

CAUSAS POCO COMUNES DE DOLOR ABDOMINAL

(No todo es Intestino Irritable)

Dr. Christian von Mühlenbrock, MSc, FACP, PhD(c)
Clínica Universidad de los Andes
Hospital Clínico Universidad de Chile





Cruz

Carroza fúnebre

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Jesús sirviendo pan y vino

Introducción

- Motivo de consulta **frecuente** (22/1000 personas/año):
 - A lo largo de la vida: 21.8%
 - La **mitad no tiene diagnóstico**.
- Más **difícil** de abordar y diagnosticar que abdomen agudo.
- *"Más probable manifestación atípica de algo frecuente que típica de algo infrecuente"*
- **Causas olvidadas:** Patología biliar, enfermedad celiaca y vasculopatías.



Viniol A, et al. Fam Pract. 2014
Wallander MA, et al. Int J Clin Pract. 2017
Aycinena F, et al. BJM 2025

¿Qué diagnósticos diferenciales pensamos?

Pared abdominal

- Piel
- Músculos
- Neuropatías

En mujeres:

- Endometriosis
- Patología Anexial
- Ovulación dolorosa

Psicológico / Ganancial o Psicósomático****

Dolor abdominal centralmente mediado:

- Migraña abdominal
- Epilepsia abdominal
- Síndrome Intestino Narcótico

Patología Biliar y Esfínter Oddi

Enfermedad Celiaca

Enfermedad Inflamatoria Intestinal
(Enfermedad de Crohn)

Síndrome Intestino Irritable

Síndrome ulceroso

Dispepsia Funcional

Pancreatitis crónica

Patología isquémica

Otras: Alergias alimentarias, Porfiria, etc.

¿Cómo abordarlo?

POR TIPO DE DOLOR

SOMÁTICO
Fibras mielínicas

VISCERAL
Fibras amielínicas – C

Superficial (ej.
Piel) o Profundo
(Ej. Muscular)

Vísceras huecas y
sólidas:
Referido o inespecífico

NEUROPÁTICO
Central o Periférico

Neuropático central (talámico)

Neuropático periférico

Piel (pared abdominal)

Muscular (pared abdominal)

POR ANATOMÍA

Serosa

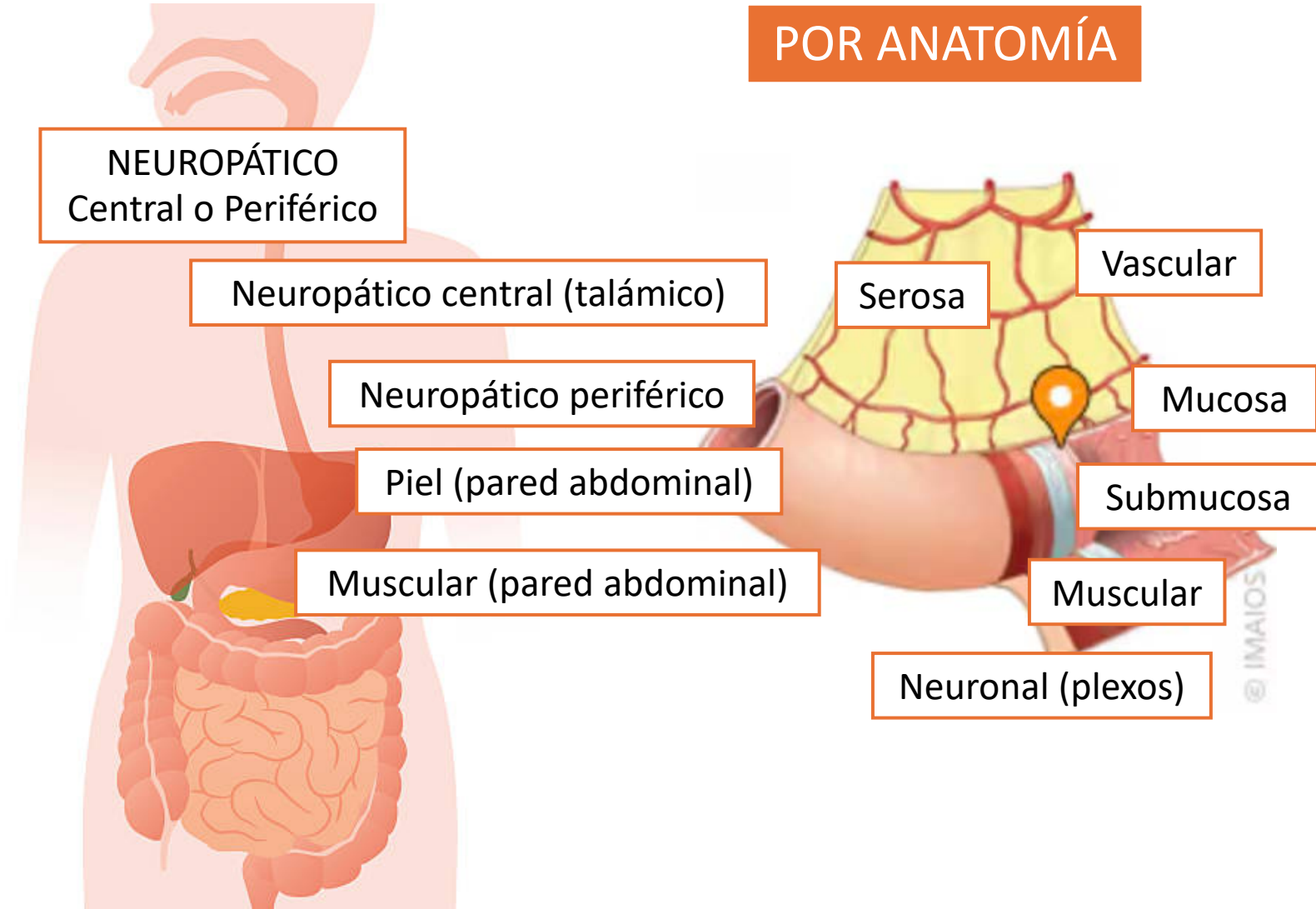
Vascular

Mucosa

Submucosa

Muscular

Neuronal (plexos)

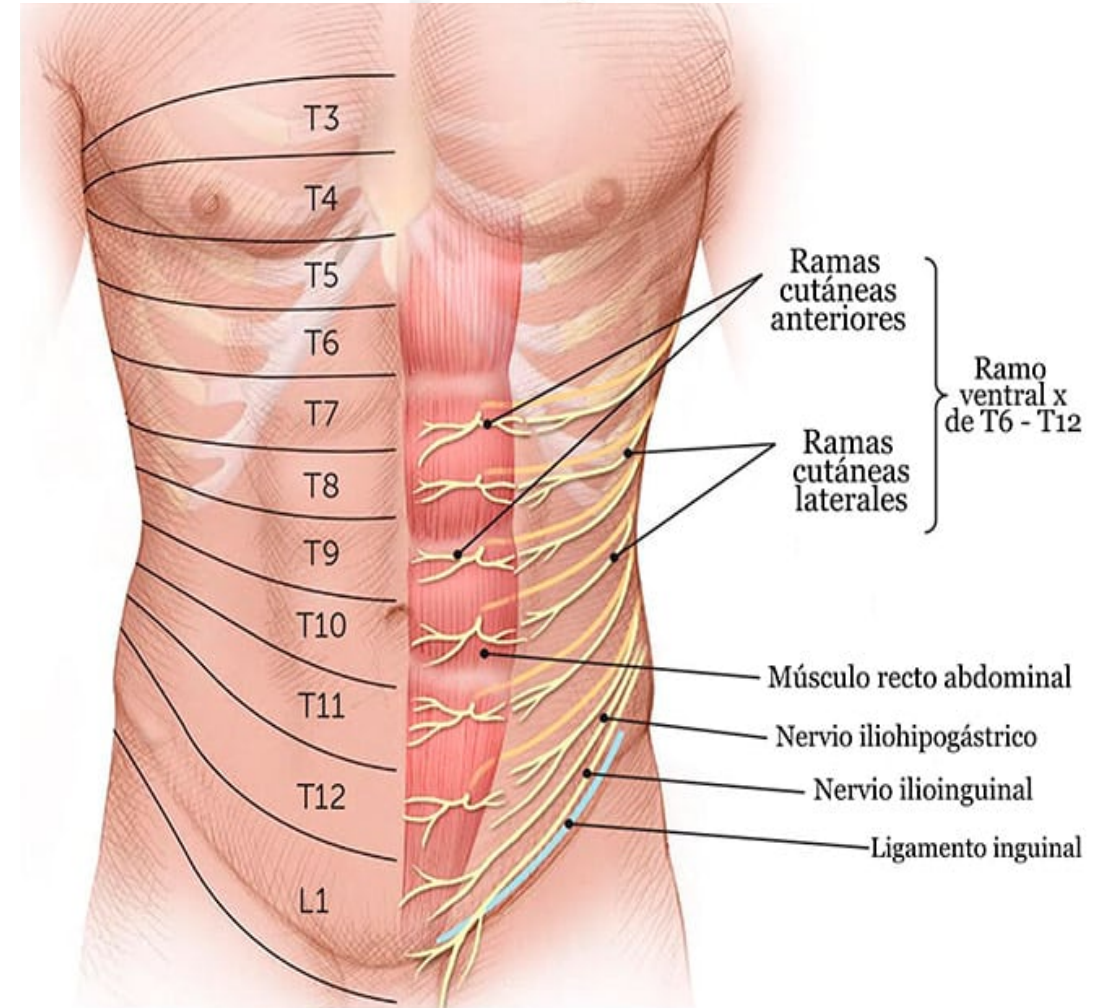




DOLOR SOMÁTICO

Pared abdominal

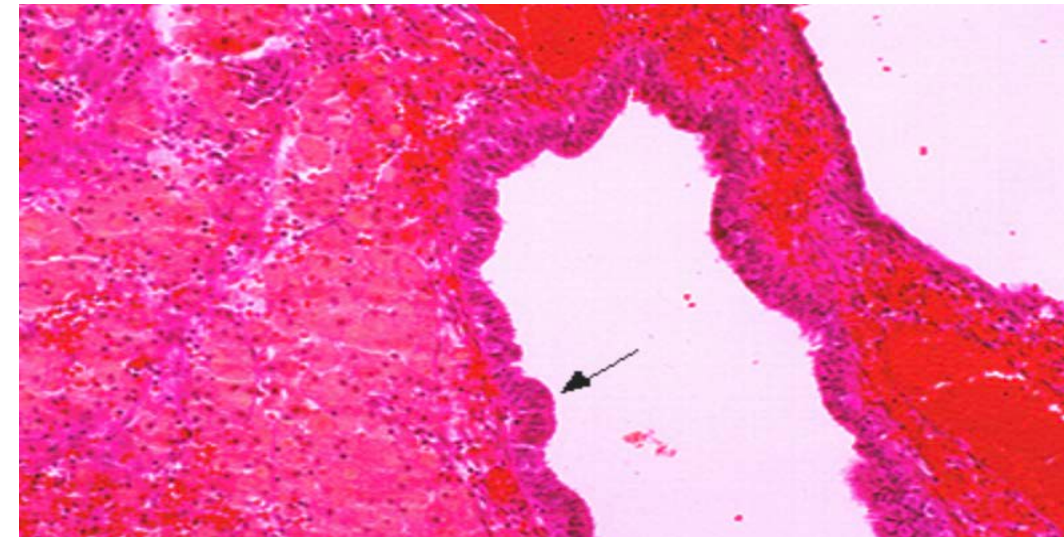
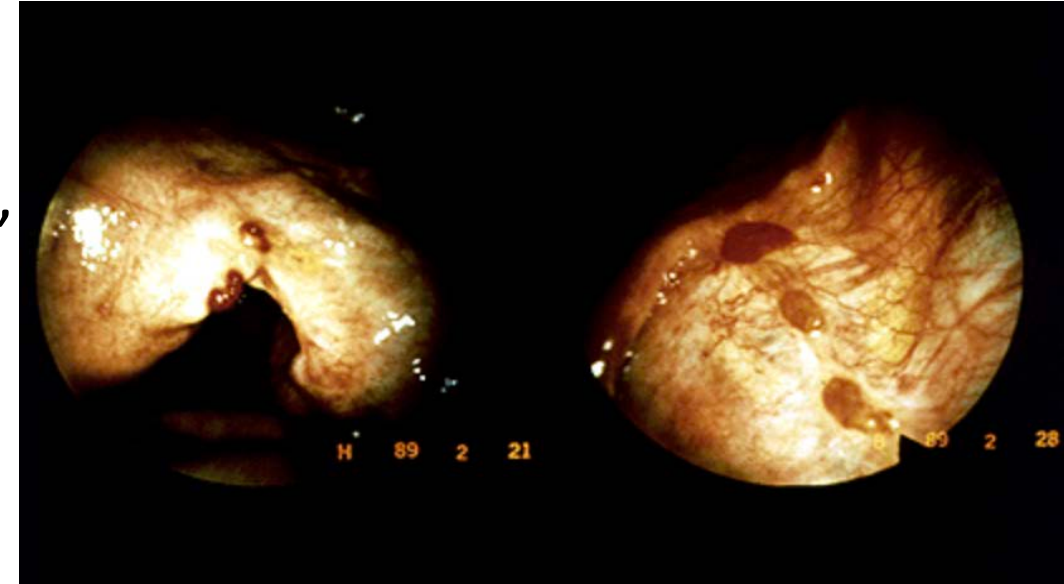
- A la vista, pero **habitualmente olvidados**.
- Historia y examen físico completo.
- Síndrome de **atrapamiento de nervio cutáneo anterior**: Signo Carnett +; 75% hipergesia cutánea o alodinia.
- Prueba diagnóstica con **punción seca** y posterior inyección lidocaína.
- Dg. Diferencial: Hernias, Endometriosis de pared, Xifodalgia.



Fuente. Ilustración de Christy Krames

Endometriosis

- Clásicamente en edad fértil (peak 25-35 años), pero **puede ser postmenopausia**.
- Dolor pélvico crónico – dispareunia, dismenorrea.
- Sospechar en **dolor refractario cíclico**.
- Eco TV – RM Abdomen protocolo
Endometriosis: compromiso intestinal y pared abdominal.
- EDA/Colono rara vez útil (estenosis).
- Dg definitivo: Bp laparoscópica.
- Tto: AINEs, terapia hormonal, dieta, otros.





DOLOR VISCERAL



PATOLOGÍA PANCREATOBILIAR

Pancreatitis crónica

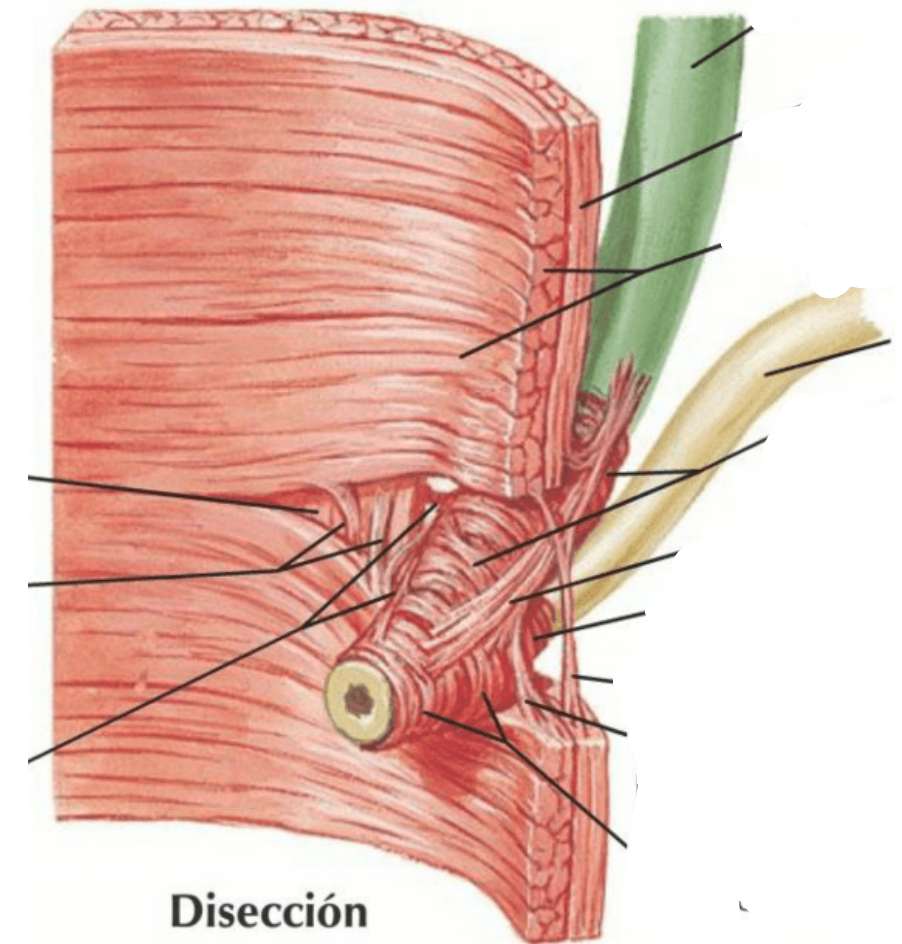
- **Dolor** abdominal crónico (en faja) + **Déficit exocrino (elastasa)** y/o endocrino. Con o sin diarrea.
- **Cuadro clásico:**
 - Dolor
 - Esteatorrea
 - Baja de peso
- Causa más frecuente el **alcohol**. Otras: TBQ, Ca, genéticas, etc.
- Diagnóstico: Imágenes + elastasa fecal



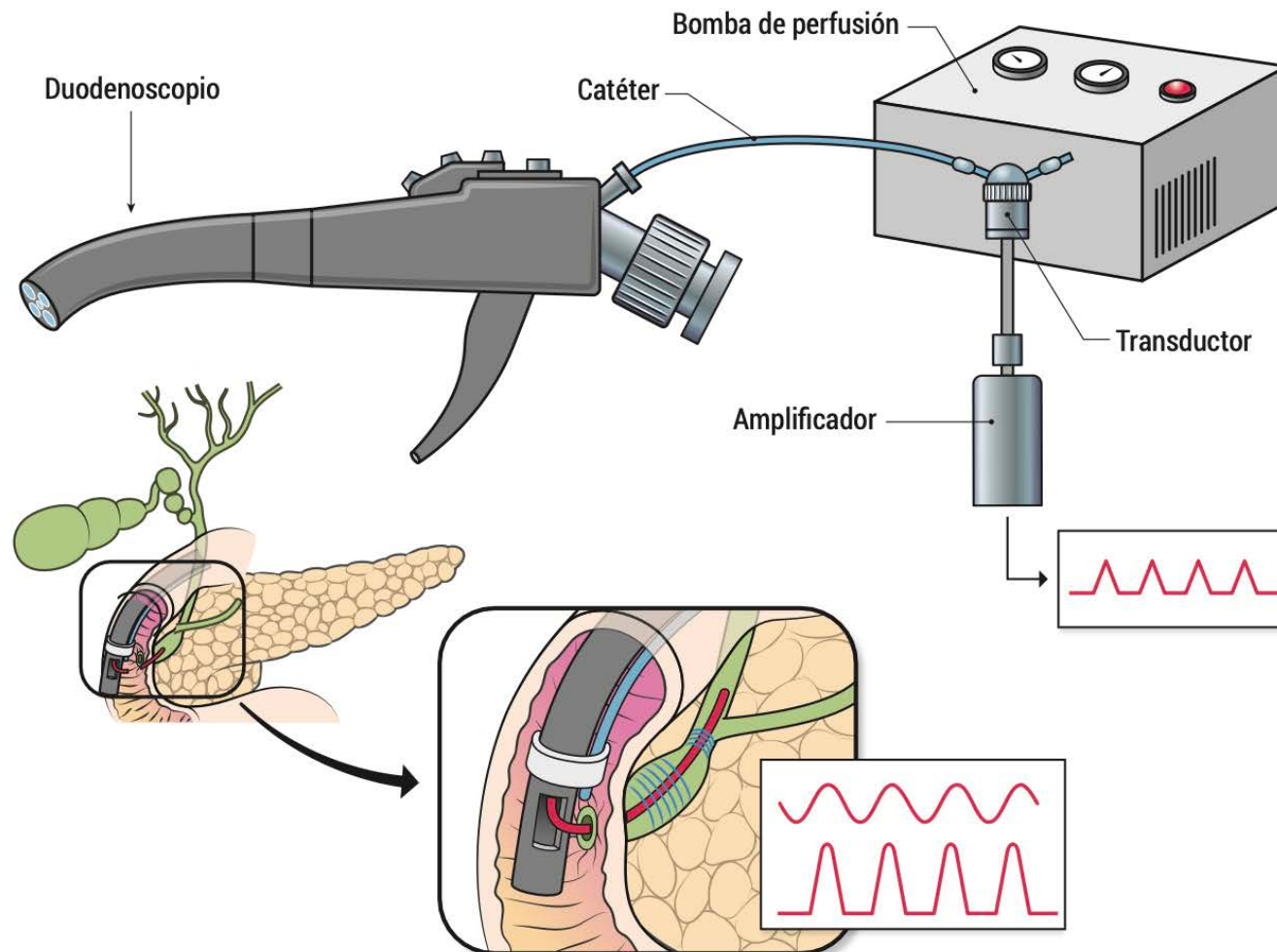
Disfunción del Esfínter de Oddi

Dolor localizado en epigastrio o hipocondrio derecho y todos los siguientes criterios

- Es progresivo hasta un dolor constante y tiene una duración igual o superior a 30 minutos
- Ocurre en diferentes intervalos de tiempo (no a diario)
- Es lo suficientemente grave como para interrumpir las actividades de la vida diaria o provocar la necesidad de acudir a los servicios de urgencias
- No se relaciona de forma significativa (< 20 %) con las deposiciones
- No mejora de forma significativa (< 20 %) con los cambios posturales o el uso de antiácidos
- Náuseas y vómitos
- Irradiación hacia la espalda o región subescapular derecha
- Interrupción del sueño



Disfunción del Esfínter de Oddi



Disfunción Oddi **biliar** (tipo I)

Dolor tipo biliar
Elevación de Enzimas hepáticas x 2
durante el dolor
Dilatación conducto biliar principal

Disfunción Oddi **pancreático** (tipo I)

Pancreatitis recurrente
Elevación de Enzimas pancreáticas x 2
durante el dolor
Dilatación conducto pancreático principal

Disfunción del Esfínter de Oddi

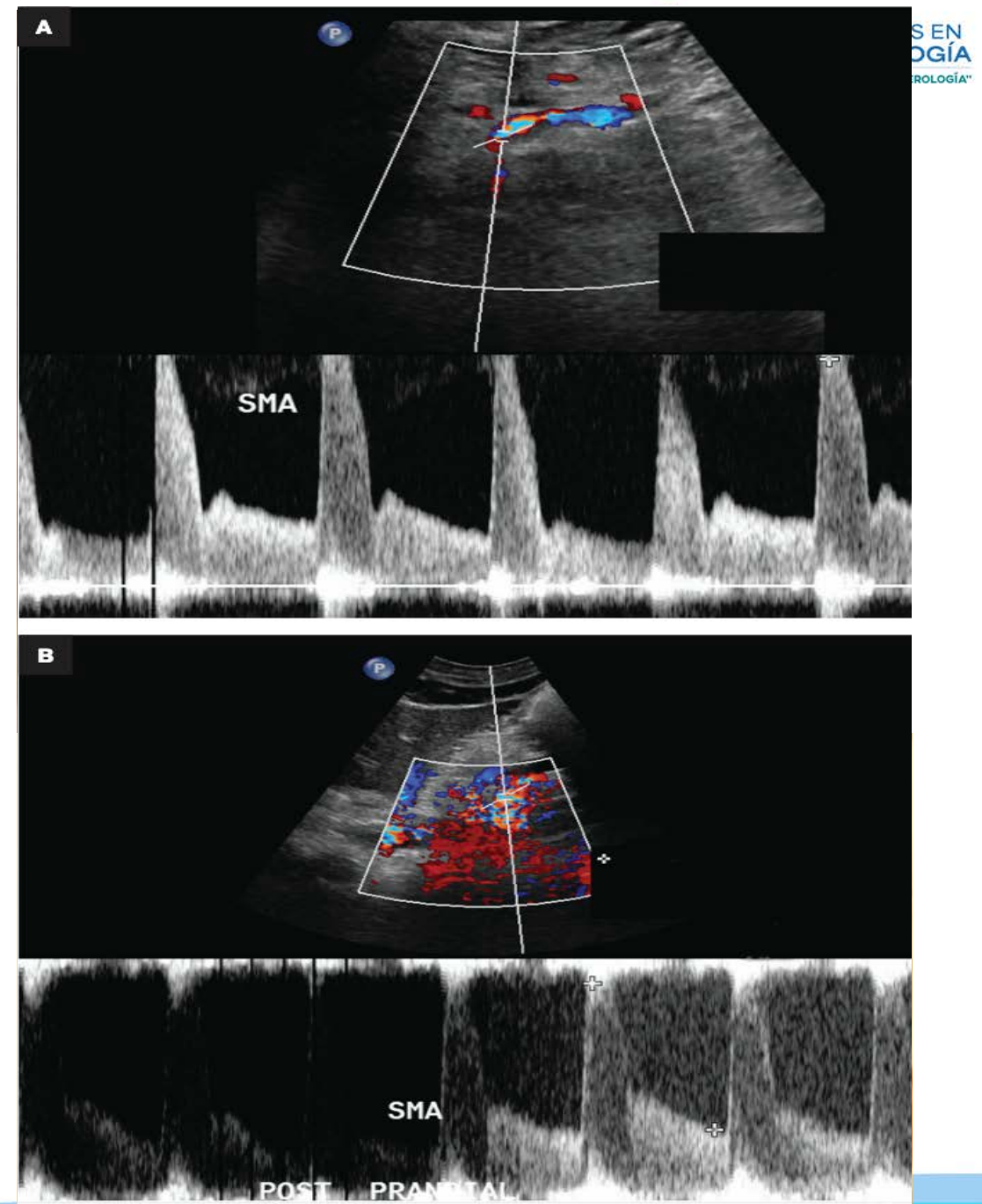
Tipo disfunción	Dolor biliar	Anormalidad laboratorio y/o dilatación biliar	Utilidad de Manometría esfínteriana	Tratamiento propuesto
Tipo I	Presente	Ambos	No	CPRE con esfinterotomía



PATOLOGÍA VASCULAR

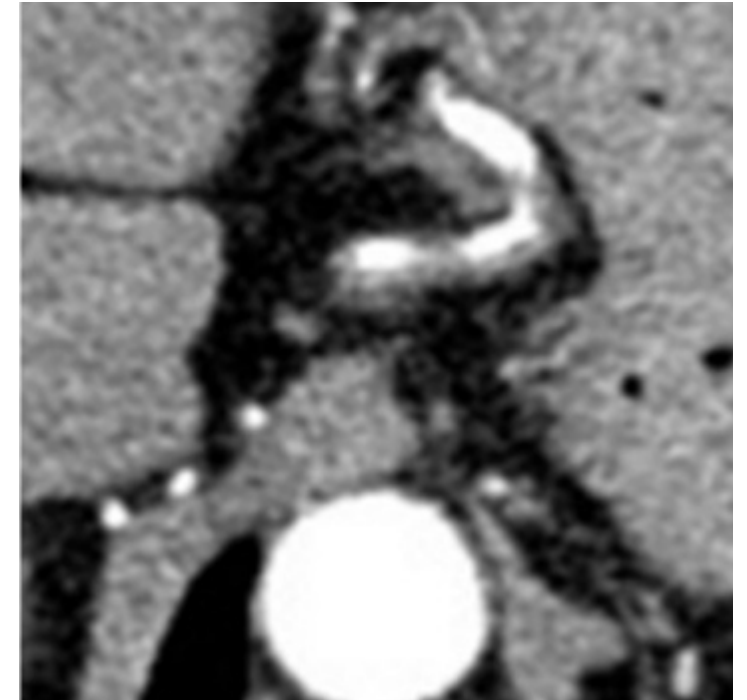
Isquemia mesentérica

- Puede ser aguda (embolía) o **crónica** (trombosis).
- Forma crónica se manifiesta como **angina mesentérica** (dolor post prandial).
- Sospechar en pacientes de **alto riesgo cardiovascular**.
- Considerar **Eco Doppler** pre y post prandial: normal aumento flujo 20-30%.



Vasculitis sifilítica

- Compromiso por **invasión precoz** espiroquetas a *vasa vasorum*: neuropatía visceral y vasculitis.
- Otros compromisos:
 - Gastritis hipertrófica sifilítica
 - Adenopatías intraabdominales dolorosas
 - Proctitis
- Estudio angiográfico + serología.



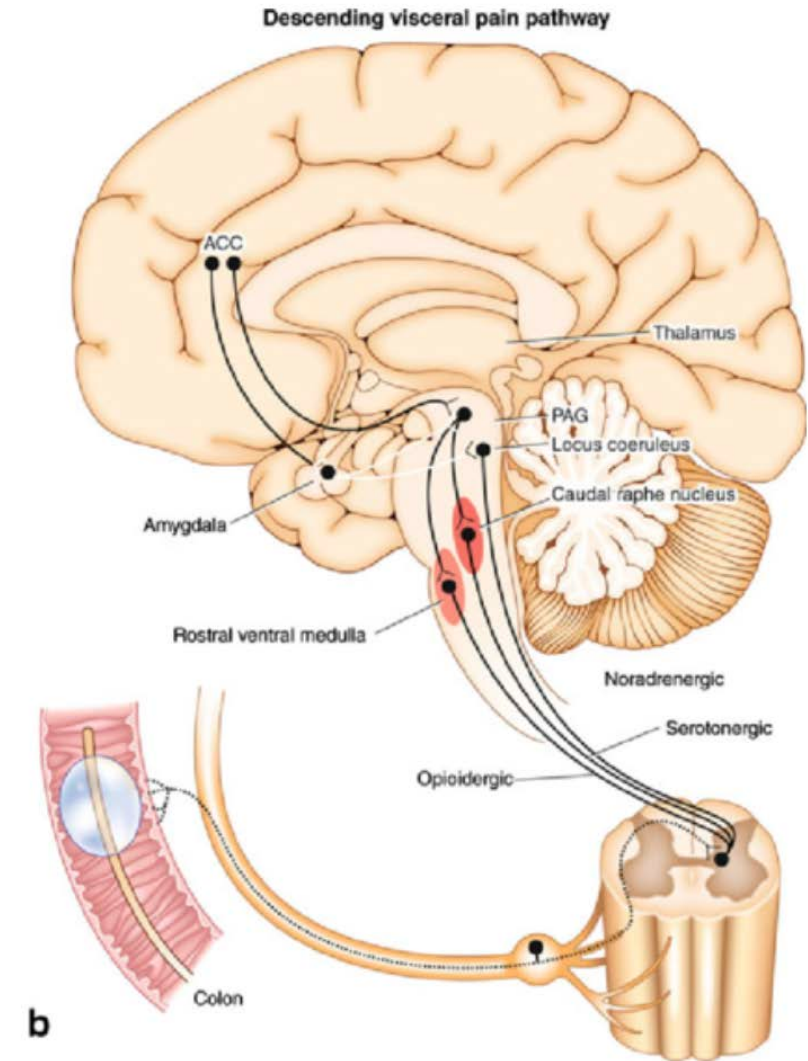
Engrosamiento parietal difuso de arteria gástrica izquierda con zona de estenosis multisegmentaria, arterias renales y celíacas.



DOLOR CENTRALMENTE MEDIADOS

Dolor centralmente mediado

- **Criterios Roma IV:**
 - Dolor abdominal **constante**.
 - **Sin relación** a alimentación o tránsito intestinal.
 - Limita aspectos de la vida diaria.
 - Sin otra causa estructural o metabólica.
- **Hasta 2% de las causas.** En promedio 7 consultas/año, 6,4 endoscopías y **2,7 cirugías en 7 años!**
- **Fisiopatología:** Procesamiento central del dolor alterada (corteza singular anterior e ínsula)
- Se **puede asociar a otros trastornos** de dolor crónico (migraña, fibromialgia). Policonsultantes, uso de narcóticos.
- **Manejo:** Multidisciplinario. Neuromoduladores + Psicoterapia.



Migraña abdominal

- **Trastorno eje cerebro-intestino** (“sin anormalidad estructural o bioquímica reconocida) descrito en **Pediatría**, raro* en adultos.
- Síndrome **episódico** del espectro de las migrañas.
- **Dolor abdominal central** intermitente que **interfiere** con las actividades de la vida diaria acompañado de **alteraciones del sensorio** “migrañosas”:
 - Fotofobia, Fonofobia
 - Náuseas, Vómitos
- **Asintomático entre episodios.**

Migraña abdominal: Prevalencia

- Depende de criterios diagnósticos usados y población.
- Niños británicos (criterios 1986): **2,4-4,1%**
- Niños en USA (criterios Roma III): **9,2%**
- Estudio británico escolares (criterios ICHD-3beta):
 - 9% en menores de 12 años
 - **1% mayores de 14 años**
- **Causa poco común de dolor abdominal crónico en adultos (sin estudios prevalencia, sólo series de casos).**

Abu-Arafef I. Arch dis Child 1995

Drossman DA. Chin J Dig Dis 2006

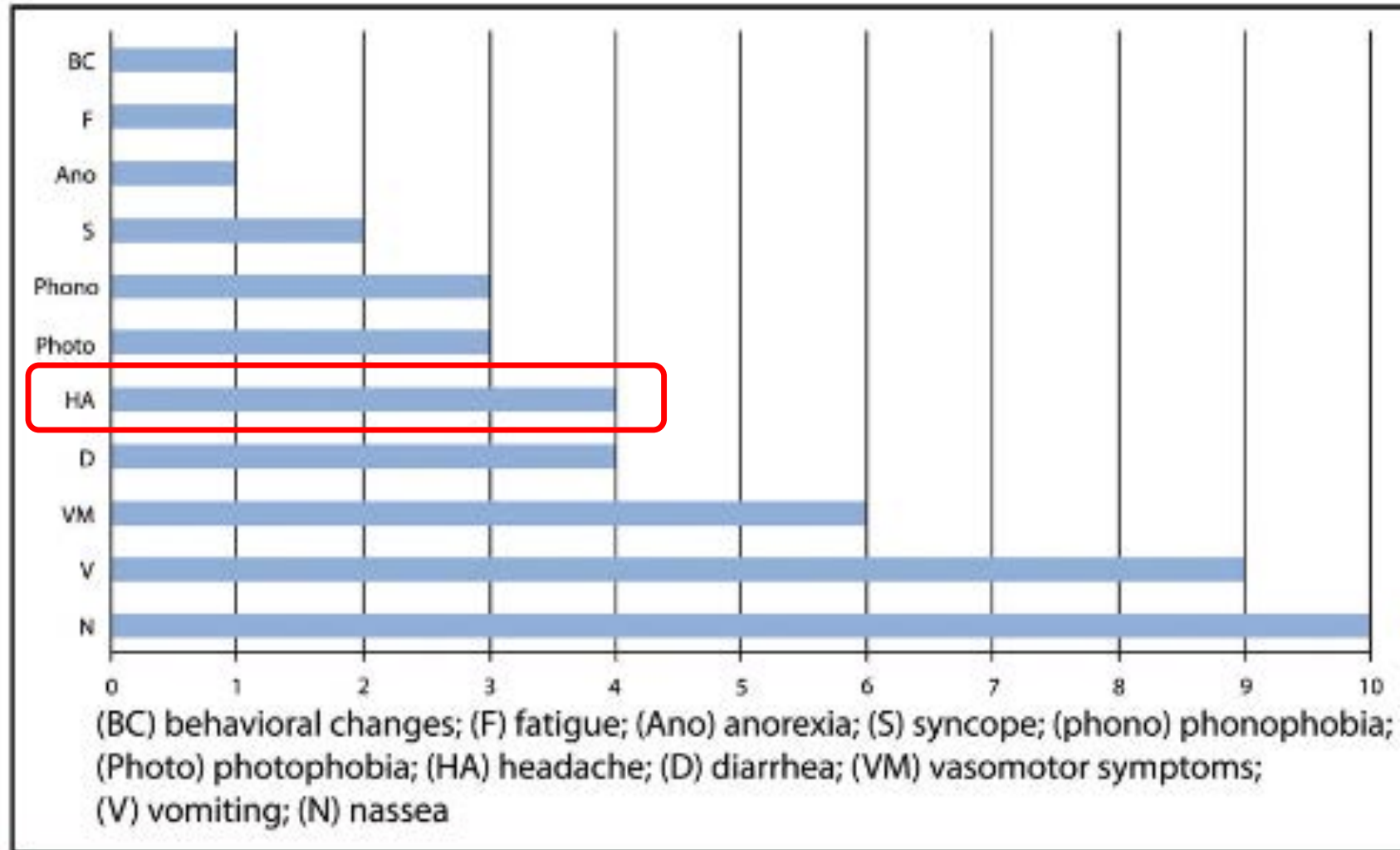
Tarantino S. Pediatr Neurol 2014

Migraña abdominal: Fisiopatología

- No está claro ... Cambios en el eje cerebro-intestino, desregulación vascular, genética.
- Rol del sistema Trigémino-vascular – **Hiperalgesia visceral**.
- Sin evidencia de vasoespasmo - alteración de irrigación regional.
- Liberación **Serotonina y Dopamina**.
- Gastroparesia - Aumento permeabilidad intestinal.
- Potente **asociación familiar**.
- Mutaciones que involucran transporte transmembrana (**canalopatías** – gen PRRT2 – asociado a tortícolis y migraña hemipléjica).

Migraña abdominal: Clínica

Cefalea está presente **sólo en 40%** de los casos



Migraña abdominal: Clínica

- Pueden identificarse **gatillantes** (Estrés, cansancio, ayuno) como en otras formas de migraña.
- Pueden confundirse gatillantes como **“síntomas premonitorios”**:
 - Luz intensa con Fotofobia
 - Ruidos molestos con Sonofobia
 - Olores con cacosmia
 - Cambios de ánimo
- **¿Aliviantes?**
 - Reposo (88%)
 - Sueño (64%)
 - Analgésicos (38%)



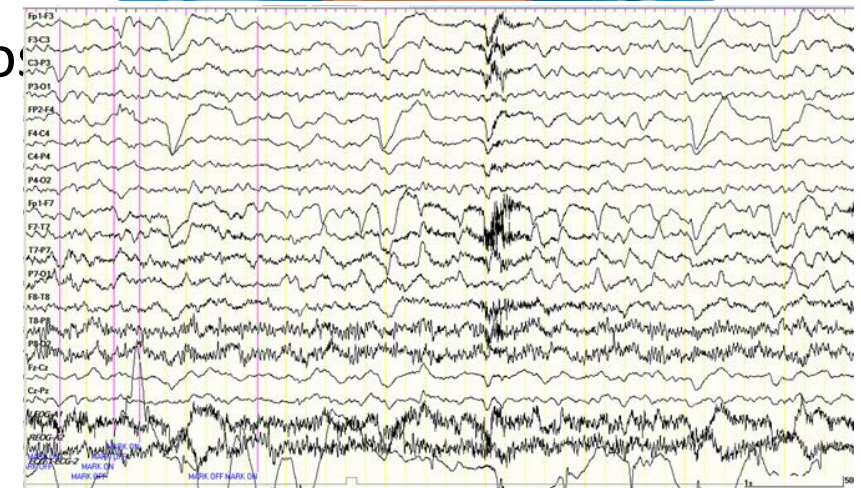
Migraña abdominal: Clínica

- Un **70%** de niños con MA tiene o tuvo migraña con o sin aura.
- Asociación con otros **trastornos cíclicos**:
 - Vómitos cíclicos* (66-76% en niños)
 - Otras migrañas (hemipléjica, dolor regional, etc)
 - Vértigo paroxístico benigno
 - Tortícolis paroxística
 - Cólicos infantiles
 - Raynaud
- **Sd vómitos cíclicos** (e hiperemesis canabinoide) puede coexistir dolor abdominal en algunos casos (50%) y 72% MA tiene vómitos.



Epilepsia abdominal

- Importancia de buena **anamnesis y estudio dirigido.**
- Causa de dolor abdominal crónico **intermitente**:
 - Dolor suele ser **breve** o más leve (segundos a minutos).
 - Se asocia a alteración de **conciencia**.
 - Algunas veces seguido de movimientos tónico-clónico.
 - Período **post ictal**.



THE ABDOMINAL AURA

A STUDY OF ABDOMINAL SENSATIONS OCCURRING IN EPILEPSY AND PRODUCED BY DEPTH STIMULATION

J. M. VAN BUREN, M.D.

*The Branch of Surgical Neurology, National Institute of Neurological Diseases and Blindness,
National Institutes of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health,
Education and Welfare, Bethesda 14, Md. (U.S.A.)*

(Received for publication: June 26, 1962)

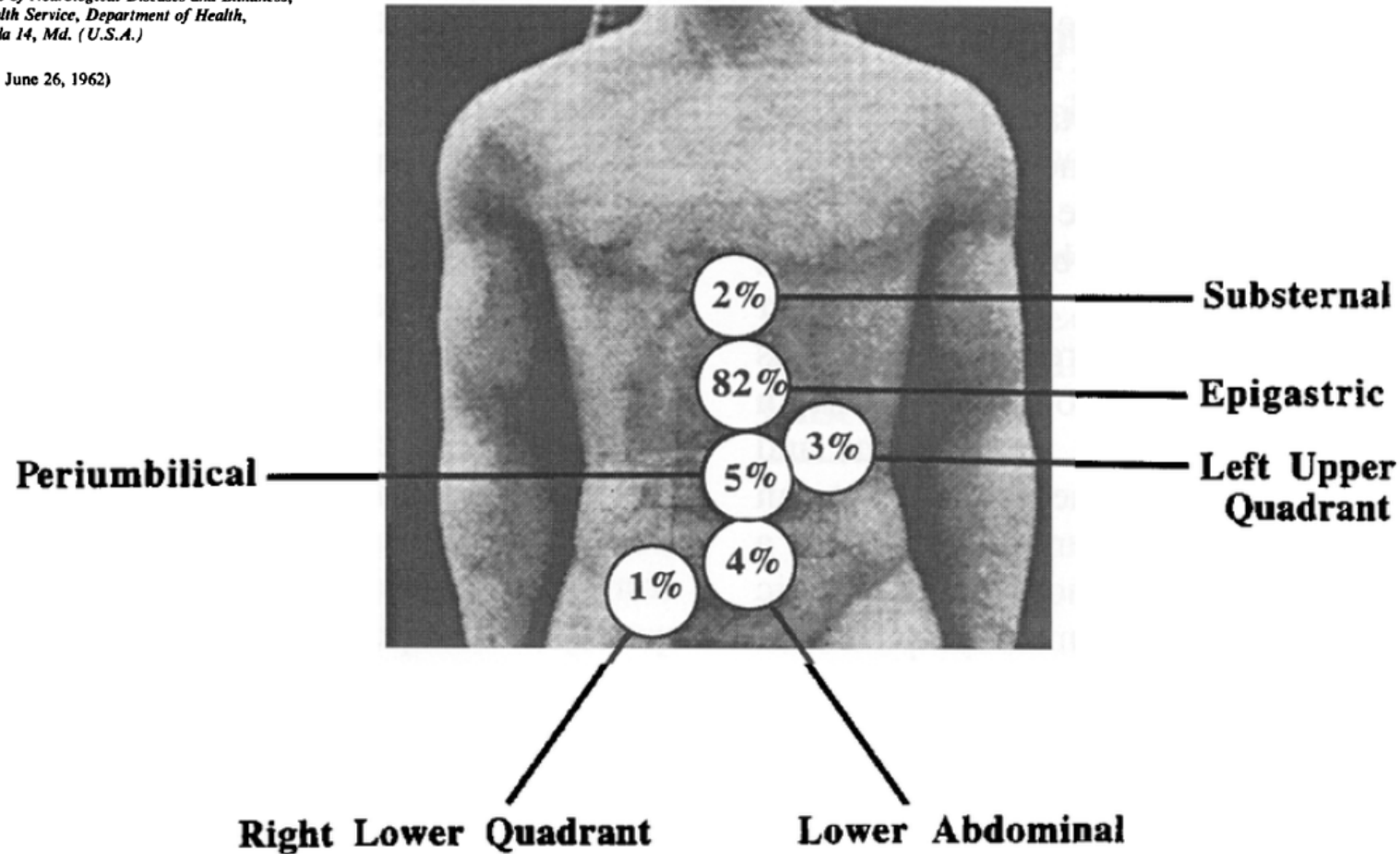
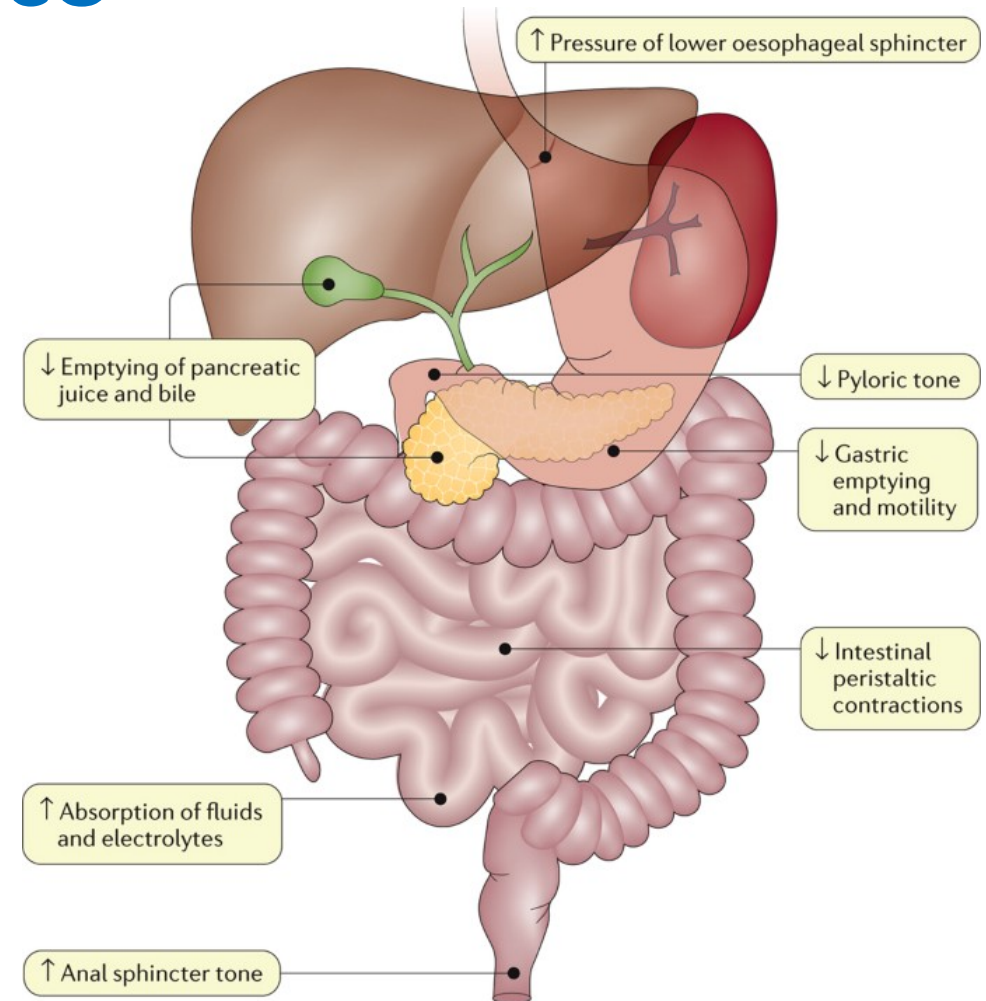


FIGURE 28-2 Initial symptom localization in 100 patients with abdominal auras. (Data adapted from Van Buren JM: The abdominal aura: A study of abdominal sensations occurring in epilepsy and produced by depth stimulation. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 15:1-19, 1963.)

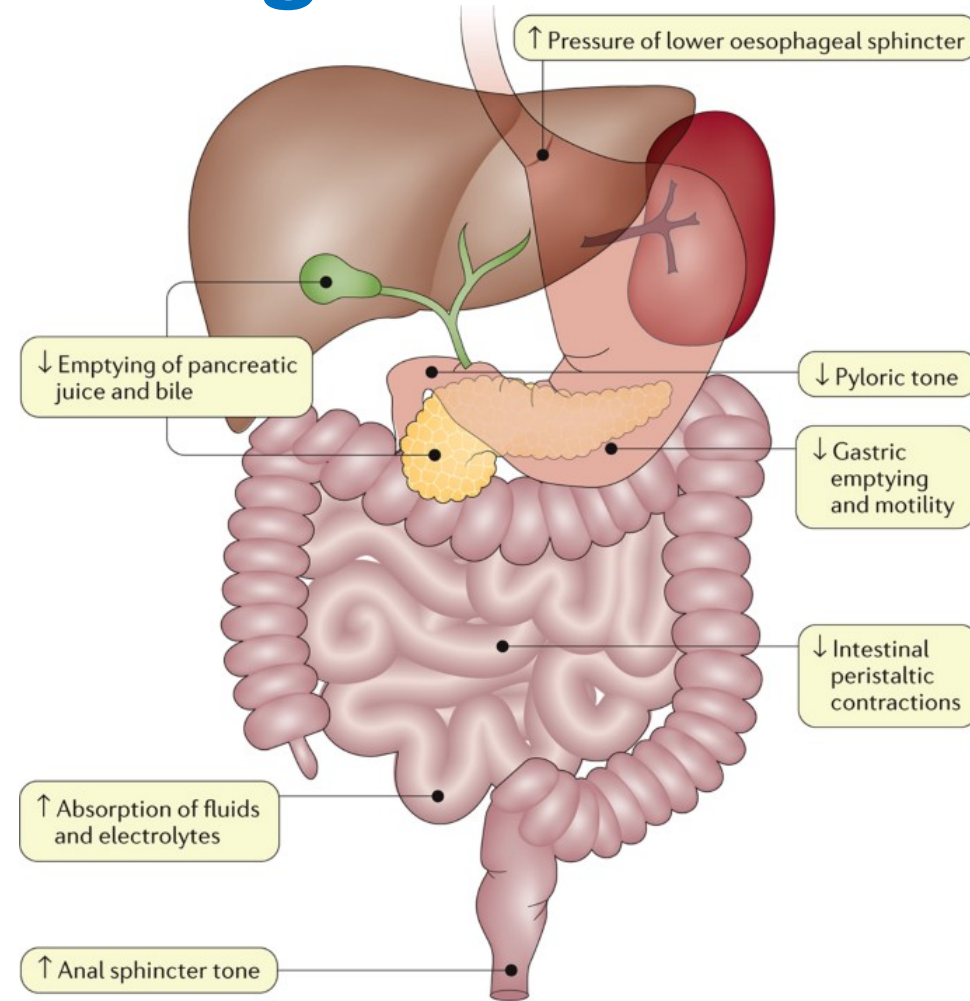
Síndrome Intestino Narcótico

- **Dolor abdominal frecuente o crónico** manejado en agudo con dosis altas de opioides o crónicas.
- **Sin otra causa** evidente.
- **En aumento con mayores dosis de opioides.**
- Resolución incompleta.
- Empeoramiento del dolor concordante con vida media de opioide y **mejoría con nueva dosis.**



Efectos opioides en tubo digestivo

- Vía **Re tipo μ** de plexo entérico con efecto en **todo** tracto GI:
 - Rol Péptido Intestinal Vasoactivo (VIP), NO y 5HT.
- RAM más frecuente es Constipación y alteraciones motilidad.
- Sd intestino narcótico entidad conocida **recientemente**: "dolor paradójico".



Hiperalgesia por opioides

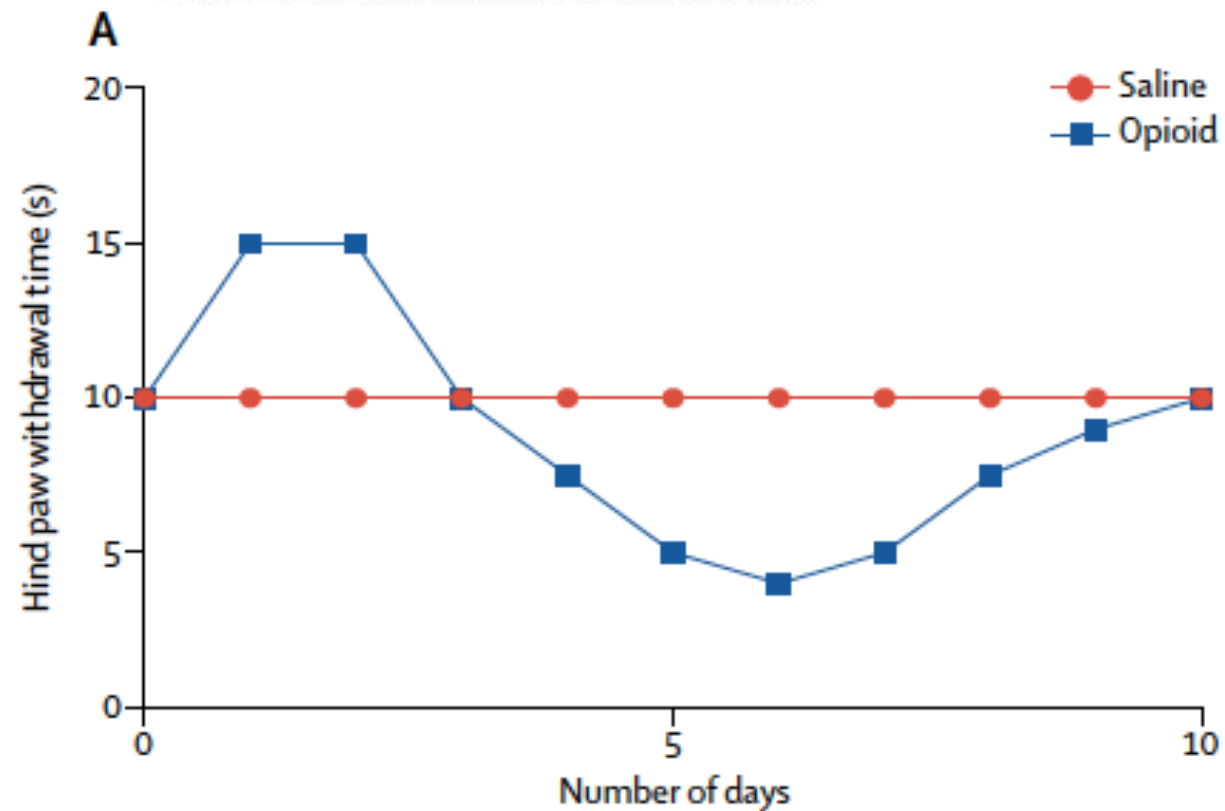
Neuropharmacology and Analgesia

Model of methadone-induced hyperalgesia in rats and effect of memantine

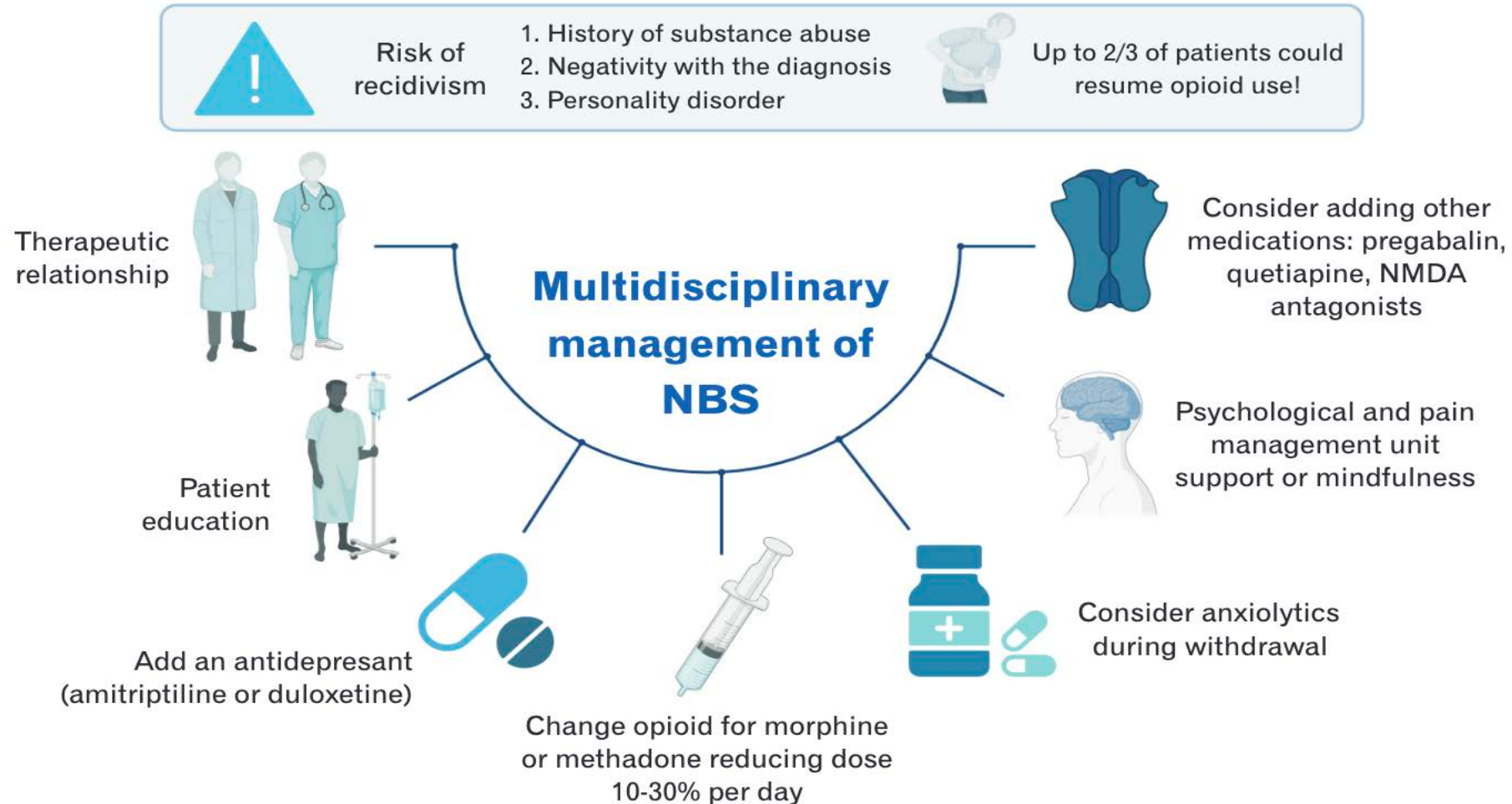
Justin L. Hay^{a,*}, Jahangir Kaboutari^{a,b}, Jason M. White^a, Abdallah Salem^a, Rod Irvine^a

^a Discipline of Pharmacology, Level 5, Medical School North, University of Adelaide, SA 5005, Australia

^b Department of Basic Sciences, Faculty of Veterinary Medicine, University of Shahrekord, Shahrekord, Iran



Narcotic Bowel Syndrome, an Under-recognized Cause of Chronic Abdominal Pain in Adults



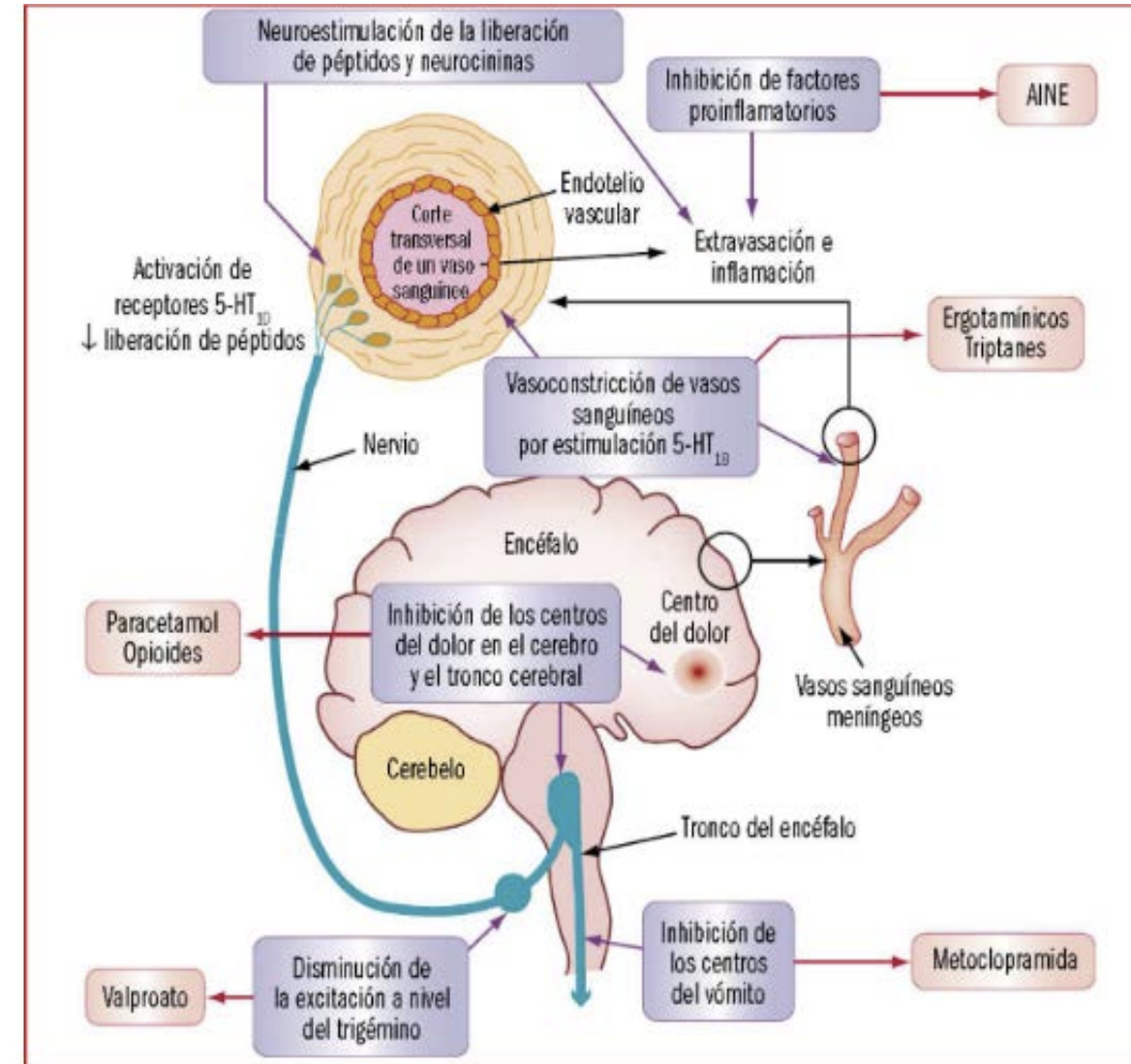
Naturaleza del Dolor
Duración de Episodios/Dolor
Síntomas Asociados SNC/Autonómicos
Estado Intercrítico
Criterios Diagnósticos Principales
Manejo Agudo /Episódico
Tratamiento Preventivo /Mantenimiento Farmacológico



OPCIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento

- Reconocer y **explicar** la enfermedad.
- Dieta: baja en Aminoácidos y alta en fibra.
- **Terapia profiláctica (Migraña):**
 - Propranolol*
 - Ácido Valproico – Topiramato*
 - Flunarizina (inhibidor canal de calcio)
 - Amitriptilina
 - Pizotifeno (antagonista histamina H1 y Re serotonina 5HT-2A)
- **Terapia abortiva (Migraña):**
 - Analgésicos: Paracetamol, AINEs (Naproxeno)
 - Triptanes
 - Clorpromazina (bloqueador dopamina D2)





NEUROMODULADORES EN SII Y DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO



ISRS:

Ej. Sertalina

Sólo para ansiedad y trastornos de ánimo
(ej depresión)

Sin efecto Gastrointestinal

Tricíclicos:

Ej. Amitriptilina

Primera línea para manejo del dolor y diarrea.

RAM: Constipación

Tetracíclicos

Ej. Mirtazapina

Para dolor y cuando predomina náuseas, baja de peso o disomnia

ISRSN:

Ej. Duloxetina

Primera línea para manejo del dolor y constipación.

No da sueño ni constipación

Azapirínicos:

Ej. Buspirona

Mejoría síntomas **dispépticos**. Preferencia síntomas ansiosos

Anticonvulsivantes:

Ej. Pregabalina

Comorbilidad con Fibromialgia o **dolor pared abdominal.**

Antipsicóticos atípicos:

Ej. Olanzapina

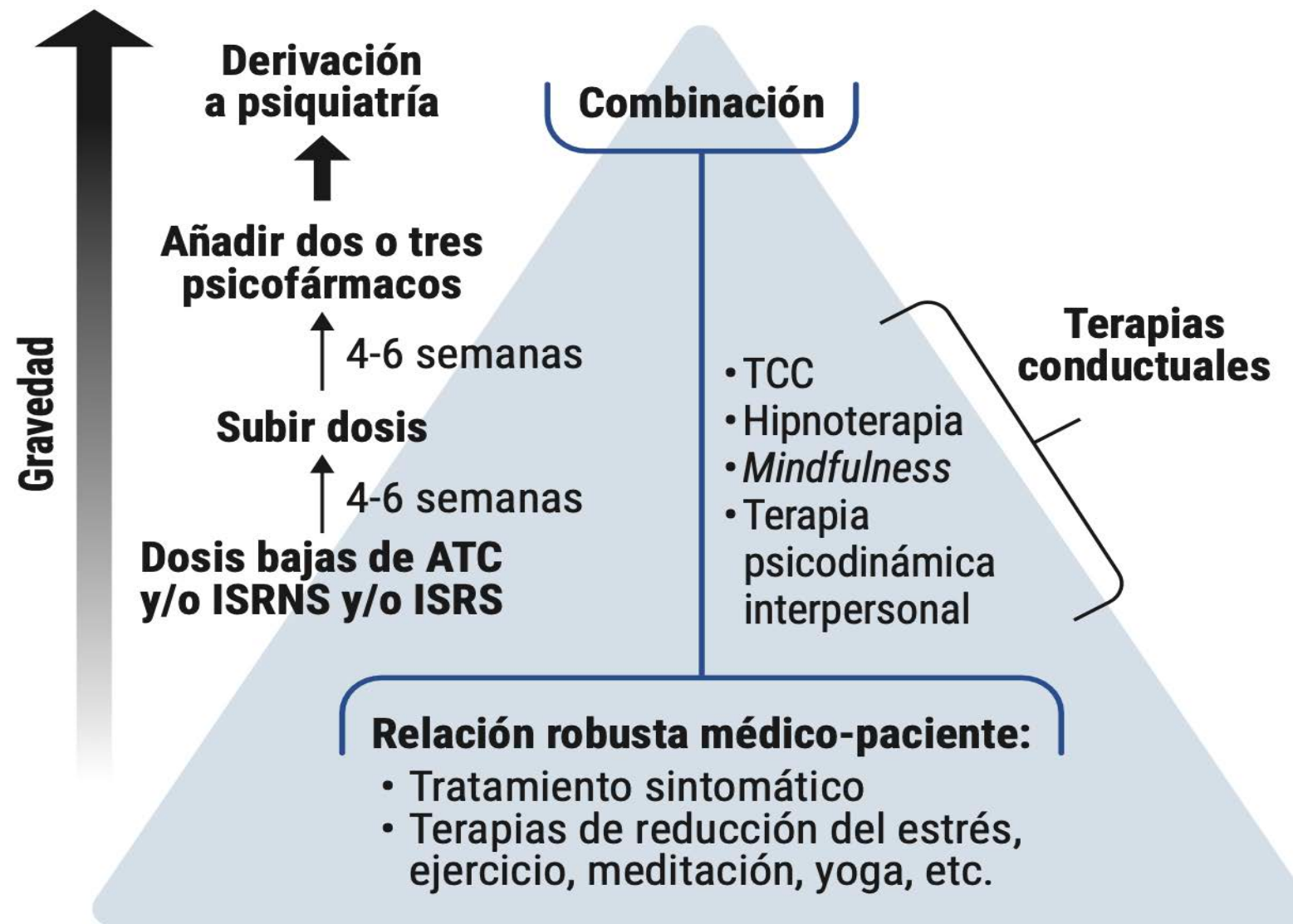
Cuando predominan trastornos del sueño, síntomas somáticos y **náuseas.**



Psicoterapia:

Ej. Hipnosis, Mindfulness, TCC

Ajustar dosis en
manejo del
DOLOR CRÓNICO





CONCLUSIONES

Mensajes para la casa

- Motivo de consulta **frecuente**.
- Más **difícil** de abordar y diagnosticar que abdomen agudo.
- Importancia **semiología** y laboratorio dirigido (no en exceso).
- Mayoría del eje cerebro-intestino, pero otras **causas “orgánicas” a veces son poco investigadas**: Patología biliar, enfermedad celiaca y vasculopatías.
- “Lo que no se piensa no se busca ni se diagnostica” ...





Muchas gracias