

Migraña Abdominal: Variaciones en el diagnóstico y tratamiento entre gastroenterólogos y neurólogos pediatras

Abdominal Migraines: Variations in diagnosis and care between pediatric gastroenterologists and neurologists

Kathryn Hawa^a, Shivani Gupta^a, Miguel Saps^b

^aNationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio, Estados Unidos

^bUniversity of Miami, Miller School of Medicine, Miami, Florida, Estados Unidos

Recibido: 27 de mayo de 2019; Aceptado: 28 de septiembre de 2019

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La migraña abdominal es un desorden poco común en pediatría caracterizada por episodios de dolor abdominal severo intermitente, manejada en ocasiones por pediatras gastroenterólogos o pediatras neurólogos, cuyos criterios diagnósticos son diferentes. Los gastroenterólogos siguen los criterios de Roma IV y los neurólogos adhieren a la International Headache Society. Existe poca evidencia en relación al tratamiento y manejo de migrañas abdominales y no hay estudios publicados sobre diferencias en manejo entre pediatras gastroenterólogos y neurólogos.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Hay variaciones en diagnóstico y tratamiento entre pediatras gastroenterólogos y neurólogos. El diagnóstico de migraña abdominal en algunos pacientes vistos por neurólogos se hace incluso en ausencia de dolor abdominal documentado. Pocos especialistas documentan el diagnóstico basado en los criterios de sus respectivas sociedades.

Resumen

Introducción: La migraña abdominal (MA) es infrecuente y poco estudiada. Nuestro objetivo fue investigar el diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes con MA y compararlos entre gastroenterólogos y neurólogos pediatras. **Pacientes y Método:** Todos los cuadros de MA (1-18 años) de un hospital de EE. UU, con diagnóstico de MA o sus variantes (ICD-9 346.2 o IC-10 G43.D, G43.D0, G43.D1) entre 2011-2017 fueron revisados. La información sobre diagnóstico, intervalo desde inicio de síntomas, criterios diagnósticos, pruebas diagnósticas, tratamiento y resultado se analizaron. **Resultados:** Sesenta y nueve historias médicas fueron identificadas. La edad media al diagnóstico fue 9,7 años. El 48% de los pacientes fueron del sexo femenino. Cincuenta (72,4%) pacientes fueron tratados solo por gastroenterólogos pediatras, y 10/69 (14,5%) por neurólogos pediatras exclusivamente. 6/69 (8,7%) fueron inicialmente evaluados por gastroenterología y posteriormente referidos a neurología, y 2/69 (2,9%) fueron inicialmente evaluados por neurología y luego referidos a gastroenterología. 3/10 (30%) de las MA diagnosticadas por neurólogos no mencionaban que el paciente tuviera dolor

Palabras clave:

Migraña abdominal, migraña, desordenes digestivos funcionales, dolor abdominal

Correspondencia:

Kathryn Hawa

Kathryn.Hawa@nationwidechildrens.org

Como citar este artículo: Rev Chil Pediatr. 2020;91(1):46-50. DOI: 10.32641/rchped.v91i1.1250

abdominal, sin embargo, todos los diagnósticos realizados por gastroenterólogos presentaron dicho síntoma ($p = 0,0035$). 5/50 (10%) de las historias médicas de gastroenterología y ninguna de las historias de neurología mencionaban los criterios de Roma. **Conclusiones:** La mayoría de los niños fueron diagnosticados por pediatras gastroenterólogos. Los gastroenterólogos rara vez utilizaron los criterios de Roma. Pacientes evaluados por neurología son frecuentemente diagnosticados con MA, incluso sin presentar dolor abdominal (criterio necesario para el diagnóstico). Se recomienda educación para el correcto y oportuno diagnóstico de la migraña abdominal.

Abstract

Introduction: Abdominal migraine (AM) is uncommon and understudied. Our objective was to investigate the diagnosis and treatment of children and adolescents with AM and compare with that of pediatric gastroenterologists and neurologists. **Patients and Method:** All AM cases (1-18 years) from a USA hospital with diagnosis of abdominal migraine or its variants (ICD-9 346.2 or IC-10 G43.D, G43.D0, G43.D1) between 2011 and 2017 were reviewed. Information on diagnosis, interval from onset of symptoms, diagnostic criteria, diagnostic tests, treatment, and outcome were analyzed. **Results:** 69 medical records were identified. The mean age at diagnosis was 9.7 years, and 48% of patients were female. 50/69 (72.4%) patients were exclusively treated by a pediatric gastroenterologist and 10/69 (14.5%) exclusively by a pediatric neurologist. 6/69 (8.7%) were initially evaluated by gastroenterology and referred to neurology, and 2/69 (2.9%) were initially evaluated by neurology and then referred to gastroenterology. 3/10 (30%) of the AM diagnosed by neurologists did not report abdominal pain (AP), however, all diagnoses made by gastroenterologists did ($p = 0.0035$). 5/50 (10%) of the gastroenterology medical records and no neurology medical records mentioned Rome criteria. **Conclusions:** Most of the children were diagnosed by pediatric gastroenterologists. Gastroenterologists rarely use the Rome criteria. Patients evaluated by neurologists are frequently diagnosed with AM even without AP (a criterion that is required for its diagnosis). Education is recommended for the correct and timely diagnosis of AM.

Keywords:

Abdominal migraine;
migraine;
functional
gastrointestinal
disorders;
abdominal pain

Introducción

La migraña abdominal es un trastorno pediátrico funcional de dolor abdominal poco frecuente¹⁻³. Según los criterios de Roma IV, la migraña abdominal es definida como episodios estereotipados de dolor abdominal agudo e incapacitante, con intervalos de semanas o meses con pocos o ningún síntoma³. Conforme a los criterios de Roma IV, los episodios de dolor abdominal deben asociarse con síntomas comórbidos adicionales tales como fotofobia, palidez, anorexia, náuseas, vómitos o dolores de cabeza (tabla 1)³. Asimismo, la migraña abdominal también se puede definir según la Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD-3) la cual requiere la presencia de dolor abdominal asociado con síntomas vasomotores (tabla 2)⁴. Este último criterio es comunmente utilizado por los neurólogos infantiles⁴. Esto es un dato relevante ya que los pacientes con sospecha diagnóstica de migraña abdominal no siempre son diagnosticados y atendidos por gastroenterólogos pediátricos sino que algunas veces son manejados por neurólogos. En la actualidad, existe escasez de datos acerca del estándar de atención de la migraña abdo-

minal, no hay información sobre las posibles variaciones de atención entre gastroenterólogos y neurólogos pediátricos y sólo se ha publicado un pequeño ensayo clínico farmacológico (14 pacientes). El ensayo evaluó la eficacia de un fármaco que no está disponible en los Estados Unidos (pizotifeno)⁵.

Frente a la escasez de datos sobre este trastorno, es de suma importancia comprender mejor los criterios de diagnóstico y planes de tratamiento que actualmente se utilizan. Asimismo, debido a que no existe un estándar universalmente aceptado de atención para las migrañas abdominales, es importante evaluar y establecer si existen diferencias en el diagnóstico y tratamiento entre neurólogos y gastroenterólogos pediátricos. Por lo tanto, nuestros objetivos fueron investigar las prácticas actuales en el cuidado de niños y adolescentes con migraña abdominal en uno de los mayores hospitales de tercer nivel de la zona medio oeste de EE.UU. En este estudio descriptivo, los niños con migraña abdominal fueron diagnosticados y atendidos ya sea por neurólogos o gastroenterólogos pediátricos y cada especialista siguió sus propios criterios de diagnóstico y tratamiento.

Pacientes y Método

Se extrajeron de la base de datos del *Nationwide Children's Hospital of Columbus* del estado de Ohio, los datos de todos los pacientes pediátricos con edades entre 1 a 18 años, diagnosticados con migraña abdominal o sus variantes (CIE-9 346.2 o CIE-10 G43.D, G43.D0, G43.D1) entre 2011 y 2017 y se revisaron sus fichas clínicas. Se recolectó y analizó la información sobre el diagnóstico (como la edad al momento del diagnóstico), el intervalo desde el inicio de los síntomas, si cumplían con los criterios diagnósticos, los exámenes

Tabla 1. Criterios diagnósticos de Roma IV para migraña abdominal³

Debe incluir todos los siguientes, ocurriendo al menos dos veces durante un mínimo de 6 meses para el diagnóstico:

- 1) Episodios paroxísticos de dolor intenso y agudo, periumbilical, en la línea media o difuso, de aproximadamente una hora de duración. El dolor debe ser el síntoma más severo.
- 2) Los episodios son separados por semanas o meses.
- 3) El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades de la vida diaria.
- 4) Las características del dolor siguen un mismo patrón durante los episodios en cada individuo.
- 5) El dolor está asociado con dos o más de los siguientes:
 - a) Anorexia
 - b) Náuseas
 - c) Vómitos
 - d) Dolor de cabeza
 - e) Fotofobia
 - f) Palidez
- 6) Luego de la evaluación apropiada, los síntomas no pueden ser explicados o atribuidos a ninguna otra condición médica

Tabla 2. ICHD-3 Criterios diagnósticos para migraña abdominal⁴

- A. Al menos 5 episodios de dolor abdominal, cumpliendo los criterios B y D.
- B. El dolor debe tener al menos dos de las siguientes características:
 1. Localizado en la línea media, periumbilical o difuso.
 2. Dolor leve, sordo y persistente.
- C. De moderada o severa intensidad.
- D. Durante los episodios de dolor, al menos dos de los siguientes deben estar presentes:
 1. Anorexia
 2. Náuseas
 3. Vómitos
 4. Palidez
- E. Los episodios duran de 2 a 72 horas, cuando no son tratados o cuando son tratados sin éxito.
- F. Síntomas inexistentes entre los ataques.
- G. Síntomas no atribuidos a ninguna otra patología

de diagnóstico, el tratamiento y resultados y se comparó entre las dos especialidades. Estos datos fueron analizados estadísticamente a través de la prueba t de dos muestras.

No existieron criterios de exclusión para lograr un tamaño de la muestra lo más grande posible. El protocolo para este estudio fue presentado al IRB (17-00369) y posteriormente aprobado.

Resultados

Se identificaron 69 fichas clínicas con diagnóstico de migraña abdominal. El diagnóstico del médico se confirmó a través de la revisión de la ficha. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 9,7 años y las pacientes de sexo femenino representaron el 48%. La media de la visita de control luego de la consulta inicial fue de 3,2 meses, con un rango de 11,5 meses.

Cuarenta y dos de 69 (61%) pacientes presentaron síntomas durante un año o más antes de que fueran diagnosticados; un total de 45 niños estuvieron en seguimiento dentro de un periodo de 12 meses; 50 de 69 (72,4%) pacientes fueron atendidos sólo por un gastroenterólogo pediátrico y 10 de 69 casos (14,5%) fueron atendidos exclusivamente por un neurólogo pediátrico. Además, 6 de 69 (8,7%) niños fueron atendidos inicialmente por un gastroenterólogo pediátrico, pero luego fueron derivados a neurología para su diagnóstico y, por el contrario, 2 de 69 (2,9%) fueron atendidos inicialmente por un neurólogo pediátrico y pero luego fueron derivados a gastroenterología pediátrica para su diagnóstico. Finalmente, 1 de 69 (1,5%) niños fue atendido y diagnosticado por el pediatra general.

Diagnóstico

Los niños que fueron diagnosticados por un neurólogo pediátrico eran más jóvenes que los diagnosticados por un gastroenterólogo pediátrico ($p = 0,0038$; IC: -3,14 a -0,63). Aunque el dolor abdominal es el principal síntoma de la migraña abdominal y es requerido por el ICHD-3 para su diagnóstico, 3 de los 10 (30%) niños diagnosticados por un neurólogo pediátrico no presentaron dolor abdominal mientras que todos los niños diagnosticados por el gastroenterólogo pediátrico sí lo presentaron ($p = 0,0035$). 16 de los 50 (32%) niños diagnosticados con migraña abdominal por un gastroenterólogo pediátrico y 3 de los 10 (30%) niños diagnosticados por un neurólogo pediátrico cumplieron con los criterios de Roma III y IV (según criterios vigentes al momento del diagnóstico) ($p = 1,0$).

No podemos afirmar de manera concluyente que algunos pacientes no cumplieron con los criterios pero sí podemos afirmar que los médicos tratantes no regis-

traron en la ficha clínica ni describieron a fondo sus síntomas. 34 de los 50 (68%) niños diagnosticados con migraña abdominal por el gastroenterólogo pediátrico no cumplieron con los criterios de Roma (25 de 50 (50%)) o tenían información incompleta sobre todos los criterios enumerados en los criterios de Roma III y IV (9 de 50 (18%)). Por lo tanto, no se puede determinar si esos niños cumplieron o no con los criterios y 1 de 1 (100%) niño diagnosticado por un pediatra no cumplió con los criterios de Roma.

Los gastroenterólogos registraron los criterios de Roma en 5 de las 50 (10%) fichas, mientras que en las fichas de neurología, no se registraron en ninguna de estas los criterios de Roma ni de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. De los pacientes diagnosticados por un neurólogo pediátrico, 6 de 16 (37,5%) cumplieron con los criterios de la ICHD-3, y 10 de 16 (62,5%) de los niños diagnosticados con migraña abdominal por un neurólogo pediátrico no cumplieron con los criterios de la ICHD-3 (8 de 10 (80%)) o tenían información incompleta sobre todos los criterios enumerados de la ICHD-3 (2 de 10 (20%)).

Exámenes de laboratorio

Los gastroenterólogos frecuentemente realizaban exámenes de laboratorio al momento del diagnóstico (85%), mientras que ninguno de los pacientes diagnosticados por neurología o pediatra general fue sometido a exámenes de diagnóstico. Tras el diagnóstico, un subconjunto de pacientes en ambos grupos tuvo exámenes adicionales que incluyeron pruebas de detección de enfermedad celiaca, marcadores inflamatorios, hemograma completo y análisis bioquímico en 35 de los 53 (66%) pacientes tratados por gastroenterólogos y en 5 de los 16 (31%) tratados por neurólogos pediátricos ($p = 0$). Seis de 69 pacientes tuvieron exámenes de imagenología de la cabeza, 4 pacientes a través de resonancia magnética y 2 pacientes con tomografía, todos con resultados negativos para los hallazgos agudos. En ningún caso el examen de laboratorio dio lugar a cambios en el diagnóstico.

Tratamiento

Todos los pacientes diagnosticados con migraña abdominal recibieron tratamiento. Excluyendo los medicamentos administrados en el servicio de urgencias, los neurólogos recetaron ciproheptadina (56%) o sumatriptán (44%) para tratar a sus pacientes, mientras que los gastroenterólogos recetaron una gama más amplia de medicamentos, entre estos ciproheptadina (50%), sumatriptán (31%), prometazina (31%), amitriptilina (22%), hiosciamina (18%), ondansetrón (17%) y diciclomina (6%). El tratamiento prescrito por neurología no difirió entre los pacientes que presentaban o no dolor abdominal.

Seguimiento

Seis de los 16 (37,5%) pacientes atendidos por neurólogos y 16 de los 52 (30,8%) atendidos por gastroenterólogos no han tenido visitas de seguimiento. De aquellos a quienes el neurólogo les hizo un seguimiento, 7 de los 16 (44%) pacientes fueron evaluados para detectar mejorías en los dolores de cabeza y 3 de los 16 (19%) presentaron una mejora en el dolor abdominal (63% con mejoría de los síntomas). 33 de los 36 (92%) niños tratados por gastroenterólogos manifestaron mejoría del dolor abdominal. Un paciente visto por neurología tuvo resolución espontánea de todos los síntomas previos incluyendo dolor abdominal y dolor de cabeza y los síntomas de 4 (8%) pacientes atendidos por gastroenterología cesaron con medicamentos.

Discusión

Pudimos observar que la mayoría de los niños con migraña abdominal visto en esta institución son atendidos por gastroenterólogos pediátricos. Al contrario de nuestra hipótesis, los neurólogos y gastroenterólogos pediátricos no siguen sus propias pautas de diagnóstico societario. Ambos criterios diagnósticos establecidos, los de Roma y los de la ICHD, requieren de dolor abdominal para su diagnóstico, sin embargo, el diagnóstico de la migraña abdominal también se hizo en ausencia de dolor abdominal por parte de profesionales no gastroenterólogos. Esto resulta interesante ya que la presencia de dolor abdominal agudo y debilitante es el síntoma principal en el diagnóstico de la migraña abdominal. Nuestro estudio también reveló que los neurólogos en su evaluación de seguimiento se enfocaron más en el dolor de cabeza como el síntoma principal con vómitos y/o dolor abdominal como síntomas adjuntos.

La no utilización de los criterios diagnósticos previamente establecidos representa un problema para la atención clínica y la investigación. En cuanto a la atención del paciente, esto impide la comunicación precisa entre los profesionales pediátricos al momento de derivar a los pacientes, así como también la transición de la atención a la edad adulta. Con respecto a la investigación, la falta de un "lenguaje común" dificulta la recopilación y análisis de datos, debido a que los pacientes con diferentes diagnósticos serían incluidos bajo el diagnóstico de migraña abdominal, lo que añade un componente de aleatoriedad a la investigación. En un trastorno poco común donde es primordial la colaboración para alcanzar un tamaño adecuado de la muestra, la ausencia de criterios de diagnóstico comunes puede socavar el éxito de proyectos de investigación que son tan necesarios.

En el estudio también se observó que los pacien-

tes son diagnosticados y tratados de manera similar independientemente de los criterios diagnósticos. La variación entre los gastroenterólogos y los neurólogos pediátricos en el manejo de los pacientes, en ausencia de datos basados en la evidencia, es probablemente el resultado de la propia experiencia o de un estilo de atención que no es científicamente comprobado. Aunque se pudiera argüir que la alta tasa de mejoría de los síntomas, independientemente de las variaciones en la atención médica, no requeriría del seguimiento de tratamientos estandarizados basados en la evidencia, muy pocos pacientes experimentaron la resolución de sus síntomas.

El gran impacto en la salud del niño de este trastorno recurrente y el alto diagnóstico latente que se observó en nuestro estudio debería incentivar a la comunidad médica a lograr un conocimiento profundo de este trastorno incapacitante.

Los resultados de este estudio retrospectivo transversal deben tomarse con precaución debido al diseño del estudio y a la recolección de datos en un solo centro de salud que no puede asegurar su validez externa. También existió una limitación en el sentido de que el estudio se basó en gran medida en la información registrada por los médicos. Si los detalles o los síntomas no estaban registrados, no teníamos cómo saber si un paciente presentó ese síntoma, por lo tanto, la pregunta de si un paciente cumplió o no con los criterios para las migrañas abdominales podría verse afectada.

En conclusión, se observó un uso poco frecuente de los criterios diagnósticos establecidos y altas variacio-

nes en los exámenes diagnósticos y el tratamiento en niños con migraña abdominal. Recomendamos la realización de ensayos clínicos multicéntricos colaborativos de mayor tamaño de muestra utilizando criterios diagnósticos comunes para establecer el tratamiento óptimo con el fin de mejorar el resultado del tratamiento de la migraña abdominal en niños.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Saps M, Nichols-Vinueza D, Rosen JM, Velasco CA. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Colombian School Children. *J Pediatr*. 2014; 164(3):542-45.
2. Zwiener R, Robin S, Keller C, et al. Prevalence of Rome IV Functional Gastrointestinal Disorders in Children and Adolescents in the United States. *Gastroenterology*. 2017;152(5):S649.
3. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2016;150:1456-68.e2.
4. Headache classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
5. Symon DN, Russell G. Double blind placebo controlled trial of pizotifen syrup in the treatment of abdominal migraine. *Arch Dis Child*. 1995;72:48-50.