

# DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE Y *HELICOBACTER PYLORI*

LUCRECIA SUÁREZ -CORTINA, M.D\*, JORGE AGRIMBAU, M.D\*

## RESUMEN

El dolor abdominal recurrente (DAR), es uno de los problemas más comunes en la consulta pediátrica: más del 10% de los niños entre los 5 y 12 años han presentado episodios de dolor abdominal a esta edad. En niños menores de 3 a 4 años de edad, es un síntoma poco frecuente y cuando está presente se expresa como una patología orgánica que usualmente está asociada con otros signos y síntomas que orientan el diagnóstico.

*Palabras clave: Dolor abdominal recurrente, Helicobacter pylori, Niños*

## SUMMARY

The recurrent abdominal pain (RAP), is one of the problems most common in the pediatric consultation: since more of 10% of the children between 5 and 12 years they have episodes of abdominal pain at some time his life. In children younger than 3-4 years it is a little frequent symptom and when it present it express some organic pathology normally that usually it is associated with other signs and symptoms that orient the diagnosis.

*Key words: Recurrent abdominal pain, Helicobacter pylori, Children*

## INTRODUCCIÓN

Desde los primeros años de vida, la región abdominal es utilizada por el niño para manifestar situaciones molestas.

## EPIDEMIOLOGÍA

El dolor abdominal recurrente (DAR), es uno de los problemas más comunes en la consulta pediátrica ya que más del 10% de los niños entre 5 y 12 años tienen episodios de dolor abdominal en algún momento de su vida. En menores de 3-4 años es un síntoma poco frecuente y cuando ocurre expresa normalmente alguna patología orgánica que suele asociarse con otros signos y síntomas que orientan el diagnóstico.

---

\* Servicio de pediatría, Hospital Ramon y Cajal, Madrid. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.

Recibido para publicación: Febrero 15, 2007  
Aprobado para publicación: Marzo 31, 2007

## DEFINICIÓN

La definición de DAR hecha por Apley en 1957 tiene actualmente plena vigencia: «al menos tres episodios de dolor, en un periodo de más de tres meses, en niños mayores de tres años». El dolor debe ser tan severo como para afectar la actividad del niño, con periodos asintomáticos entre los episodios y sin evidencia de enfermedad orgánica»<sup>1</sup>.

Cuarenta años después, la incorporación de nuevas técnicas diagnósticas en pediatría, como la endoscopia, la ecografía, la pH-metría, la manometría y la laparoscopia, ha permitido poner en evidencia la existencia de entidades de causa orgánica antes no conocidas, pero los cuadros en los que no se encuentra una causa definida siguen siendo mayoría.

Algunos autores plantean si el DAR «¿es un diagnóstico o es simplemente la descripción de una situación clínica?», ya que al interferir en la vida cotidiana del niño, altera su participación escolar,

familiar y todo su entorno, causando ansiedad y depresión, pero en definitiva no sabemos si esto es causa o efecto<sup>2</sup>.

En la práctica pediátrica cotidiana, se debe tener en cuenta el DAR como manifestación psicósomática del niño. Recientemente se ha descrito que los padres de niños con DAR tienen alteraciones emocionales y de salud con más frecuencia que la población normal y los niños mayor riesgo de tener alteraciones psiquiátricas en la edad adulta.

### **HELICOBACTER PYLORI**

Desde que se conoce que la colonización por *Helicobacter pylori* (*H pylori*) es causa de gastritis<sup>3</sup> y que representa una situación frecuente en niños y adultos, múltiples trabajos han intentado establecer una asociación entre el DAR y esta bacteria y hoy se acepta, que en determinados casos, el dolor puede ser secundario a su presencia.

*H pylori* es una bacteria Gram negativa espiralada que coloniza la mucosa gástrica, pudiendo persistir por décadas si no se la trata. La infección afecta a más de la mitad de la población mundial y con frecuencia se adquiere durante la niñez.

La evolución de la colonización depende de factores del huésped, del entorno ambiental y de la propia bacteria. Algunas cepas de *H pylori* son más virulentas que otras. En el 60-70% de casos, se encuentra presente el gen *cagA* que se correlaciona con la severidad de inflamación de mucosa gástrica y el desarrollo de gastritis crónica<sup>4</sup>.

Habitualmente, la colonización es asintomática, pero en un grupo de pacientes, tanto adultos como niños, se expresa clínicamente como un cuadro de dispepsia de severidad variable.

#### **Epidemiología:**

La infección por *H pylori* es más frecuente en niños preescolares y escolares que consultan por dolor abdominal de corta evolución (de 2 semanas a menos de 3 meses), que en el DAR clásico por esto, el dolor epigástrico reciente debe considerarse como una señal de alarma para estudio de infección por *H pylori*<sup>5</sup>. Los niños más pequeños que padecen de

DAR, tienen más probabilidad de asociar infección por *H pylori* que niños mayores edad con los mismos síntomas<sup>6</sup>.

#### **Diagnóstico:**

El diagnóstico del DAR se basa en la historia clínica, la exploración física y a veces, en determinadas pruebas complementarias cuidadosamente seleccionadas. La valoración evolutiva es siempre imprescindible.

En la anamnesis debe recabarse información sobre antecedentes de historia familiar positiva de úlcera péptica<sup>7</sup>, así como datos que hagan sospechar organicidad: edad menor de 3 años, localización alejada del ombligo, síntomas y signos acompañantes como vómitos, diarrea, dolor nocturno, pérdida de peso, retraso en la talla u otros.

#### **Exámen físico:**

Aunque no hay información sólida sobre la sintomatología específica de la infección por *H pylori*<sup>8</sup>, son datos clínicos sugestivos la localización en región epigástrica, relación con las comidas, sensación de plenitud, halitosis y dolor nocturno. La palpación dolorosa en epigastrio puede ser un signo positivo, siendo el resto del examen físico normal.

#### **Exámenes:**

Los exámenes complementarios deben decidirse de forma individualizada y sólo permiten demostrar una causa orgánica en menos del 10% de los casos. La ferropenia puede ser atribuida a la infección, al igual que descensos ocasionales en los niveles séricos de vitamina B12<sup>9</sup>.

Según los acuerdos del III Consenso de Maastricht<sup>10</sup>, conceptualmente, el DAR cuando no tiene ninguna característica especial, no es indicación para descartar infección por *H pylori* en niños, ya que el objetivo principal del diagnóstico en DAR es determinar la causa que origina los síntomas abdominales y no la presencia de infección por *H pylori*.

En la práctica clínica, ante la sospecha de infección, el primer estudio diagnóstico puede ser el test del aliento con urea marcada con C13, que tiene una sensibilidad del 95-98% y una especificidad de 98-

100%. Esta prueba debe ser realizada de acuerdo a los estándares validados para la edad del niño<sup>11</sup>. La determinación de ureasa en la mucosa intestinal tiene una sensibilidad muy alta, pero requiere realizar endoscopia<sup>12</sup>.

Los consensos pediátricos<sup>13</sup> indican que la endoscopia, con toma de muestras para determinar la alteración histológica, es obligada antes de iniciar tratamiento. Sin embargo, han pasado seis años y con frecuencia, en la práctica clínica habitual, se decide tratar en base al resultado del test del aliento.

Los tests serológicos no son aceptables para el diagnóstico ni control post-tratamiento, aunque si son útiles para estudios epidemiológicos<sup>14</sup>. Lo mismo sucede con la determinación de anticuerpos en saliva y orina. La sensibilidad de la determinación de antígeno de *H. pylori* en heces es alta, sólo si se procesa de forma adecuada<sup>15</sup>.

Las técnicas de biología molecular por PCR en placa dental y heces no están todavía muy difundidas<sup>16</sup>.

La endoscopia es el método diagnóstico de elección en niños con síntomas digestivos altos sugestivos de enfermedad orgánica. Permite una información directa con obtención de biopsias y material para cultivo.

La pregunta clave en la práctica clínica es cuándo debe investigarse la presencia de *H pylori*. Según los consensos pediátricos solo debe hacerse cuando los síntomas sean sugestivos de enfermedad orgánica o en casos cuya severidad justifique el tratamiento. Dado que en niños no hay un cuadro clínico específico que sugiera infección por *H pylori*, es difícil no abusar de la realización de pruebas fáciles como el test del aliento. Sobre todo, cuando se trata de un DAR con poca expresión clínica pero con padres demandantes, a pesar de que la literatura indica que no hay evidencia que muestre relación entre *H pylori* y DAR excepto en casos de enfermedad ulcerosa y los consensos sugieran que solo deben ser investigados los niños con manifestaciones severas.

El Consenso de Maastricht III amplía las indicaciones a los casos con síntomas gastrointestinales altos y niños o adolescentes con anemia ferropénica refractaria después de descartar enfermedad celiaca

y enfermedad inflamatoria intestinal. También debería valorarse su estudio en la púrpura trombocitopénica idiopática<sup>17</sup>. Además existen otras situaciones particulares como los niños que cumplen con los criterios de trastornos gastrointestinales funcionales de la clasificación Roma II<sup>18</sup> que deberían tener una evaluación psiquiátrica y además descartar infección por *H pylori*<sup>19</sup>.

En definitiva, no es fácil determinar cuando realizar despistaje y lo recomendable es seguir las indicaciones de los consensos de expertos, teniendo en cuenta las condiciones generales y personales de cada paciente.

### Manejo:

Respecto al tratamiento, se conocen bien las pautas de administración combinada de dos antibióticos unidos a un inhibidor de la bomba de protones. El problema mayor es la selección de pacientes que deben o no ser tratados. Está claro que se debe realizar tratamiento en los niños que tienen infección activa con enfermedad gastrointestinal sintomática, demostrada por cultivo o por visualización del *H pylori* en tejido o test del aliento. Por supuesto, el tratamiento está indicado cuando existe úlcera o gastritis con metaplasia intestinal y linfoma de MALT.

La erradicación del *H pylori* permite curar la gastritis y a largo plazo la enfermedad ulcerosa, previniendo así la posibilidad de cambios preneoplásicos en la edad adulta.

Si se detecta gastritis por *H pylori*, incluso en casos poco sintomáticos, se debe ofrecer la alternativa de tratamiento, aceptando que la indicación de la endoscopia incluía síntomas y signos importantes.

Cuando se decide indicar tratamiento en casos que no cumplen los supuestos de los Consensos, se debe informar exhaustivamente que la erradicación del *H pylori* es posible que no elimine los síntomas.

Hoy se acepta que el tratamiento para prevenir los posibles efectos de la infección crónica se puede posponer a la espera de disponer de drogas más eficaces, seguras y baratas.

En definitiva, debemos intentar que la erradicación

sea selectiva, según normas aceptados<sup>20</sup> evitando que se realice de forma indiscriminada<sup>21,22</sup>.

El tratamiento de elección consiste en administrar la triple terapia durante al menos una semana<sup>23</sup>. Existen distintos esquemas, que deben elegirse valorando las sensibilidades y resistencias de cada región, la seguridad y posibles efectos secundarios. El cumplimiento es un factor determinante en éxito terapéutico. Las alternativas más utilizadas son:

- Amoxicilina 50mg/kg/día hasta 1gr (2vxdía) + Claritromicina 15mg/gr/día hasta 500gr (2vxdía) + Omeprazol 1mg/kg/día hasta 20mg (2vxdía)
- Amoxicilina 50mg/kg/día hasta 1gr (2vxdía) + Metronidazol 20mg/kg/día hasta 500mg (2vxdía) + Omeprazol 1mg/kg/día hasta 20mg (2vxdía)
- Claritromicina 15mg/gr/día hasta 500gr (2vxdía) + Metronidazol 20mg/kg/día hasta 500mg (2vxdía) + Omeprazol 1mg/kg/día hasta 20mg (2vxdía)

Otras opciones incluyen el bismuto<sup>24</sup>.

### Seguimiento:

Con relación al seguimiento posterior al tratamiento, hay acuerdo, que en caso de realizarse, sea con un método fiable y no invasivo, como el test del aliento, realizado no antes de 4 semanas de haber finalizado el tratamiento.

En niños debe confirmarse obligatoriamente la erradicación en enfermedad ulcerosa o linfoma. En el resto de las situaciones, no hay acuerdo, aunque parece razonable realizar control, al menos, en los pacientes que continúen sintomáticos.

Si persiste la infección a pesar del tratamiento, hay opiniones diferentes respecto a la alternativa de hacer un nuevo ciclo. En general, se acepta la opción de un nuevo tratamiento si persisten manifestaciones clínicas, reservando una conducta de control evolutivo para los portadores asintomáticos.

### CONCLUSIÓN

En conclusión, quedan muchas preguntas sin responder todavía en el manejo de los niños con DAR y sospecha o colonización por *H pylori*.

### REFERENCIAS

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: a field study of 1.000 school children Arc Dis Child, 1957. The child with abdominal pain Oxford, England: Blackwell, 1964
2. Boyle JT. Recurrente abdominal pain: an update. Pediatr Rev 1997; 18: 310-320
3. Ukarapol N. RAP in children: the utility of upper endoscopy and histopathology Singapore Med J 2004; 45: 121-124
4. Gatti LL, Labio R, Silva LC, Smith Mde A, Payao SL. cagA positive *Helicobacter pylori* in Brazilian children related to chronic gastritis. Braz J Infect Dis 2006; 10: 254-258
5. Yang Y, Sheu B, Lee S, Wu J. Short-term recurrent abdominal pain related to *Helicobacter pylori* infection in children J Gastroenterol Hepatol 2005; 20: 395-400
6. Malaty HM, Abudayyeh S, Graham DY, Gilger MA, Rabeneck L, O'Malley K. A prospective study for the association of *Helicobacter pylori* infection to a multidimensional measure for recurrent abdominal pain in children. Helicobacter 2006; 11: 250-257
7. Nijevitch AA, Shcherbakov PL. *Helicobacter pylori* and gastrointestinal symptoms in school children in Russia. J Gastroenterol Hepatol 2004; 19: 490-496
8. Wewer V. The prevalence and related symptomatology of *Helicobacter pylori* in children with recurrent abdominal pain. Acta Paediatr 1998; 87: 830-835
9. Akcam M, Ozdem S, Yilmaz A, Gultekin M, Artan R. Serum Ferritin, Vitamin B(12), Folate, and Zinc Levels in Children Infected with *Helicobacter pylori*. Dig Dis Sci. 2007; 52: 405-410. Epub 2007 Jan 9
10. Malfertheiner P, Megraud F, O'morain C, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection The Maastricht III Consensus Report. Gut 2006; 1-19
11. yang YJ, Sheu BS, Lee SC, Wu JJ. More economic 25 mg (13)C-urea breath test can be effective in detecting primary *Helicobacter Pylori* infection children. J Gastroenterol Hepatol. 2007; 22: 335-339. PMID: 17295763 (PubMed - in process)
12. Jolley CD, Wagner DA. Comparison of the 13C-urea blood test to histology and rapid urease testing in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2007; 44: 68-70
13. Gold B, Colletti R, Abbott M, et al. NASPGAN. *Helicobacter pylori* Infection in Children: Recommendations for Diagnosis and Treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 31: 490-497
14. Laheij RJ, Straatman H, Jansen JB, et al. Evaluation of commercially available *Helicobacter pylori* serology kits: a review. J Clin Microbiol 1998;36: 2803-2809
15. Gisbert JP, Pajares JM. Stool antigen test for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection: a systematic review. Helicobacter 2004;9:347-368
16. Vaira DI. Review article: diagnosis of *H pylori* infection. Aliment Pharmacol Ther 2002;16(S1):16-23
17. Bourke B. Canadian *Helicobacter* Study Group Consensus Conference: Update on the approach to *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents – an evidence-based evaluation. Can J Gastroenterol 2005;19: 399-408
18. Rasquin-Weber A. Childhood functional gastrointestinal disorders Criterios de Roma II. Gut 1999; 45(II):I160-I168
19. Nakayama Y, Horiuchi A, Kumagai T, et al. Psychiatric, somatic, and gastrointestinal disorders, and *Helicobacter pylori* infection in children with recurrent abdominal pain. Arch Dis Child 2006; 9: 671-674
20. Drumm B, Koletzko S, Oderda G. *Helicobacter pylori* infection

- in children: a consensus statement. European Paediatric Task Force on Helicobacter pylori. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30,2: 207-213
21. Bach JF. The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic diseases *NEJM* 2002; 347: 911-920
22. Hunt RH. Review article: should we kill or should we save Hp. *Aliment Phamacol Ther* 2001;15: 51-59
23. Cadranet S, Bontemps P, Van Biervliet S, Alliet P, Lauvau D, Vandenhoven G, Vandenplas Y. Improvement of the eradication rate of Helicobacter pylori gastritis in children is by adjunction of omeprazole to a dual antibiotherapy. *Acta Paediatr.* 2007; 96: 82-86
24. Choi J, Jang JY, Kim JS, Park HY, Choe YH, Kim KM. Efficacy of two triple eradication regimens in children with Helicobacter Pylori infection. *J Korean Med Sci.* 2006; 21: 1037-1040