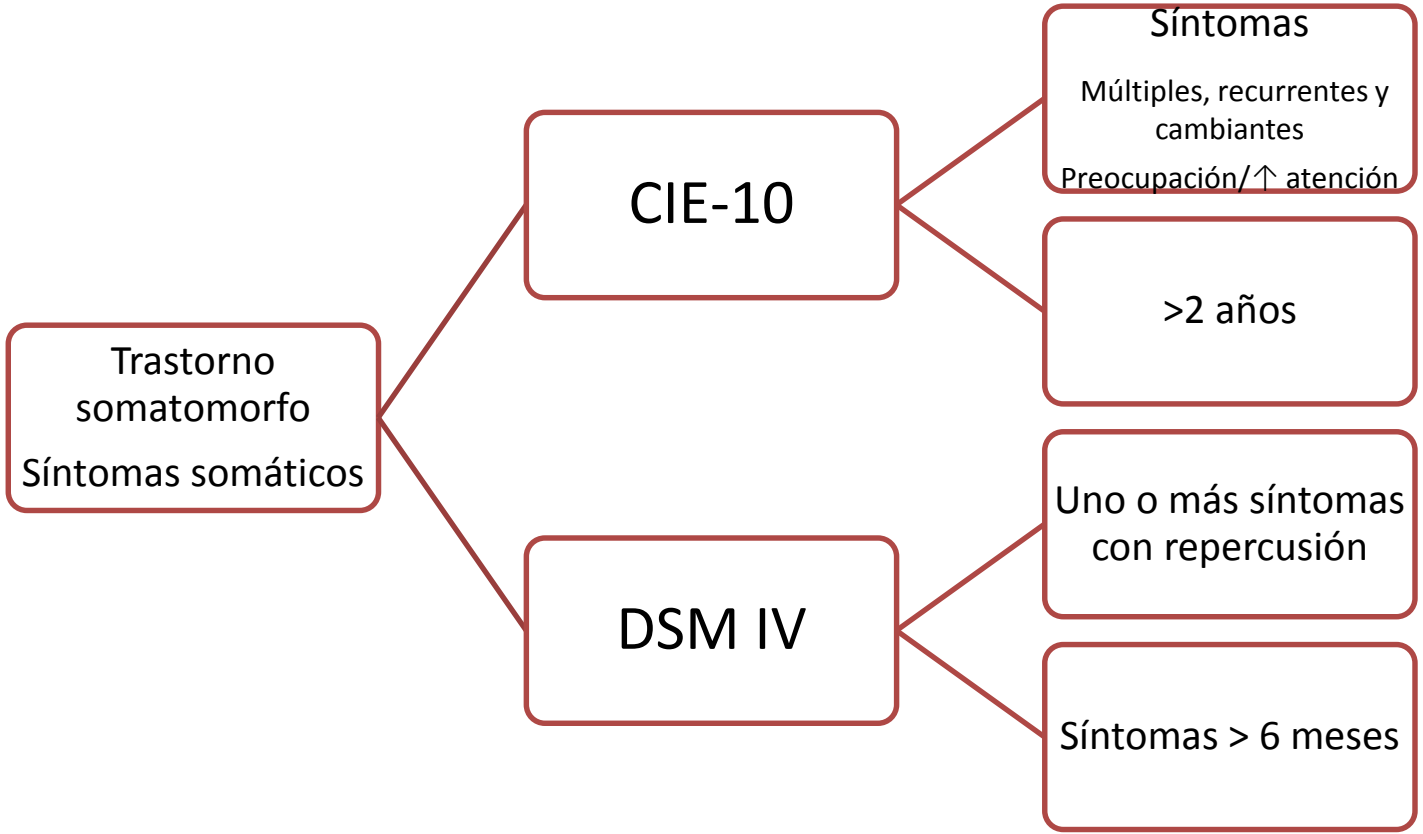
Síntomas médicamente inexplicables



Trastornos somatomorfos

Síntomas sugerentes de una enfermedad médica, pero sin hallazgos orgánicos o mecanismos fisiológicos que la demuestren

Sistemas clasificación enfermedades



¿En nuestro caso?

Clínica del paciente	Actitud del paciente	Actitud de los padres
• Dolor abdominal recurrente • Sin repercusión aparente en su estado general • Sin signos de alarma • Pruebas reiteradamente normales	• Conformidad durante los ingresos • Mejor control síntomas en el hospital • Interferencia con actividad diaria • Ingresos en épocas clave del curso • Mal rendimiento escolar • Pobreza relaciones sociales	• Preocupación extrema del padre • Obsesión por los síntomas • Constantes preguntas sobre la presencia del dolor • Solicitud de pruebas cada vez más invasivas • Madre en “segundo plano”

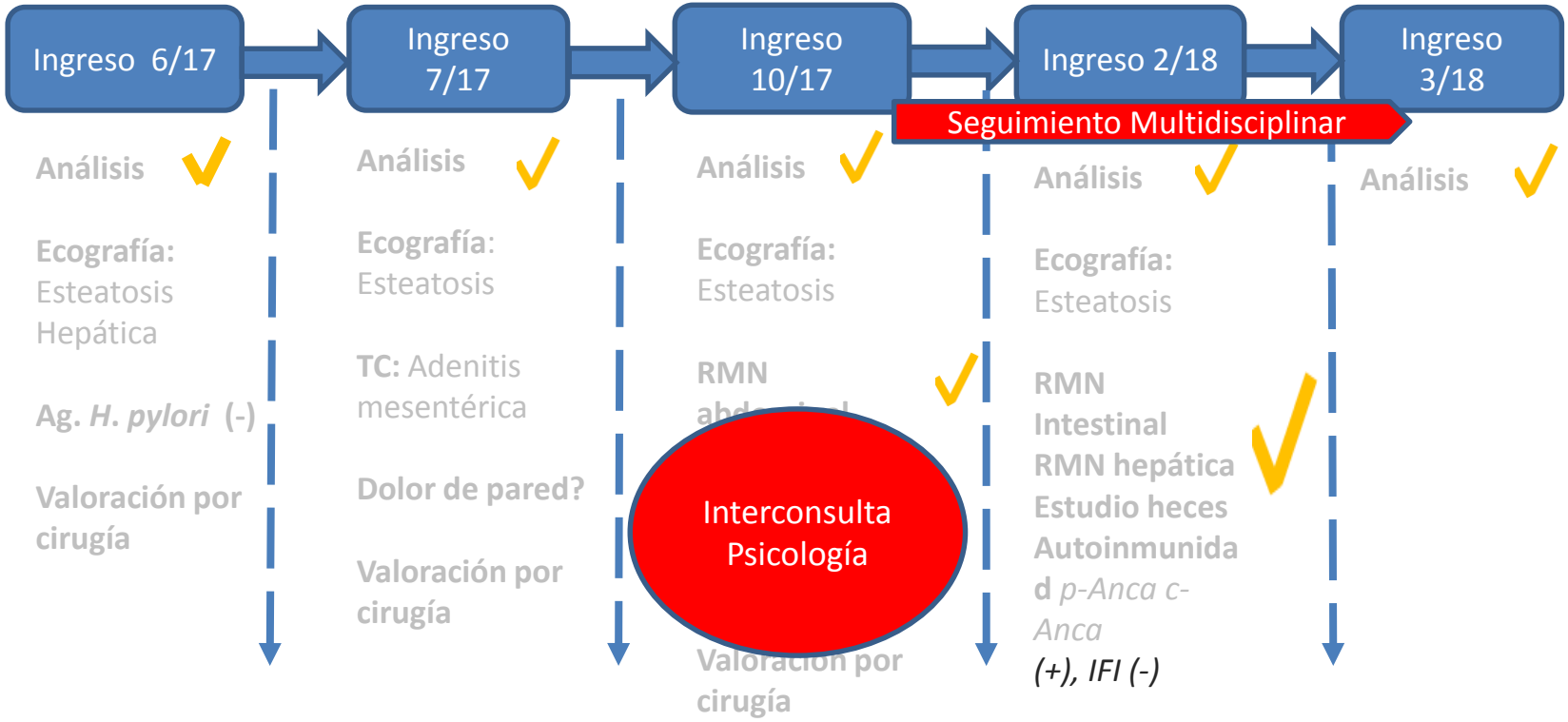
Sobre el manejo de trastornos somatomorfos, ¿cuál es falsa?

1. La producción de los síntomas es ficticia y busca producir beneficios secundarios
2. Con frecuencia se detectan conflictos de origen psicológico como sustrato del cuadro
3. No se ha de profundizar en la realización de pruebas complementarias innecesarias con la finalidad de satisfacer al niño o a su familia, ni ofrecer tratamientos injustificados
4. La terapia cognitivo conductual puede mejorar los síntomas, apoyándose en una relación de confianza con el pediatra, manteniendo el seguimiento evolutivo

Abordaje de trastornos somatomorfos

- Escuchar, explicar en qué consiste, es algo real y no simulado *"~~no le pasa nada~~"*
- Orientar el diagnóstico evitando exceso pruebas y procedimientos invasivos
- Sensibilizar sobre los aspectos emocionales que pueden favorecer o mantener el proceso
- Remitir a salud mental para abordaje conjunto
- Seguimiento evolutivo: no deben sentirse médicamente abandonados

Intervenciones



Marco relacional con la familia

- Inicialmente colaboradores con intervención psicoconductual
- Pero cada vez mayor preocupación
- Discrepancias con el manejo→ Solicitan laparoscopia exploradora y estudio endoscópico
- Gran tensión emocional
- Trasciende que el padre está a punto de poner en venta su negocio para buscar atención privada

¿Cuál sería la decisión más adecuada desde el punto de vista ético?

1. Respetar la decisión del padre, las consecuencias no nos incumben, aunque resulte una actuación médica no justificada. Por un principio de autonomía, pueden tomar cualquier decisión al respecto de la salud de su hijo
2. Ante el conflicto, es oportuno la valoración por otro compañero, que empiece de cero la relación y el estudio del caso
3. Acceder a la realización de las pruebas en nuestro centro, para reestablecer la confianza, y además no podemos dar la certeza absoluta de que “no tiene nada”
4. Tras la aplicación de un análisis del caso, establecer un marco de acuerdo terapéutico con el paciente y la familia, fundamentando nuestras decisiones en los principios de beneficencia y no maleficencia

En esta situación conflicto…
¿qué puede aportar la Bioética?

Método deliberativo *(Feito y Gracia 2011)*

1. Presentación de los participantes
2. Análisis de los “hechos”
   - Presentación del caso
   - Análisis de los aspectos clínicos

Método deliberativo *(Feito y Gracia 2011)*

3. Identificación de los problemas éticos
   - Elección del problema ético principal
   - Identificación de los valores en conflicto
   - Identificación de los cursos extremos de acción
   - Árbol de cursos intermedios de acción
4. Análisis de los “deberes”

Método deliberativo *(Feito y Gracia 2011)*

5. Elección del curso óptimo de acción
6. Pruebas de consistencia del curso elegido
   - Legalidad ¿es legal la opción elegida?
   - Publicidad ¿estarías dispuesto a defenderla públicamente?
   - Tiempo ¿tomarías esta misma decisión si pudieras esperar?
7. Decisión final

En nuestro caso

→ Análisis de los hechos

"Dolor que no impresiona de enfermedad grave,

interferencia grave en la vida paciente/familia, conflicto en su manejo"

→ Identificación de los problemas y valores en conflicto

Incertidumbre diagnóstica/temor angustia familiar/consumo de recursos de la

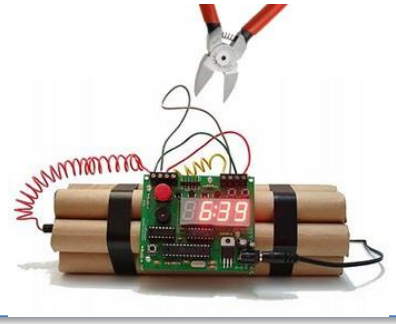
comunidad/frustración/juicio paterno potencialmente / yatrogenia

→Cursos extremos de acción

- Rechazar solicitud →ruptura relación médica

vs

- Transigir realización→ yatrogenia secundaria

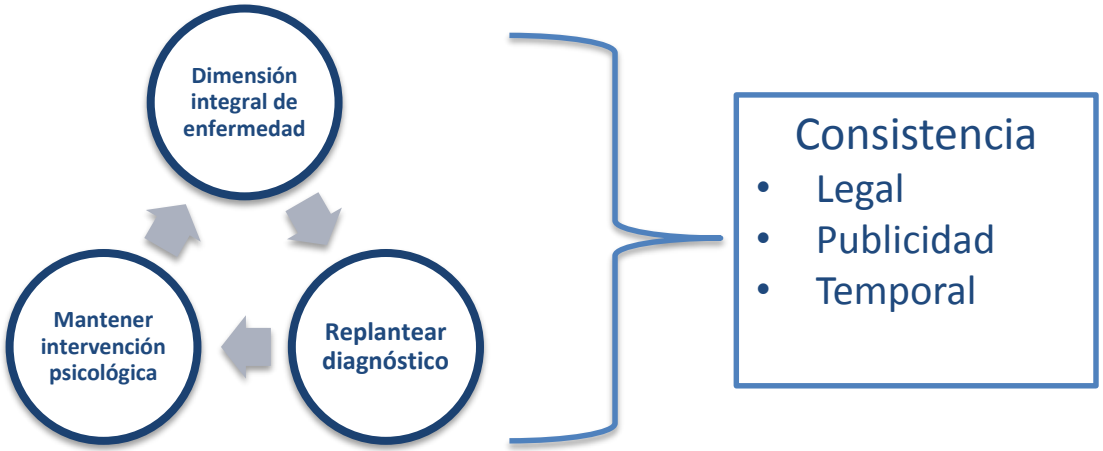


En nuestro caso

→Evaluar a nivel de principios éticos de cada acción

Autonomía Justicia No maleficiencia Beneficiencia

→ Curso óptimo de acción



→Decisión final: tratar de aproximarse a lo más justo, correcto, prudente

Reestablecer alianza terapéutica

Principios implicados

No maleficencia

- Obliga a no hacer daño, tratar con consideración y respeto

Beneficencia

- Obliga a hacer el bien, procurar el mayor beneficio posible y limitando al máximo los riesgos o perjuicios

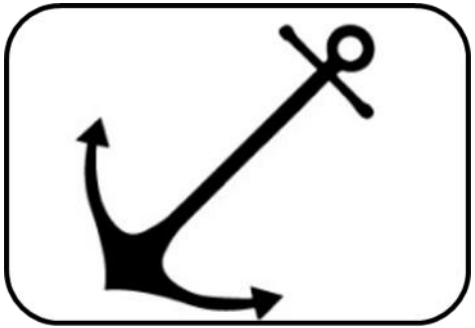
¿Justicia? Fenómeno de etiquetado

Historia personal trastornos psicológicos psiquiátricos

Asumir indebidamente

Síntomas secundarios a patología psiquiátrica psicológica y no a otra enfermedad

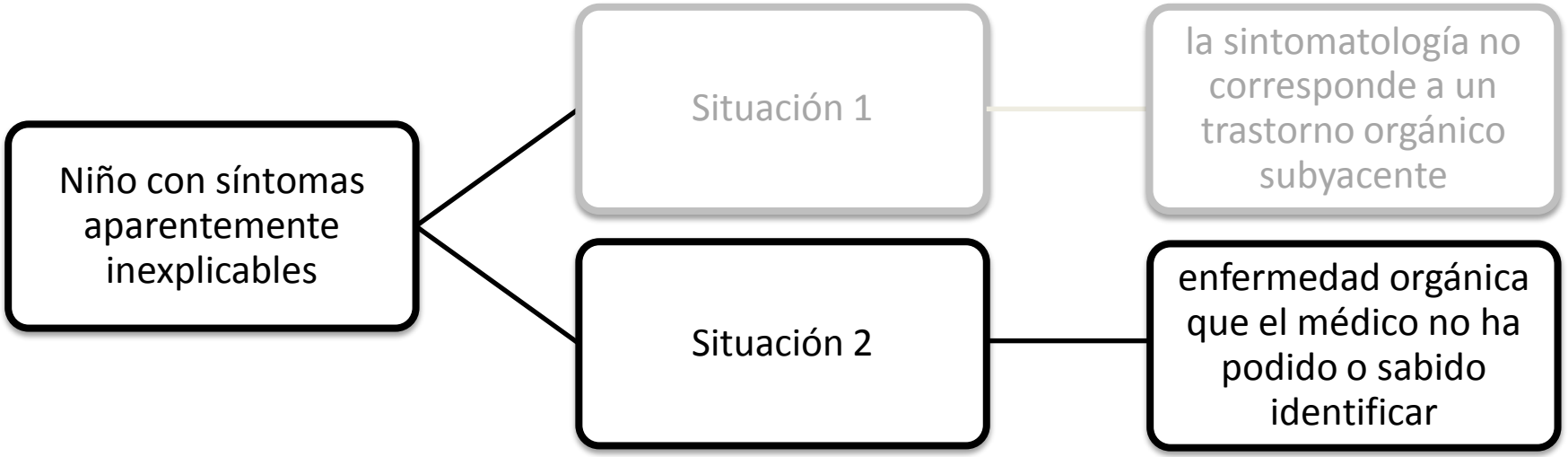
Sesgos cognitivos



Anclaje del diagnóstico inicial

Sin revisarlo a la luz de nuevos datos

Síntomas médicamente inexplicables



“Cuando un dedo señala al cielo, sólo el necio mira al dedo” *Amelie Poulain*

Bases fisiopatológicas del dolor abdominal

Dolor Visceral

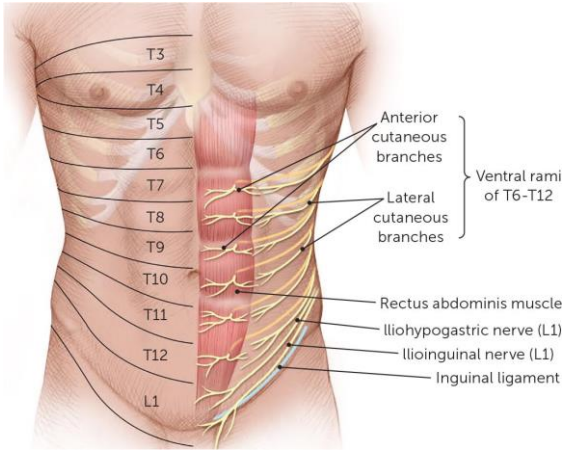
- Distensión, tracción o isquemia de víscera hueca
- Nociceptores C-delta nervios esplácnicos, desmielinizados
- Conducción lenta
- Mala delimitación
- Puede ser referido
- Sordo, urente, cólico, puede asociar síntomas vegetativos

Dolor Parietal

- Piel, tejido subcutáneo, aponeurosis, grupos musculares, y peritoneo parietal
- Nociceptores A-deltamielinizados
- Conducción rápida
- Bien localizado en zona afectada
- Se agrava con la presión y palpación
- Hiperalgesia

Dolor de pared abdominal

- Olvidada en abordaje dolor abdominal crónico
- Prevalencia
  - Población adulta →20% prevalencia
  - Pediatría: probablemente infradiagnosticada (≈ 13%)
- Riesgo diagnóstico de simulación/t. somatomorfos
- Dolor crónico → síntomas esfera emocional

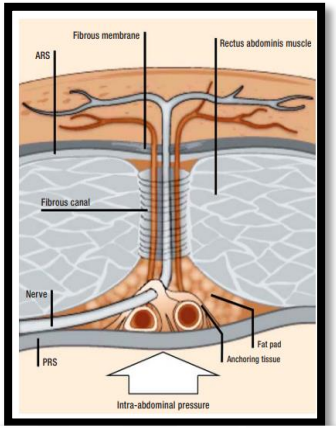


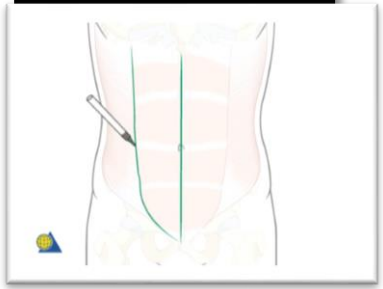
Dolor de pared abdominal

Causa > frecuente→ atrapamiento nervioso cutáneo abdominal anterior

Angulaciones nervios sensitivos (T6-L1) al atravesar el anillo fibroso del músculo recto

- Cualquier ↑presión intra o extraabdominal puede producir atrapamiento
  - Ejercicio
  - Obesidad
  - Compresión mecánica
- Zona cercana línea semilunar
- Predominio en hemiabdomen derecho
- Otras causas
  - Hernias de la pared abdominal
  - Lesiones nerviosas durante la cirugía abdominal
  - Síndrome miosfacial abdominal →puntos gatillo
  - Compresión por estructuras de la pared torácica (apéndice xifoides/costilla flotante)
  - Neuralgia herpética





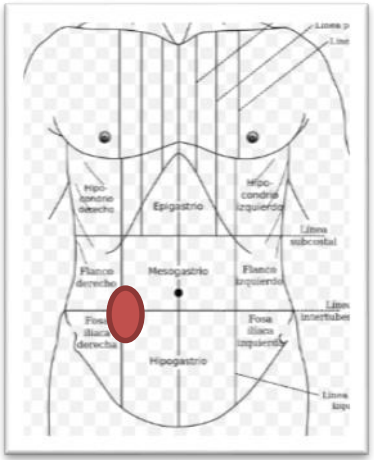
¿Cuál no es sugestivo de dolor originado en la pared abdominal?

1. Dolor localizado a punta de dedo ≤ 2 cm
2. Localización constante de la zona dolorosa
3. Hipersensibilidad superficial y alodinia
4. El dolor empeora con la ingesta

Dolor de pared abdominal

- Características del dolor:
  - Localizado a punta de dedo ✓
  - Independiente de ingesta y hábito intestinal ✓
  - Empeora con ropa apretada/ ejercicio físico/estornudos/ ✓
  - Más frecuente en obesidad ✓

✓ Signos presentes en nuestro paciente

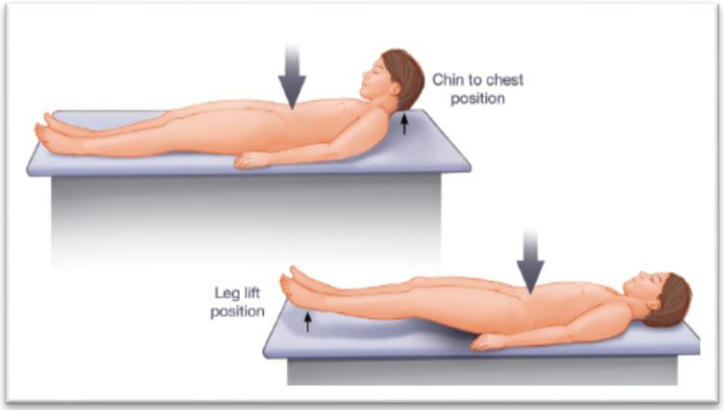


¿Cuál es la prueba con mayor rendimiento ante sospecha de dolor de pared abdominal?

1. Maniobra de Carnett
2. Resonancia magnética nuclear
3. Ecografía del plano muscular
4. Electromiografía

Maniobra de Carnett

- Paciente en decúbito supino
  - Presión con el dedo sobre el área dolorosa
  - Contracción de la musculatura abdominal
- Signo positivo: ↑ síntomas → dolor pared abdominal
- Aceptable sensibilidad y especificidad
- Alta relación costo-efectividad
- Interpretación cautelosa ante:
  - Edades tempranas
  - Dolor abdominal agudo
  - Pacientes con signos de reacción peritoneal

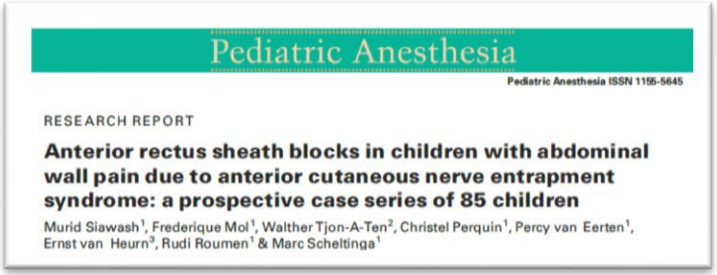


√ Signo positivo en nuestro paciente

Tratamiento dolor pared abdominal

Elección →infiltración de los puntos dolorosos
con anestésicos locales ± corticoides

- Respuesta inmediata
- Infiltración ecoguiada mejora la eficacia y seguridad
- Mejoría mantenida> t½ del fármaco
- En adultos efecto > placebo
- Si evolución desfavorable
  - Neurolísis química
  - Neurectomía quirúrgica
- En todos los casos, mantener enfoque biopsicosocial y apoyo psicológico



Pediatric Anesthesia

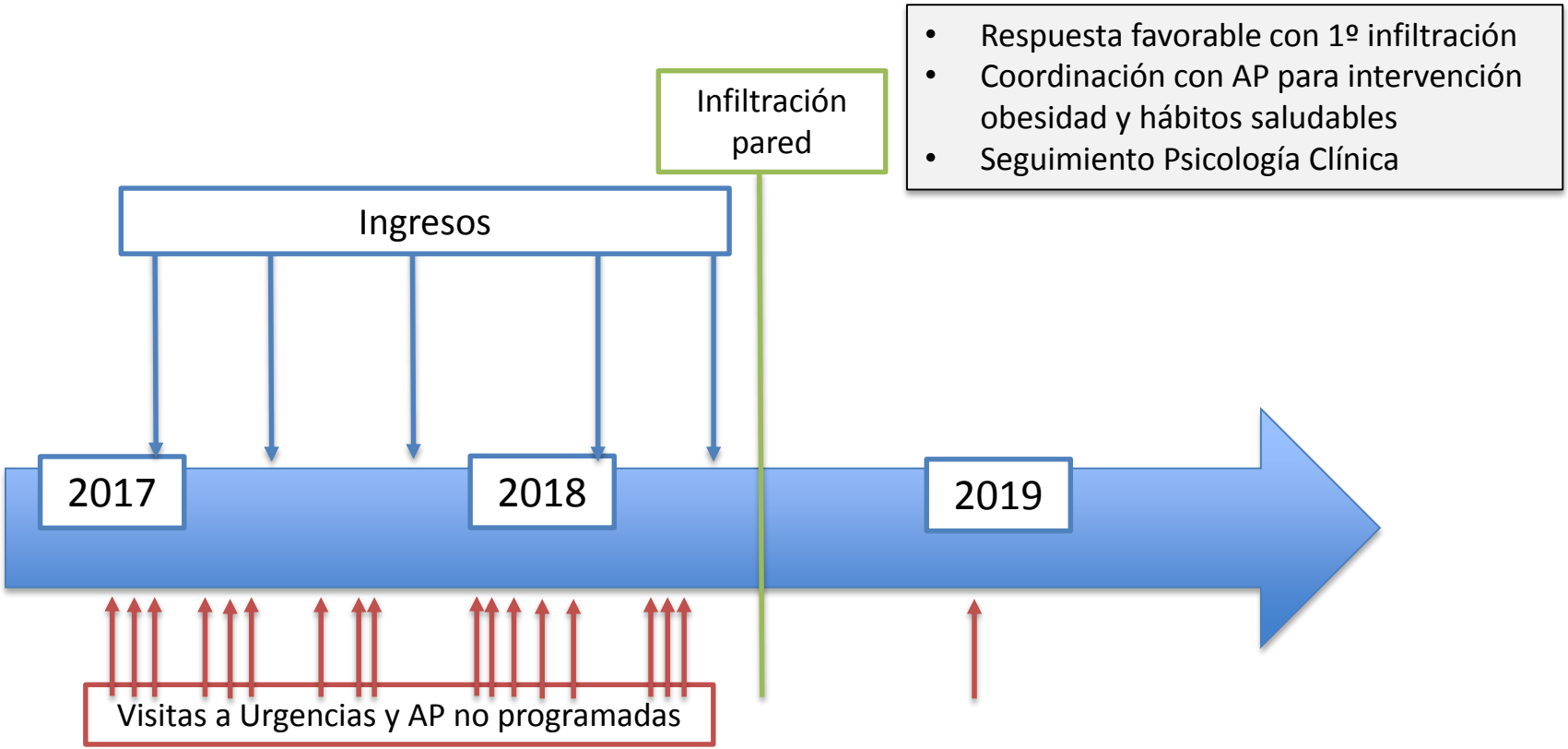
Pediatric Anesthesia ISSN 1155-5645

RESEARCH REPORT

Anterior rectus sheath blocks in children with abdominal wall pain due to anterior cutaneous nerve entrapment syndrome: a prospective case series of 85 children

Murid Siawash[1], Frederique Mol[1], Walther Tjon-A-Ten[2], Christel Perquin[1], Percy van Eerten[1], Ernst van Heurn[3], Rudi Roumen[1] & Marc Scheltinga[1]

Resumen curso clínico



- Respuesta favorable con 1º infiltración
- Coordinación con AP para intervención obesidad y hábitos saludables
- Seguimiento Psicología Clínica

Conclusiones I

- El pediatra:
  - Debe aproximarse con cautela ante lo inexplicable
  - No asumir etiología sin un correcto diagnóstico de exclusión
  - Es el responsable de descartar lo grave y urgente

- El dolor abdominal originado en pared abdominal
  - Entidad olvidada en la valoración del dolor abdominal crónico
  - Diagnóstico sustentado en Hª clínica y exploración física dirigida
  - Infiltración anestésica: terapia de elección/confirmación dx

Conclusiones II

- Enfermedad → Dimensiones psicológicas y físicas
- A evitar → Etiquetado y anclaje diagnóstico
- Bioética→ Recurso para decisiones prudentes en condiciones de incertidumbre

Gracias por la atención

SEPHO
4ª Reunión Burgos, 7 de junio de 2019
Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria

www.sepho.es