

## PRESENTACION DE CASOS

# Tratamiento psicosocial del dolor abdominal crónico

Hernán G. Rincón · Cali, Colombia

Los pacientes con dolor abdominal crónico refractario pueden presentar psicopatología hasta en un 15% de casos. La intervención psicosocial puede ayudar a controlar el dolor y prevenir la discapacidad. Se presentan seis casos de dolor abdominal crónico refractario que recibieron tratamiento psicosocial complementario a su tratamiento gastroenterológico con resultados positivos en términos de control del dolor y prevención de discapacidad. (*Acta Med Colomb* 1999;24:71-74).

**Palabras clave:** Dolor abdominal, psiquiatría de enlace, tratamiento psicosocial, psicoeducación.

### Introducción

El dolor abdominal es una experiencia común (1), constituye la primera causa de consulta en gastroenterología y frecuentemente lleva a discapacidad y ausencia laboral. En su evaluación y tratamiento se invierten enormes recursos económicos y emocionales representados en exámenes, consultas médicas y hospitalizaciones. Su etiología se considera multifactorial y en algunos casos los factores psicosociales pueden influir de manera profunda (1).

Cuando no hay buena respuesta al tratamiento convencional y el dolor se perpetúa por un período mayor a seis meses se denomina dolor abdominal crónico (DAC); de acuerdo con la literatura. 15% de los pacientes refractarios al tratamiento ofrecido en clínicas especializadas, presenta mayor patología psicosocial con alta frecuencia de síntomas ansiosos, depresivos, hipocondriacos, fobias y preocupaciones hacia su cuerpo. En el caso de pacientes postapendicectomía con diagnóstico de 'dolor abdominal no específico', informan de un riesgo 13 veces mayor de admisión a una unidad psiquiátrica (1,2).

El principal objetivo del tratamiento del dolor abdominal es "...minimizar el sufrimiento", lo cual en los casos de DAC incluye disminuir la intensidad del dolor y aminorar el impacto laboral, familiar y social. En todos los casos se busca prevenir la morbilidad relacionada con retrasos en la instauración de un tratamiento específico apropiado y con la realización de exámenes y procedimientos innecesarios (2).

A continuación se describen seis casos de DAC refractario al tratamiento convencional que recibieron una intervención psicosocial complementaria (Tabla 1). En todos los pacientes se realizó una evaluación concienzuda y un tratamiento interdisciplinario, con participación de espe-

Tabla 1. La intervención psicosocial en dolor crónico.

Actividad	Descripción
Evaluación diagnóstica	Entrevista psiquiátrica estructurada con miras a realizar un diagnóstico y un plan de tratamiento.
Psicoterapia cognoscitiva conductual	Intervención orientada a que el paciente identifique sus patrones de pensamiento y de conducta inapropiados y los intente modular en el día a día.
Terapia de relajación y autohipnosis	Intervención orientada a lograr que el paciente se relaje bien mental y muscularmente y se concentre en todos sus procesos corporales.
Psicoterapia psicodinámica	Intervención orientada a que el paciente entienda el origen de sus conflictos en su pasado histórico. Se acompaña de un modelo cognoscitivo que le permite al paciente tratar de modular su conducta en el día a día.
Psicoeducación	Intervención orientada a educar al paciente y la familia acerca de buenos hábitos de ejercicio, alimentación, higiene del sueño y relaciones interpersonales.
Psicofarmacoterapia	Puede buscar tanto el control de los síntomas psiquiátricos como el control del dolor.

cialistas en gastroenterología y en otras áreas de acuerdo con cada caso.

### Informe de casos

#### Caso 1

Hombre de 28 años, dos años de casado, ingeniero agrónomo, comerciante-agricultor. Consultó al servicio de

Dr. Hernán G. Rincón H.: Psiquiatra de Enlace, Jefe División de Educación e Investigación. Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia

neurología por migraña; fue remitido por síntomas depresivos a psiquiatría de enlace pero no asistió. Cinco meses después consultó al servicio de gastroenterología por dolor abdominal, tenía varias endoscopias que mostraban gastritis; iniciaron manejo médico.

A los dos meses neurología y gastroenterología lo encuentran igual; por la presencia de cefalea tensional. vuelven a remitir a psiquiatría de enlace. Psiquiatría de enlace encuentra dolor abdominal subesternal continuo de un año de evolución y cefalea desde la niñez. Tenía múltiples exámenes de laboratorio y de imágenes realizados en varias ciudades reportados como normales. Se realizó diagnóstico de: 1) trastorno obsesivo compulsivo (TOC); 2) dolor abdominal crónico; 3) cefalea mixta. Se detectaron rasgos de personalidad perfeccionista (estricto, explosivo, reiterativo). Se inició manejo con fluoxetina 20 mg día iniciales y luego 40 mg día, más psicoterapia cognoscitivo-conductual que incluyó terapia de relajación. Se adicionó trazodone 50 mg noche por insomnio y clonazepam 0.25 mg noche por ansiedad. Se realizaron pruebas psicométricas: Y-BOCS: 25/40 al inicio y 18/40 a los dos meses.

En nueva evaluación por gastroenterología se recomendó tratamiento con antiácidos y reguladores de la motilidad intestinal. Se reforzó la importancia de recuperar hábitos saludables como el ejercicio. Realizaba terapia de relajación dos veces al día.

Ocho meses después se redujo la fluoxetina a 20 mg día por cefalea. Nutrición inició dieta para bajar de peso (peso: 94.5 Kg. Talla: 1.77 m). Se reforzó educación sobre dieta apropiada para bajar de peso, además se recomendaron períodos de recreación como apoyo al manejo de estrés y a su deseo de dejar de fumar.

Once meses después tenía Y-BOCS de 10/40. A los 12 meses, en el control, informa mejoría sustancial de ambas formas de dolor, fumaba 20 cigarrillos diarios, continuó con fluoxetina 20 mg día, se adicionó trifluoperazina 0.5 mg día para manejo de ansiedad. A los 16 meses continuó con buen control del dolor; el paciente identifica en forma clara la relación entre situaciones de estrés y reagudización del dolor. Se refuerzan buenos hábitos. Se ordena fluoxetina 20 mg cuatro veces por semana y trifluoperazina 1.0 mg día.

### Caso 2

Mujer de 67 años, separada, vive sola, con un hijo vivo casado, un hijo muerto hace 12 años. Historia de 16 años de trastornos digestivos con diagnóstico de colon irritable y enfermedad diverticular del colon.

Durante una hospitalización por dolor abdominal, interconsultaron al servicio de psiquiatría de enlace por crisis de angustia. Fue evaluada realizando los siguientes diagnósticos: 1) trastorno de ansiedad; 2) trastorno de personalidad con rasgos ansiosos y dependientes; 3) problemas en las relaciones con su hijo y su nuera. Se consideró que los problemas psicosociales influían en su enfermedad intestinal.

Se inició tratamiento con psicoterapia individual, intervenciones familiares y trifluoperazina a baja dosis 0.25-0.5 mg/día como ansiolítico. Además recibía terapia de reemplazo hormonal, trimebutina 300 mg/día o cisaprida 5 mg/día, meticón y dieta. Recibió durante cierto tiempo bromazepam 1.5 mg/día como ansiolítico, pero logró suspenderlo.

Se continuó con psicoterapia psicodinámica y control con su médico de cabecera en forma regular durante dos años, con paulatina disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis de dolor abdominal y de otras molestias somáticas. Sin embargo, en períodos de estrés emocional presenta recaídas de sus molestias gastrointestinales, que mejoran con el manejo interdisciplinario.

### Caso 3

Mujer de 52 años, en unión libre con hombre de 33 años, vivía con la madre. Historia de epigastralgia de 20 años ahora reagudizada con dolor abdominal intenso. Una endoscopia digestiva alta previa mostró gastritis erosiva. Hospitalizada por el servicio de cirugía general por dolor abdominal agudo y crónico. Se solicitó interconsulta a los servicios de gastroenterología y psiquiatría de enlace para manejo conjunto. Se realizaron colonoscopia total, TAC y exámenes de laboratorio que fueron normales. Psiquiatría diagnosticó: 1) trastorno mixto ansioso-depresivo; 2) descartar trastorno obsesivo compulsivo.

Recibió tratamiento con N-butil bromuro de hioscina 20 mg c/ 8 h EV con rescate con tramadol 100 mg c/8h, luego reemplazados con acetaminofen-codeína cada seis horas; ranitidina 50 mg c/8 h EV, diazepam 20mg/día EV, luego reemplazado por clonazepam VO 1mg c/8 horas, trazodona 25 mg/noche VO.

Salió a los cinco días con mayor control del dolor y diagnóstico de síndrome de intestino irritable y trastorno de ansiedad. Fue seguida por psiquiatría durante dos meses, se confirmó el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, en una evaluación psicométrica tenía Y-BOCS de 31/40. El dolor abdominal se volvió más tolerable sin desaparecer. Se identificó una disfunción de pareja. Se inició Sertralina 100 mg día y se inició terapia de relajación. No regresó a control.

### Caso 4

Hombre de 53 años, casado, con una relación extramarital estable. Remitido por el servicio de gastroenterología al servicio de psiquiatría de enlace con diagnóstico de dolor abdominal crónico (intestino irritable). Tenía antecedentes de colitis ulcerativa tratada exitosamente con azulfidine hacía varios años.

En psiquiatría se diagnosticó trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo. Se inició tratamiento con terapia cognoscitivo-conductual, fluoxetina 10 mg/día, trazodona 25 mg/noche. Además recibía omeprazol 20 mg/día, dieta sin lactosa y baja en fibra hidrosoluble. No toleró

10 mg de fluoexetina por lo cual se disminuyó a 4 mg y luego se aumentó a 8 mg/día. Se adicionó trifluoperazina 0.5 mg en caso de ansiedad. Hubo mejoría completa de síntomas en seguimiento a 14 meses con controles cada dos a cuatro meses.

#### Caso 5

Hombre de 59 años, casado, con un hijo de 17 años. Con antecedentes de trasplante renal con donante vivo no relacionado biológicamente (donante: su esposa), previo estudio psicosocial y preparación integral exhaustiva. Posterior al trasplante presentó dolor abdominal de etiología desconocida, aun después de realizar estudios endoscópicos, de imágenes, gammagráficos y de laboratorio exhaustivos.

El servicio de psiquiatría de enlace había conocido el paciente y su familia antes del trasplante sin encontrar patología psicosocial importante. Como parte del manejo del dolor crónico y con el objetivo de prevenir discapacidad psicosocial se inició psicoterapia breve de tipo cognoscitivo-conductual al paciente y su esposa. No toleró antidepresivos tricíclicos por hipotensión. El dolor sólo se logró controlar parcialmente con tramadol 75 mg una a dos veces al día. Se logró prevenir la discapacidad propia de un dolor crónico; el paciente recuperó su capacidad laboral y regresó a su trabajo como comerciante-administrador.

#### Caso 6

Mujer de 33 años, casada hacía tres años, sin hijos, trabajadora social, dedicada tiempo parcial al hogar y a negocios familiares. Discapacitada por 14 meses de evolución de dolor abdomino pélvico intenso. Remitida por medicina del dolor al servicio de psiquiatría de enlace por pobre control del dolor aun con bloqueo anestésico.

Psiquiatría diagnosticó trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo. Se inició tratamiento con psicoterapia cognoscitivo-conductual, terapia de relajación, y con fluoexetina 20 mg/día, trazodona 25 mg/noche que se reemplazó luego por tryptanol 20 mg como coadyuvante del dolor; se adicionó clonazepam 0.75 mg/día como ansiolítico.

Se descartaron factores de estrés en la relación de pareja. Se discutió el manejo de algunos factores de estrés familiar. Durante su seguimiento se consideró necesaria la

evaluación por el servicio de reumatología que diagnosticó espondiloartropatía seronegativa e inició indometacina 75 mg 1-2 veces al día, sulfasalazina 1.5 gr/día y misoprostol.

Después de seis meses de tratamiento se logró control parcial del dolor y se recuperó su capacidad para laborar, además inició un programa de natación frecuente. En todo este proceso se contó con la colaboración de su esposo.

### Discusión

Antes de discutir los casos descritos, es importante aclarar que para su evaluación y tratamiento, el DAC se puede dividir en tres grupos no completamente excluyentes (2): (1) *DAC intermitente*, en el cual el dolor se presenta en periodos de horas o días con momentos libres de dolor; (2) *DAC constante de causa conocida*, presente todo o casi todo el tiempo; (3) *DAC intratable*, presente prácticamente todo el tiempo y sin causa conocida. En la Tabla 2 se presenta un resumen de la intervención psicosocial realizada y los resultados.

Tres de los pacientes tenían diagnóstico de *intestino irritable* refractario al tratamiento convencional (*DAC constante de causa conocida*) concomitante con un trastorno de ansiedad, cuyo control contribuyó a la disminución de síntomas abdominales. El síndrome de intestino irritable es el diagnóstico más común que realizan los gastroenterólogos y hasta el 80% de los pacientes que consultan tienen características psiquiátricas anormales, con diagnóstico psiquiátrico en 14 a 50% de los casos, en especial trastornos de ansiedad y del ánimo (3-6). Se estima que sólo un 25% de los pacientes que presentan síntomas de intestino irritable consultan; la diferencia entre los que consultan y los que no consultan, es que los últimos tienen mejor manejo del estrés y sienten que la enfermedad los afecta menos. En el largo plazo los pacientes con mejor control del dolor también tienen menos ansiedad (3).

Dos de los pacientes presentaban diagnóstico de *dolor abdominal continuo de causa desconocida*, uno de ellos presentaba un trastorno de ansiedad que al mejorar contribuyó al control total del DAC. En el otro caso que no presentaba patología psicosocial se logró prevenir la discapacidad laboral y familiar. En ambos casos el tratamiento psicosocial contribuyó a mejorar la calidad de vida

Tabla 2. Características de la intervención psicosocial y los resultados.

Actividad	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Evaluación diagnóstica	x	x	x	x	x	x
Psicoterapia cognoscitivo conductual	X			X		X
Terapia de relajación y autohipnosis	X		X			X
Psicoterapia psicodinámica		X				
Psicoeducación	X	x	X	X	X	X
Psicofarmacoterapia	x	x	X	x		x
Efecto sobre el dolor y la discapacidad	Mejóro	Mejóro	Mejóro	Mejóro	Prevención de discapacidad	Mejóro

y a disminuir costos de atención. De acuerdo con la literatura es de buen pronóstico la presencia de un trastorno de ansiedad concomitante y la relación positiva entre estrés emocional y aparición del dolor (1), ambos fenómenos presentes en el caso que mejoró más.

En el otro caso que al inicio también presentaba un dolor de causa desconocida, se logró diagnosticar una espondiloartropatía seronegativa. El tratamiento conjunto con reumatología logró control parcial del dolor y rehabilitación psicosocial completa.

Respecto a la patología psiquiátrica, a cinco pacientes se les diagnosticó un Trastorno de Ansiedad, cuatro de ellos con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y uno con trastorno de ansiedad generalizada (TAG). El TOC se caracteriza por ideas (obsesiones) o comportamientos (compulsiones) repetitivos y persistentes; el TAG se caracteriza por ansiedad excesiva no realista en relación con la vida cotidiana y usualmente se acompaña de tensión muscular, hiperactividad autonómica e hipervigilancia. En todos los casos de pacientes con síntomas gastrointestinales está indicado descartar un trastorno de ansiedad (7). El tratamiento incluyó psicoterapia individual de tipo cognoscitivo conductual y psicodinámica, psicoeducación a la familia, psicofármacos, terapia de relajación y autohipnosis, de acuerdo con la indicación en cada caso. El objetivo del tratamiento psicosocial además del control de los síntomas de ansiedad, consistió en ayudar al paciente a identificar y manejar la relación entre factores psicosociales, síntomas intestinales y discapacidad psicosocial.

### Conclusiones

De acuerdo con los resultados observados en estos seis casos se puede considerar que el tratamiento de los aspectos psicosociales de este grupo de pacientes con DAC refractario, contribuyó al control del dolor y a prevenir la discapacidad. Estos resultados están de acuerdo con la literatura acerca de los resultados de los tratamiento de dolor crónico y de dolor abdominal crónico. En todos los casos se debe iniciar un programa de intervención psicosocial que cumpla objetivos de prevención primaria, secundaria o terciaria de acuerdo con cada caso (8, 9).

Teniendo en cuenta que los pacientes con enfermedad mental concomitante con DAC pueden consultar, en forma independiente, al médico especialista no psiquiatra o al especialista en ciencias del comportamiento (3), tanto un grupo de profesionales como los otros deben tener en cuenta la posible comorbilidad de trastorno somático y psicosocial, para ofrecerles un manejo integral (10-12).

Finalmente, es importante destacar que la reducción de síntomas de dolor y discapacidad en el paciente y su familia tiene importantes repercusiones tanto en calidad de vida como económicas. Para la sociedad es crítico poder hallar

intervenciones con una relación costo/beneficio alta. En los seis casos descritos se realizó prevención secundaria o terciaria con una importante reducción de costos de servicios médicos futuros. En un estudio realizado en Estados Unidos se estimó que el costo de las angiografías realizadas en pacientes con otro síndrome de dolor crónico, dolor precordial, asociado a trastorno de pánico era superior a 33 millones de dólares por año (13).

### Summary

It has been described that up to 15% of patients with Chronic Refractory Abdominal Pain have important psychosocial pathology. Psychosocial intervention can contribute to decrease pain and prevent disability.

Here is presented a group of six patients with Chronic Refractory Abdominal Pain where psychosocial intervention helped in their treatment by controlling pain and preventing disability.

**Keywords:** Abdominal pain, psychosocial treatment, consultation-liaison psychiatry, psychoeducation.

### Agradecimientos

A Donna Benton, Ph. D., por su apoyo para conseguir las referencias; a Fernando Rosso, MD, Alfredo Mendoza, MD, Héctor Raúl Echavarría, MD, por sus sugerencias y correcciones.

### Referencias

1. Creed F. Psychological treatment of irritable bowel syndrome and abdominal pain. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M, eds. *Treatment of Functional Somatic Symptoms*, Oxford: Oxford University Press; 1995: 255-270
2. Klein KB. Approach to the patient with abdominal pain. In: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, Powell DW, Silverstein FE, eds. *Textbook of Gastroenterology*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995:750-771
3. Hasler WL, Owyang C. Irritable bowel syndrome. In: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, Powell DW, Silverstein FE, eds. *Textbook of Gastroenterology*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995:1832-1855
4. Masand PS, Kaplan D, Gupta S, Bhanday A. Irritable bowel syndrome and dysthymia: is there a relationship? *Psycho somatics* 1997;**38**:63-69.
5. Lynn RB, Friedman LS. Irritable bowel syndrome. Managing the patient with abdominal pain and altered bowel habits. *Med. Clin North Am* 1995; **79**:373-390.
6. Kachhwaha SS, Chadda VS, Bhardwaj P. Value of clinico-psychiatric assessment in the diagnosis of chronic intractable pain in abdomen. *Indian J Gastroenterol* 1994;**13**:56-57.
7. Drossman DA. Psychosocial factors in the care of patients with gastrointestinal disorders. In: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, Powell DW, Silverstein FE, eds. *Textbook of Gastroenterology*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1995:620-637
8. Rincón Hoyos HG, González Buriticá H. Artritis reumatoidea: una visión integral de sus efectos y del manejo. En: Anaya JM, Ramírez FA, eds. *Artritis reumatoidea*. Sociedad Colombiana de Reumatología. Santafé de Bogotá; 1998:
9. Rincón H. Psicofármacos en el tratamiento del dolor crónico. En: Rodríguez RF, ed. *Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos*. Cali: Universidad Libre; 1998:1 IO-1 25
10. Rose JD, Troughton AH, Harvey JS, Smith PM. Depression and functional bowel disorders in gastrointestinal outpatients. *Gut* 1986;**27**:1025-1028
11. Woodhouse CR, Bockner S. Chronic abdominal pain: a surgical or psychiatric symptom? *Br J Surg* 1979;**66**:348-349
12. Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology* 1995;**45**(Suppl 9):S26-S34
13. Katon WJ, VonKorff M, Lin E. Panic disorder: relationship to high medical utilization. *Am J Med* 1992;**1A**:7S-1 IS