

el enfermo que tenemos delante es prioritario para continuar con nuestra a veces poco comprendida, ingrata y dura función de médicos de cabecera.

M. SEGUÍ DÍAZ  
Médico Titular de APA (UBS Es Castell).  
Centro de Salud de Dalt. Sant Joan de Mahón. Menorca.

Correspondencia: Dr. M. Seguí Díaz  
Noria den Riera, 3.  
Es Castell. 07720 Menorca. Baleares.  
Correo electrónico: mseguid@meditex.es

## Dolor abdominal recurrente en la infancia

**Sr. Director:** Se considera dolor abdominal recurrente el que se presenta por lo menos 3 veces durante un periodo de 3 meses, con intensidad tal que el dolor impide la vida normal del paciente. Las causas pueden ser múltiples (orgánicas, funcionales y psicógenas) (tabla 1) y pueden coincidir en el mismo paciente.

La etiología funcional es la más frecuente (85% de los casos). En el 50% de éstos no se conseguirá averiguar la causa y en el 35% de los restantes se deberá a una manifestación de intolerancia a la lactosa. La etiología psicógena representa el 10% de los casos y la orgánica el 5%.

En los lactantes y en los niños pequeños el dolor abdominal agudo deberá considerarse desde el principio como orgánico hasta que no se demuestre lo contrario. En los escolares predominan los dolores recurrentes de tipo funcional. En los adolescentes también predomina el dolor funcional, pero a medida que avanza la edad van prevaleciendo los dolores por afección del tracto genitourinario y los de origen psicógeno.

Se trata de un varón de 11 años de edad con antecedentes familiares paternos de dudosa calculosis renal, y los siguientes antecedentes personales: embarazo bien tolerado, parto a término cefálico, fórceps; peso de 4.200 g; Apgar de 8/9. Ingresado en el periodo neonatal por síndrome aspirativo; calendario vacunal en regla; desarrollo psicomotor normal. Con 18 meses manifestó una orquidopexia derecha. No refería infecciones urinarias conocidas, tan sólo episodios de dolor abdominal recurrente y estreñimiento de forma habitual.

Acudió al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal en el flanco derecho de unas 3 h de evolución que se acompañaba de náuseas y vómitos sin fiebre.

A la exploración destacaba: peso 44,5 kg; talla 1,51 cm; buen estado general, con buena coloración de piel y mucosas; afebril. Microadenopatías inguinales y laterocervicales.

La auscultación cardíaca reveló tonos puros y rítmicos, y la auscultación pulmonar fue normal.

Se halló un abdomen blando depresible, sin hepatoesplenomegalias, con dolor a la palpación del hemiabdo-

men derecho. La puñopercusión renal derecha fue positiva y la izquierda negativa. No había puntos apendiculares y los pulsos femorales fueron positivos.

En la exploración neurológica, la otoscopia y la faringe fueron normales.

En la analítica practicada se evidenció: leucocitos 11.200 con fórmula leucocitaria normal, glucosa 119 mg/dl, urea 34 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, Na/K 141/4 meq/l y amilasa 33 U/l.

En el test sistemático de orina se pusieron de manifiesto los siguientes parámetros: densidad 1.030, albúmina (+), nitritos (-) 3-4 hematíes/campo, leucocitos aislados y abundantes cristales de oxalato cálcico.

Se le practicó una ecografía renal, apreciándose una hidronefrosis. Se realizó urograma apreciándose siluetas renales de situación de tamaño y morfología normales. Se evidenció un discreto, retraso en la eliminación del contraste por ambos sistemas colectivos, apreciándose una ureteronefrosis bilateral, más acusada en el riñón derecho, evidenciándose estenosis de la unión ureterovesical. Sin imágenes sugestivas de calculosis.

Se estableció el diagnóstico de ureteronefrosis bilateral. Se le pautó tratamiento antibiótico con amoxiclavulánico y buscapina si existía dolor. Se remitió al servicio de urología infantil.

**TABLA 1. Etiología más frecuente del abdomen agudo**

Patología intrabdominal	Patología extrabdominal
Menores de 6 meses	
Cólico del lactante	Procesos bronquiales
Patología renoureteral	Torsión testicular
GEA	Meningoencefalitis
Hernia inguinal o umbilical incaerada	
Estreñimiento y fisura anal	
Megacolon agangliónico	
Intolerancia alimentaria	
Íleo	
Vólvulo	
Enterocolitis	
De 6 a 24 meses	
GEA	Neumonía
Invaginación y vólvulo	
Patología renoureteral	
De 2 a 5 años	
GEA	Neumonía basal
Apendicitis aguda	Pleuritis
Adenitis mesentérica	Pericarditis, miocarditis
Divertículo de Meckel	Encefalitis, meningitis
Peritonitis	Púrpura de Schönlein-Henoch
Pancreatitis	Insuficiencia suprarrenal aguda
Cólico hepático	Tetania
Traumatismo abdominal	Mononucleosis infecciosa
Torsión de ovario	Síndrome nefrótico
De 6 a 14 años	
Dolor abdominal recurrente	Neumonías
Apendicitis	Pleuritis
Enfermedad inflamatoria pélvica	Diabetes
Dismenorrea	Herpes zoster
Vólvulo	
Pancreatitis	

GEA: gastroenteritis aguda.

Ante la presencia de un niño con dolor abdominal recurrente debemos realizar una buena historia clínica y exploración física, así como unas pruebas complementarias<sup>1</sup>.

La historia clínica debe recoger las características del comienzo, frecuencia de la crisis, intensidad, ritmo del dolor y su localización. Es importante conocer la repercusión del dolor sobre el estado general (apetito, crecimiento), si las crisis de dolor coinciden con vómitos o diarrea, así como con manifestaciones extradigestivas, como son: fiebre, erupciones cutáneas, manifestaciones articulares o urinarias (hematuria, polaquiuria, disuria).

Es importante saber si existen factores desencadenantes, es decir, si el dolor coincide con la medicación, con determinados alimentos (intolerancia a leche y derivados lácteos)<sup>2</sup>. También hay que estudiar los trastornos psicoemocionales<sup>3</sup>, el nivel de ansiedad, los antecedentes familiares de enfermedades funcionales y psicógenas y la presencia de estrés en el ámbito familiar y escolar. Es muy importante la historia gestacional (si han existido infecciones durante el embarazo que pueden ser origen de pancreatitis o si el hidroamnios sugiere lesiones intestinales obstructivas).

La exploración física se centrará en la evaluación del estado general y en la búsqueda de causas extraabdominales del dolor. La palpación cuidadosa del abdomen indicará si hay defensa muscular, si existen masas abdominales o hepatoesplenomegalia. A veces puede ser necesario el tacto rectal para la localización del dolor.

Las pruebas complementarias se basan en la realización de un hemograma completo (que nos puede indicar si existe un sangrado por úlcus gastroduodenal o por enfermedad inflamatoria intestinal), la velocidad de sedimentación (se encontrará acelerada en el curso de infecciones del tracto urinario, en la tuberculosis intestinal, colagenosis) y el sistemático de orina con urocultivo para descartar infecciones del tracto urinario.

Debemos realizar un coprocultivo y parásitos en heces para descartar la existencia de lambliasis, amebiasis o helmintos (oxiuros, áscaris, tenias). Se debe solicitar una radiografía simple de abdomen<sup>4</sup> y en la segunda fase de exploraciones un test de *Helicobacter pylori*<sup>5</sup>, ecografía abdominal y, si fuera necesario, un análisis de sangre oculta en heces.

Aunque las malformaciones del aparato urinario son muy frecuentes<sup>6</sup>, a veces no se descubren hasta varios años después del nacimiento, debido a que no suelen presentar síntomas; si no se producen complicaciones, lo más común la infección urinaria. Los síntomas reveladores de malformaciones pueden ser específicos (incontinencia, disuria, polaquiuria, piuria, hematuria, proteinuria y dolor lumbar) e inespecíficos de valor más dudoso (dolor abdominal, distensión, vómitos, diarrea, estreñimiento, irritabilidad, cefaleas, anemia), como era el caso de nuestro paciente, que nos llevó a establecer, entre otros, el diagnóstico diferencial de abdomen agudo (apendicitis).

Al realizar la ecografía nos encontramos con anomalías en la unión ureterovesical.

En este tipo de anomalías destaca el reflujo vesicoureteral<sup>7</sup>. Esta asociación es muy frecuente, principalmente en

los casos de estenosis pieloureteral con uréter normal o con uréter dilatado, así como la tendencia a las acodaduras y obstrucción secundaria. El diagnóstico se establece a veces por urografía, pero sobre todo lo confirma la cistografía.

El tratamiento médico es de elección en los tipo I, II y III de la clasificación internacional y con meato ureteral de tipo normal, así como en los niños menores de un año, si no hay una importante pielonefritis o uropatía malformativa. El tratamiento quirúrgico, como era el caso de nuestro paciente, está indicado en niños mayores de un año, menores de un año con grave uropatía malformativa, deterioro de la función renal y signos radiográficos de pielonefritis crónica cicatrizial, reflujo tipo III y IV, meato ureteral en forma de "herradura", dilatación ureteral importante, ectopia ureteral y fracaso del tratamiento médico.

C. SÁNCHEZ OTERO

CS La Estación. 45600 Talavera de la Reina. Toledo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Boyle JT. Chronic abdominal pain. En: Walker WA, editor. Pediatric gastrointestinal disease. Filadelfia: BC Decker, 1991; 45.
- Lebenthal E, Rossi TM, Nord KS, Branski D. Recurrent abdominal pain and lactose absorption in children. Pediatrics 1981; 67: 828.
- Simeone JF et al. Dolor abdominal recidivante, alexitimia y depresión en la infancia. Rev Esp Pediatr 1991; 47-55.
- Olivares JL et al. Estudio radiológico del dolor abdominal en la infancia. Acta Pediatr Esp 1991; 49-53.
- Reina J, Alomar P. Aislamiento del *Helicobacter pylori* en pacientes pediátricos: significación clínica. Rev Esp Pediatr 1990; 46: 170.
- Keladis PP. Anomalies of the upper urinary tract. En: Keladis PP et al, editores. Clinical pediatric Urology. Filadelfia: 1985.
- Crespo M et al. Reflujo vesicouteral en la infancia. An Esp Pediatr 1990; 33 (Supl 43): 210.

## Episodios sincopales en un varón con factores de riesgo cardiovasculares y supradesnivelación del segmento S-T en derivaciones V1, V2 y V3

**Sr. Director:** En este trabajo presentamos un caso clínico sobre un síndrome cuyo diagnóstico, en la mayoría de las ocasiones, solamente requiere la realización de un ECG.

Nuestro objetivo primordial es dar a conocer las características electrocardiográficas de este síndrome, para incluirlo entre nuestros diagnósticos diferenciales.

Se trata de un varón de 52 años, con los siguientes antecedentes personales: fumador de 30 cigarrillos/día, hiperuricemia, hipertrigliceridemia e historia clínica de "mareos", descritos como sensación de inestabilidad sin pérdida de conciencia