

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

¿Tienen los criterios de Roma III capacidad para discriminar entre dolor abdominal orgánico y funcional?

Francisco González L¹, Molina Arias M²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España).

²Servicio de Gastroenterología. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid (España).

Correspondencia: Laura Francisco González, laura.francisco.gonzalez@gmail.com

Palabras clave en inglés: validation studies as topic; gastrointestinal diseases; abdominal pain; Rome criteria; alarm.

Palabras clave en español: estudios de validación; enfermedades gastrointestinales; dolor abdominal; criterios de Roma; alarma.

Fecha de recepción: 9 de septiembre de 2014 • Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2014

Fecha de publicación del artículo: 26 de noviembre de 2014

Evid Pediatr.2014;10:70.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Francisco González L, Molina Arias M. ¿Tienen los criterios de Roma III capacidad para discriminar entre dolor abdominal orgánico y funcional? Evid Pediatr. 2014;10:70.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2014;10:70>

©2005-14 • ISSN: 1885-7388

¿Tienen los criterios de Roma III capacidad para discriminar entre dolor abdominal orgánico y funcional?

Francisco González L¹, Molina Arias M²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España).

²Servicio de Gastroenterología. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid (España).

Correspondencia: Laura Francisco González, laura.francisco.gonzalez@gmail.com

Referencia bibliográfica: Gijbsers CF, Benninga MA, Schweizer JJ, Kneepkens CM, Vergouwe Y, Büller HA. Validation of the Rome III criteria and alarm symptoms for recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58:779-85.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: los criterios de Roma III para el dolor abdominal no son suficientemente específicos para descartar causas orgánicas. Los síntomas de alarma no diferencian entre dolor abdominal orgánico y funcional.

Comentario de los revisores: la falta de criterios rigurosos para establecer el patrón diagnóstico de referencia, con el consiguiente sesgo de clasificación, resta validez a los resultados del trabajo e impide realizar conclusiones con los mismos.

Palabras clave: estudios de validación; enfermedades gastrointestinales; dolor abdominal; criterios de Roma; alarma.

Do the Rome III criteria have capacity to discriminate between organic and functional abdominal pain?

Abstract

Authors' conclusions: the Rome III criteria for abdominal pain are not specific enough to rule out organic causes. Alarm symptoms do not differentiate between organic and functional abdominal pain.

Reviewers' commentary: the absence of rigorous criteria to establish the gold standard diagnostic test invalidate the results and prevent us from drawing conclusions based on them.

Keywords: validation studies as topic; gastrointestinal diseases; abdominal pain; Rome criteria; alarm.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: valorar la capacidad de los criterios de Roma III para discriminar entre dolor abdominal orgánico y funcional, y el papel de los signos de alarma (SA) en dicho proceso.

Diseño: estudio de cohortes, prospectivo, con seguimiento durante dos años.

Emplazamiento: consultas de Gastroenterología pediátrica hospitalaria de segundo nivel en cuatro ciudades de los Países Bajos.

Población de estudio: se incluyeron inicialmente 220 pacientes, entre 4 y 16 años, con dolor abdominal recurrente (según los criterios de Apley)¹, que habían sido derivados

por su médico de Atención Primaria a un centro de segundo nivel. Hubo 20 pacientes en los que se perdió el seguimiento, por lo que el número final de incluidos fue 200.

Prueba diagnóstica: en primer lugar, los pacientes fueron evaluados y tratados según un algoritmo preestablecido para descartar infecciones, colonización por *Helicobacter pylori*, intolerancia a azúcares, alergia alimentaria y estreñimiento, tras lo cual fueron categorizados como orgánicos, funcionales, orgánicos y funcionales, recuperación espontánea y resto (grupo no clasificable). En segundo lugar, se evaluaron los criterios de Roma III² en todos los pacientes, que se clasificaron en las diferentes categorías de patología funcional gastrointestinal descritas en dichos criterios. Se consideraron SA los siguientes: dolor que despierta al niño por la noche, localización del dolor en el cuadrante superior o inferior derecho,

sangrado rectal, fiebre, pérdida de peso, historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca o úlcera péptica (en familiar de primer grado), hemoglobina <7 g/dl, velocidad de sedimentación >20 mm. El patrón de referencia es el diagnóstico de organicidad o funcionalidad tras los resultados iniciales del algoritmo diagnóstico-terapéutico y la evolución en los seis meses posteriores. La clasificación de los participantes en los diferentes grupos se llevó a cabo por investigadores diferentes y de forma independiente.

Medición del resultado: tras la evaluación inicial y los seis meses de seguimiento, los participantes recibieron diagnóstico de organicidad (categorías orgánico, orgánico y funcional) o de funcionalidad (funcionales, recuperación espontánea y resto). Se determinó la capacidad de la presencia de SA para discriminar entre los dos diagnósticos finales.

Resultados principales: de los 200 pacientes incluidos, 148 (74%) fueron diagnosticados como funcionales y 52 (26%) como orgánicos. Se encontraron uno o más SA en un total de 115 pacientes (57,5%), 28 (54%) en los de causa orgánica y 87 (59%) en los de causa funcional.

Se obtuvo una sensibilidad (S) de los criterios de Roma para detectar causa funcional del dolor abdominal de 0,35 (intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 0,27 a 0,43) y una especificidad (E) de 0,60 (IC 95: 0,46 a 0,73). El cociente de probabilidad positivo (CPP) fue de 0,89 (IC 95: 0,63 a 1,27) y el negativo (CPN) de 1,09 (IC 95: 0,82 a 1,45).

La ausencia de los SA para el diagnóstico de funcionalidad tuvo una S de 0,41 (IC 95: 0,33 a 0,49), una E de 0,54 (IC 95: 0,40 a 0,67), un CPP de 0,89 (IC 95: 0,63 a 1,27) y un CPN de 1,09 (IC 95: 0,82 a 1,45).

Conclusión: los criterios de Roma III para el dolor abdominal no son suficientemente específicos para descartar causas orgánicas. Los SA no diferencian entre dolor abdominal orgánico y funcional.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no consta.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: el dolor abdominal de larga duración en niños constituye un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria y Hospitalaria, pues supone el 24% de las consultas pediátricas³. En los mayores de cuatro años, el dolor abdominal crónico (DAC) no es un diagnóstico sino un “síntoma”, de manera que puede establecerse el diagnóstico de funcional siguiendo los criterios del comité Roma III². Aunque la mayor parte de las veces la causa es funcional, siempre hay que descartar organicidad, para lo cual suelen emplearse dichos criterios. Sin embargo, estos se basan en la opinión de

expertos y no existen hasta el momento estudios concluyentes que establezcan su capacidad a la hora de discriminar entre dolor abdominal orgánico y funcional.

Validez o rigor científico: se trata de una muestra de conveniencia de pacientes remitidos a un segundo nivel por presentar DAC. Esta muestra puede no ser representativa, porque estos pacientes son los que presentan mayor riesgo de organicidad. La principal limitación del estudio radica en la metodología diagnóstica del patrón de referencia. Se considera dolor orgánico cuando remite tras el tratamiento de enfermedades con sintomatología diferenciable del DAC tipo Apley, e incluso de enfermedades con pruebas suficientes de que no producen DAC, como la gastritis asociada a *Helicobacter pylori*. Además, no se tiene en cuenta el posible efecto placebo o la mejoría espontánea que pueden experimentar los niños con DAC funcional. Esto constituye un sesgo de clasificación que, a nuestro juicio, puede sesgar los resultados e invalidar las conclusiones. Los SA se describen con claridad, al igual que el estándar de referencia (el algoritmo diagnóstico-terapéutico y la evolución a seis meses), aun con la laxitud de los criterios diagnósticos ya comentada. Se realiza una valoración independiente y no se condiciona la aplicación del estándar de referencia al resultado de la prueba diagnóstica evaluada (los SA).

Se realiza un análisis correcto de los resultados obtenidos, con el cálculo de la S, la E, el CPP y el CPN.

Importancia clínica: el 57,5% de los pacientes presentó algún SA, cuya ausencia fue diagnóstica de funcionalidad, con una S de 0,41 (IC 95: 0,33 a 0,49) y una E de 0,54 (IC 95: 0,40 a 0,67), un CPP de 0,89 (IC 95: 0,63 a 1,27) y un CPN de 1,09 (IC 95: 0,82 a 1,45). Estas cifras indican el escaso poder de los SA para discriminar entre niños con patología orgánica y funcional. También se observaron bajas S y E de los criterios de Roma para detectar funcionalidad (0,35 y 0,60, respectivamente), con un CPP de 0,87 (IC 95: 0,59 a 1,29) y un CPN de 1,09 (IC 95: 0,85 a 1,40). A la vista de estos resultados, es evidente la escasa capacidad discriminatoria de los criterios de Roma y de los SA para diferenciar entre patología orgánica y funcional, aunque los resultados pueden estar sesgados por la selección de la muestra (solo pacientes remitidos al segundo nivel) y la existencia del sesgo de clasificación ya comentado. No existen estudios que traten de validar los criterios de Roma III, basados, hasta el momento actual, únicamente en opiniones de expertos.

Aplicabilidad en la práctica clínica: los datos serían solo aplicables a pacientes de consultas de segundo nivel. En cualquier caso, las limitaciones referidas del presente estudio hacen que sean necesarios estudios bien planteados con criterios diagnósticos más estrictos para validar o refutar la utilidad de los criterios de Roma III para el diagnóstico de los niños con DAC.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pain: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child*. 1958;33: 165-70.
2. Baber KF, Anderson J, Puzanovova M, Walker LS. Rome II versus Rome III classification of functional gastrointestinal disorders in pediatric chronic abdominal pain. *J Pediatr Gastroenter Nutr*. 2008;47:299-302.
3. Berbel Tornero O, Clemente Yago F, García Rodríguez C, Pereda Pérez A. Dolor abdominal crónico y recurrente. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, SEGHNPAEP. Asociación Española de Pediatría*. 2010 [en línea] [consultado el 08/09/2014]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dar.pdf>
4. Carreazo Pariasca NY, Cuervo Valdés JJ. El *Helicobacter pylori* no parece jugar un papel importante en la patología gastrointestinal en la infancia. *Evid Pediatr*. 2010;6:31.