

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

Ana M.ª Vegas Álvarez

Unidad de Gastroenterología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Grupo de Trabajo de Gastroenterología, Nutrición y Endocrinología de la AEPap.

Correo electrónico: amvegasa@saludcastillayleon.es

Leticia M.ª González Martín

Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.

Grupo de Trabajo de Gastroenterología, Nutrición y Endocrinología de la AEPap.

Correo electrónico: lgonzalezma@saludcastillayleon.es

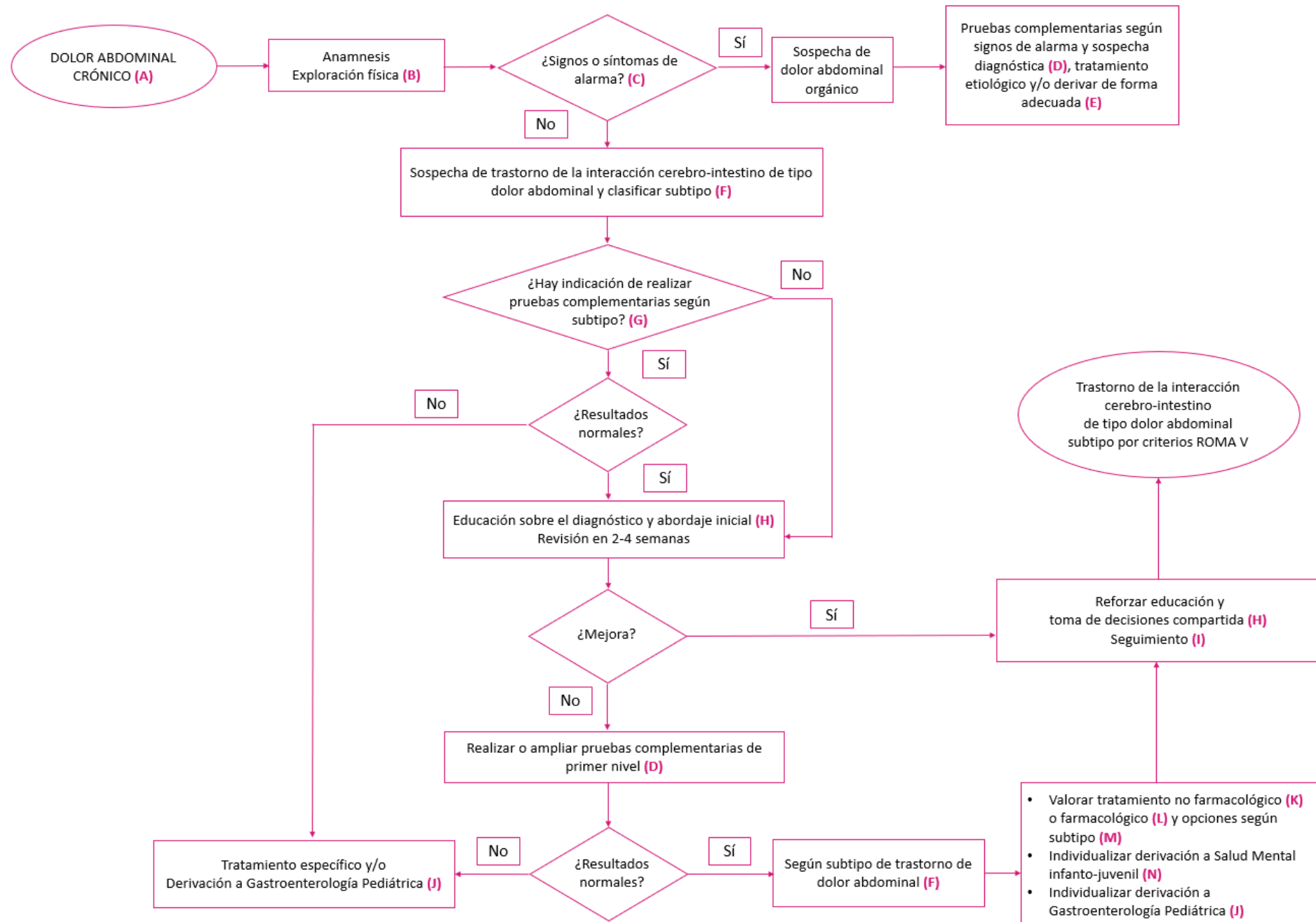
Palabras clave: Dolor abdominal. Dolor abdominal crónico. Trastornos de la interacción cerebro-intestino.

Key words: Abdominal pain. Chronic abdominal pain. Disorders of gut-brain interaction.

Secciones: Gastroenterología y Hepatología.

Otras secciones: Urgencias. Salud Mental.

Cómo citar este algoritmo: Vegas Álvarez AM, González Martín LM. Dolor abdominal crónico. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/124>



A. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

El dolor abdominal crónico (DAC) es un motivo de consulta muy frecuente en niños mayores de 4 años y en adolescentes, con una prevalencia estimada en países occidentales de hasta el 23%¹⁻³. Tiene dos picos de incidencia, uno a los 5-7 años y otro en la edad prepuberal, con ligero predominio en mujeres.

El DAC es un dolor de larga duración que se define como el dolor abdominal intermitente o continuo que ha estado presente durante al menos dos meses, de acuerdo con los criterios Roma V de trastornos de dolor abdominal (TDA) del niño y adolescente⁴⁻⁶. Los niños menores de 4 años pueden presentar DAC, pero es menos frecuente y típico, y obliga siempre a descartar causas orgánicas.

Las dos principales categorías de causas de DAC son los trastornos orgánicos (**Tabla 1**), que son menos frecuentes (5-15% de los casos), y los trastornos de la interacción cerebro-intestino (TICI), previamente denominados trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF), que son la causa más habitual (**Tabla 2**).

B. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe filiar el dolor abdominal mediante un cuestionario estructurado, sencillo pero orientado. Se preguntará por la duración del dolor, para diferenciar el agudo (horas o días) del de larga duración (semanas o meses); por la evolución: progresivo, estable o en remisión; por la localización y su relación con la ingesta, así como por los factores que lo exacerban o alivian. La anamnesis y la exploración física deben orientarse a la detección de signos y síntomas de alarma (**Tabla 3**). Ambas constituyen la base del diagnóstico y, en general, no será necesario recurrir a numerosas pruebas complementarias⁴⁻⁸.

Anamnesis: es necesario establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente y sus familiares, comprendiendo en todo momento que el dolor que siente el paciente es real⁷⁻⁹.

Datos que recoger:

- Antecedentes familiares: especialmente entidades funcionales digestivas y psiquiátricas.
- Antecedentes personales: médicos, quirúrgicos, psicosociales y en mujeres, la historia menstrual. Son factores de riesgo para los TICI el antecedente de trauma en general, el castigo físico o abuso y la exposición a estrés a lo largo de la vida. También se han relacionado con mayor riesgo los trastornos psicológicos, la presencia de síntomas somáticos, la mala calidad del sueño y determinados eventos de la primera infancia, como el uso precoz de antibióticos, alergia a la proteína de la leche de vaca, gastroenteritis y haber sido sometido a intervenciones quirúrgicas como estenosis pilórica y reparación de hernia umbilical.

- Características del dolor: forma de comienzo (brusco o insidioso), tiempo de evolución, evolución temporal (progresivo, estable, en remisión), horario, frecuencia, periodicidad, localización e irradiación, tipo de dolor: intermitente o continuo, intensidad y repercusión sobre la vida habitual (absentismo escolar o de actividades placenteras, ingesta, sueño), morfología (punzante, opresivo, cambiante), factores desencadenantes, variación en relación con otras circunstancias (ingesta, defecación, vómitos, ventosidades, postura, emociones, etc.).
- Búsqueda activa de signos y síntomas de alarma (**Tabla 3**).
- Hábito intestinal.
- Aspectos psicosociales: temperamento, ansiedad-depresión (evidente o subclínica), conducta (conductas evitativas, dolor sobredimensionado), actitud de los padres, ambiente familiar y escolar, beneficios (ganancia primaria o secundaria), problemática social.

Tabla 1. Causas orgánicas de dolor abdominal en niños y adolescentes

Tracto gastrointestinal	Vesícula, hígado, páncreas
• Esofagitis (por reflujo gastroesofágico o eosinofílica) • Gastritis infecciosas • Úlcera péptica • Yatrogenia por medicación (corticoides, AINE) • Enfermedad celiaca • Gastroenteropatía eosinofílica • Infecciones: parásitos (giardiasis...), TBC, <i>Yersinia</i>... • Enfermedad inflamatoria intestinal • Divertículo de Meckel • Alteraciones de la motilidad (gastroparesia, pseudoobstrucción intestinal crónica...) • Patología quirúrgica (adherencias posquirúrgicas, malrotación, vólvulo intermitente, hernia, invaginación, apendicitis)	• Colecistitis/Colelitiasis/Quiste del colédoco • Hepatitis • Absceso hepático • Pancreatitis aguda o crónica
Tracto genitourinario	Otras causas
• Infección tracto urinario • Síndrome de la unión pieloureteral • Urolitiasis • Dismenorrea • Endometriosis • Quiste ovárico • Embarazo ectópico • Enfermedad inflamatoria pélvica	• Infecciones respiratorias (neumonía) • Tumores (neuroblastoma, linfoma) • Fiebre mediterránea familiar • Anemia de células falciformes • Vasculitis (púrpura Schönlein-Henoch) • Porfiria aguda intermitente • Angioedema hereditario

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; **TBC:** tuberculosis. **Fuente:** elaboración propia.

Tabla 2. Clasificación ROMA V de los trastornos de la interacción cerebro-intestino pediátricos del tracto gastrointestinal inferior y vías biliares: niños y adolescentes

Categoría	Patrón del dolor	Subtipos
Trastornos de dolor abdominal	Intermitente	H1a. Síndrome de intestino irritable H1b. Síndrome de dolor abdominal no especificado de otra manera H1c. Síndrome de dolor biliar G3d. Síndrome de dolor epigástrico*
	Estereotipado	H1d. Migraña abdominal
	Continuo	H1e. Síndrome de dolor abdominal mediado centralmente
Trastornos de defecación y anorrectales		H2a. Estreñimiento funcional H2b. Incontinencia fecal no retentiva H2c. Disquecia del lactante H2d. Proctalgia fugaz H2e. Diarrea funcional
Trastornos de malestar		H3a. Distensión abdominal funcional H3b. Síndrome de distrés del lactante

*Aunque se incluye en el grupo de trastornos de dolor abdominal por el síntoma de dolor, se detalla y considera un trastorno de la interacción cerebro-intestino del tracto gastrointestinal superior como un subtipo de dispepsia funcional⁶.

Fuente: Di Lorenzo C, Saps M, Chumpitazi BP, Rajindrajith S, Staiano A, Thapar N, *et al.* Lower and biliary disorders of gut-brain interaction: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2026;170:1367-87.

Aunque no hay estudios que demuestren que todos estos datos sean concluyentes para distinguir el dolor abdominal funcional del orgánico, pueden ser de ayuda y además nos proporcionarán información útil sobre factores agravantes y cómo está afectando el dolor al niño y a la familia.

Se puede pedir al niño que elabore un diario, describiendo las molestias y los factores desencadenantes o agravantes, como acontecimientos vitales, colegio o determinados alimentos.

Exploración física: será completa y exhaustiva, prestando especial atención al estado general del paciente. Se evaluará el estado nutricional, crecimiento y desarrollo del niño, con búsqueda activa de signos de alarma que permitan descartar posibles causas orgánicas (**Tabla 3**). Aunque tiene que ser completa, nos centraremos en la región abdominal (para detectar áreas dolorosas a la palpación, presencia de masas, visceromegalias o restos fecales, así como distensión o timpanismo), pélvica, genitourinaria y anal para valorar afectación perianal. Se realizará tacto rectal en casos seleccionados para detectar retención fecal o sangre. También habrá que anotar datos como la presencia de miedo o ansiedad durante la exploración, la existencia de cicatrices y otros hallazgos relevantes.

Tabla 3. Signos y síntomas de alarma potencial en el niño con dolor abdominal crónico

Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca o úlcera péptica
Dolor persistente en cuadrante superior derecho o inferior derecho
Disfagia
Odinofagia
Vómitos persistentes
Sangrado gastrointestinal
Diarrea nocturna
Artritis
Enfermedad perianal
Pérdida de peso involuntaria
Detención del crecimiento
Pubertad retrasada
Fiebre inexplicada

Fuente: 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.

C. DATOS DE ALARMA

Son signos y síntomas cuya presencia sugiere una mayor probabilidad de etiología orgánica del dolor. No obstante, su presencia no siempre indica organicidad, ni su ausencia la descarta. Además, cada signo o síntoma de alarma (**Tabla 3**) debe interpretarse en el contexto completo de la anamnesis y la exploración física.

Si presenta datos de alarma habrá que seguir evaluando al niño con pruebas complementarias dirigidas a diagnosticar patología orgánica (**Tabla 1**)^{8,10}.

D. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE PRIMER NIVEL ANTE DATOS DE ALARMA

Se deben orientar según la sospecha clínica.

Las pruebas de primer nivel, a realizar siempre ante la presencia de signos y/o síntomas de alarma (**Tabla 3**) serían⁷⁻⁹:

- Hemograma para la detección de anemia, leucocitosis o trombocitosis.
- Coagulación.
- Reactantes de fase aguda (PCR y VSG).
- Bioquímica básica con glucosa, albúmina, perfil hepático y férrico.
- Inmunoglobulinas (IgG, IgM e IgA).
- Anticuerpos antitransglutaminasa Ig A, TSH.
- Amilasa, lipasa.
- Coprocultivo e investigación de parásitos en heces.
- Sangre oculta en heces y calprotectina solo en los casos en los que exista sospecha evidente y fundamentada de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Sistemático de orina.
- Ecografía abdominal (dolor fijo en cuadrantes superior o inferior derechos, presencia de masas o sospecha de patología hepatobiliar, urológica o ginecológica).

E. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DEL DOLOR ABDOMINAL ORGÁNICO

Si existen datos de alarma y las pruebas de primer nivel detectan o sugieren patología orgánica que requiera estudios de segundo nivel (endoscopia digestiva alta o baja, pH-metría, entero-RM, gammagrafía, etc.) o tratamiento específico, se realizará derivación adecuada y coordinada a Gastroenterología Pediátrica. Si el estado general del paciente lo requiere, por presentar signos o síntomas de gravedad, se derivará a Urgencias Pediátricas. El despistaje positivo de enfermedad celiaca también implica la derivación a Gastroenterología Pediátrica para completar el estudio (Algoritmo [Enfermedad celiaca](#)).

F. TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN CEREBRO-INTESTINO DE TIPO DOLOR ABDOMINAL

Si no presenta datos de alarma se sospechará un TICI de tipo trastorno de dolor abdominal (TDA) y se clasificará según su patrón de síntomas siguiendo los criterios Roma V^{5,6}.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los TDA se explican mediante el modelo biopsicosocial (**Figura 1**), que es un modelo integral que implica una compleja interacción entre factores gastrointestinales, psicológicos, psicosociales y predisposición genética que, junto con experiencias tempranas en la vida, configurarían la habilidad del sistema nervioso central y digestivo para adaptarse a los cambios fisiológicos o de estrés. Los vínculos bidireccionales entre estos mecanismos y la fisiología intestinal constituyen el eje intestino-cerebro, que vincula los centros emocionales y cognitivos del cerebro con las funciones intestinales. Estos factores contribuyen a la presentación clínica de cada paciente. En estos pacientes existe una hipervigilancia central (el cerebro responde de forma exagerada a señales intestinales normalmente no conscientes) e hipersensibilidad visceral (mayor señalización hacia el sistema nervioso central ante estímulos como la distensión). La microbiota intestinal, cuya composición puede verse alterada por factores de estrés físico y social, contribuye también a esta fisiopatología. La relación médico-paciente influye de manera significativa en los mecanismos psicosociales y en el resultado del tratamiento¹¹.

Los TDA constituyen un subgrupo de los TICI del tracto gastrointestinal inferior y de la vía biliar en niños y adolescentes, definidos según los criterios ROMA V⁵ (**Tabla 2**).

Criterios diagnósticos

Roma V clasifica los TDA en subtipos agrupados según el patrón temporal del dolor.

1. Patrón intermitente

1.1. Síndrome de intestino irritable (SII)

La edad mínima para establecer este diagnóstico es de 6 años.

Debe incluir los siguientes síntomas durante al menos 2 meses antes del diagnóstico:

- a) Dolor abdominal intermitente, con una frecuencia promedio de al menos 4 días al mes, asociado con uno o más de los siguientes:
 - Relacionado con la defecación (empeora o mejora con ella).
 - Cambio en la frecuencia de las deposiciones.
 - Cambio en la forma o apariencia de las heces.
- b) El dolor abdominal es el síntoma predominante y no debe presentarse exclusivamente durante la menstruación.
- c) Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden ser explicados o atribuidos a otra enfermedad.

Se distinguen 4 subtipos de SII (**Tabla 4**) que se definen según la proporción de formas anormales de las heces, basándose en la escala de Bristol: SII con predominio de estreñimiento (SII-E), SII con predominio de diarrea (SII-D), SII con hábito intestinal mixto (SII-M) y SII no clasificado (SII-NC).

Tabla 4. Subtipos de Síndrome de Intestino Irritable (ROMA V)	
Subtipo de SII	Definición
SII-E	$\geq 1/4$ (25%) de las deposiciones anormales corresponden a tipos 1 o 2, y $\leq 1/4$ (25%) de las deposiciones corresponden a tipos 6 o 7 de la escala de Bristol
SII-D	$\geq 1/4$ (25%) de las deposiciones anormales corresponden a tipos 6 o 7, y $\leq 1/4$ (25%) de las deposiciones corresponden a tipos 1 o 2 de la escala de Bristol
SII-M	$\geq 1/4$ (25%) de las deposiciones anormales corresponden a tipos 1 o 2 y $\geq 1/4$ (25%) corresponden a tipos 6 o 7 de la escala de Bristol
SII-NC	$< 1/4$ (25%) de las deposiciones son duras (tipos 1 o 2) y $< 1/4$ (25%) corresponden a tipos 6 o 7 de la escala de Bristol

Tomado de: Di Lorenzo C, Saps M, Chumpitazi BP, Rajindrajith S, Staiano A, Thapar N, *et al.* Lower and biliary disorders of gut-brain interaction: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2026;170:1367-87.

1.2. Síndrome de dolor abdominal no especificado de otra manera (SDA-NEOM)

Debe incluir todo lo siguiente, con una frecuencia promedio de al menos 4 días al mes y durante al menos 2 meses antes del diagnóstico:

- a) Dolor abdominal intermitente que no ocurre exclusivamente durante las comidas, la defecación o la menstruación.
- b) No se cumplen criterios suficientes para SII, dispepsia funcional, migraña abdominal ni de síndrome de dolor biliar.
- c) Después de una evaluación médica apropiada, el dolor abdominal no puede atribuirse o ser explicado por otra enfermedad.

1.3. Síndrome de dolor biliar (SDB)

Podemos encontrarlo en las publicaciones pediátricas como “discinesia biliar”. La consideración de los trastornos de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi como funcionales es controvertida.

Debe incluir todo lo siguiente durante al menos 2 meses antes del diagnóstico:

- a) Dolor en el cuadrante superior derecho, con o sin dolor epigástrico, que ocurre en promedio al menos 4 días al mes y que presenta todas las siguientes características:
 - Inicio agudo, con una duración de al menos 30 minutos y de hasta varias horas.
 - Carácter episódico, con intervalos variables entre los episodios.
 - Intensidad suficiente como para requerir una valoración médica urgente.
- b) Los síntomas no cumplen criterios de síndrome del intestino irritable, dispepsia funcional ni de migraña abdominal.
- c) Ausencia de cálculos biliares u otra patología estructural de la vesícula o de la vía biliar.
- d) Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad.

Los criterios que apoyan este diagnóstico son:

- a) Enzimas hepáticas, bilirrubina conjugada y enzimas pancreáticas normales durante o en los días posteriores a los episodios.
- b) Náuseas y vómitos.
- c) Irradiación del dolor a la espalda y/o a la escápula derecha.
- d) Dolor de aparición postprandial.
- e) Dolor que despierta al paciente durante el sueño.

1.4. Síndrome de dolor epigástrico (SDE)

Se detalla e incluye en el capítulo de los TICI pediátricos del tracto gastrointestinal superior ya que sus síntomas suelen originarse allí, pero también se considera un subtipo de TDA por el síntoma de dolor. Es uno de los 2 subtipos de dispepsia funcional.

Criterios diagnósticos para la dispepsia funcional (DF)

Debe incluir uno o más de los siguientes síntomas, durante al menos dos meses previos al diagnóstico:

- a) Plenitud postprandial.
- b) Saciedad precoz.
- c) Dolor o ardor epigástrico.

Tras una evaluación adecuada, los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad.

Se distinguen dos subtipos:

Síndrome de distrés postprandial: episodio postprandial se define como aquel que ocurre dentro de las 2 horas posteriores a la ingesta de alimentos.

Debe incluir uno o más de los siguientes síntomas, al menos 3 días por semana:

- a) Plenitud postprandial molesta, que ocurre al finalizar una comida apropiada para la edad y costumbres culturales.
- b) Saciedad precoz que impide terminar una comida apropiada para la edad y costumbres culturales.

Criterios de apoyo: presencia de distensión abdominal superior, náuseas postprandiales, malestar o eructos excesivos.

Síndrome de dolor epigástrico: debe incluir uno o más de los siguientes síntomas (que interfieren con la función o la calidad de vida), al menos 1 día por semana:

- a) Dolor o ardor localizado en el epigastrio.
- b) El dolor no está presente en ninguna otra zona localización abdominal o torácica.
- c) Los síntomas pueden desencadenarse o empeorar después de las comidas, o pueden ocurrir independientemente de ellas, pero no se cumplen los criterios de síndrome de distrés postprandial.
- d) Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad, incluyendo el dolor abdominal funcional o el SII.

2. Patrón estereotipado

Migraña abdominal (MA)

Debe cumplir todo lo siguiente, al menos en dos ocasiones, en los seis meses anteriores al diagnóstico:

- a) Episodios paroxísticos de dolor abdominal intenso y agudo, periumbilical, en la línea media o difuso, que duran una hora o más, siendo este el síntoma más intenso y molesto.
- b) Los episodios están separados al menos por una semana.
- c) El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades habituales.
- d) Patrón estereotipado de síntomas en cada paciente.
- e) El dolor está asociado con dos o más de los siguientes síntomas: anorexia, náusea, vómitos, dolor de cabeza, fotofobia y palidez.
- f) Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad incluido el síndrome de vómitos cíclicos.

3. Patrón continuo

Síndrome de dolor abdominal mediado centralmente (SDAMC)

El SDAMC suele asociarse a comorbilidad psicosocial, pero no existe un perfil específico que pueda utilizarse para el diagnóstico.

Debe incluir todos los siguientes criterios, durante al menos dos meses antes del diagnóstico:

- a) Dolor abdominal continuo.
- b) El dolor limita el funcionamiento diario (colegio, vida social o de ocio, vida familiar y deporte).
- c) Tras una evaluación médica adecuada, los síntomas no pueden atribuirse a otras enfermedades.

G. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS SIN PRESENCIA DE DATOS DE ALARMA Y SEGÚN SUBTIPO DE TRASTORNO DE DOLOR ABDOMINAL

Si no existen datos de alarma, tras una anamnesis y exploración física, no es necesario, en general, realizar muchas pruebas complementarias. Realizar numerosas pruebas con resultado negativo en vez de tranquilizar a los padres lo que hace es reforzarles la idea de que existe un trastorno orgánico que no se ha detectado todavía⁴. Hay que tener en cuenta, además, que las pruebas complementarias pueden poner de manifiesto circunstancias patológicas coincidentes que no son la causa del dolor abdominal, como la infección por *Helicobacter pylori* (HP) y algunas parasitosis. En este sentido,

no existe evidencia que recomiende la investigación de HP por métodos no invasivos en el DAC, ya que no existe una relación causa-efecto demostrada entre la infección por HP y el DAC⁵.

Sin datos de alarma las pruebas de primer nivel a realizar variarán según el subtipo de TDA:

- **SII-D:** realizar despistaje de enfermedad celiaca (su prevalencia en los TDA es 4 veces superior a la población general)^{4,5,12} y parásitos en heces según el área geográfica o el contexto epidemiológico. En casos seleccionados (únicamente cuando existan dudas diagnósticas debido a la presencia de síntomas atípicos, persistan los síntomas a pesar del manejo inicial o aparezcan signos de alarma que hagan sospechar una enfermedad inflamatoria intestinal u otra patología orgánica) puede ser útil la determinación de calprotectina fecal. Hay que tener en cuenta que los niveles de calprotectina en los TDA son similares a los de los controles de niños sanos, excepto en el SII-D que son ligeramente más altos, pero menores comparados con los niños con EII. Es muy importante considerar que los valores de calprotectina varían según la edad y que no hay niveles de corte bien establecidos para rangos de edad específicos¹³. Evaluar factores dietéticos desencadenantes como la malabsorción de hidratos de carbono (mayor prevalencia de variantes genéticas de déficit de sacarasa-isomaltasa) y la malabsorción de ácidos biliares.
- **SDA-NEOM y SDAMC:** considerar la realización de analítica de sangre para descartar enfermedad celiaca y calprotectina fecal para detectar enfermedad inflamatoria intestinal.
- **SDB:** se solicitará analítica con función hepática y ecografía de la vesícula y árbol biliar para descartar cálculos biliares.
- **SDE:** no se recomiendan pruebas de primer nivel de forma rutinaria.
- **MA:** se solicitarán hemograma, glucosa, electrolitos, pruebas de función hepática y renal, enzimas pancreáticas y sistemático de orina para descartar otras enfermedades asociadas con dolor episódico.

También solicitaremos o ampliaremos pruebas de primer nivel si la evolución es desfavorable y en casos de elevada presión familiar si se considera que su realización puede disminuir la angustia del entorno.

H. TRATAMIENTO DE LOS TDA: EDUCACIÓN Y ABORDAJE INICIAL

En los TICI tipo TDA hay evidencia de que el tratamiento se debe basar más en el tratamiento no farmacológico que en el uso de fármacos⁴⁻⁷, por lo que estos no deben ser la primera opción. La guía de práctica clínica ESPGHAN/NASPGHAN de 2025 para el tratamiento del SII y el DAF-NEOM en niños evalúa la efectividad de diversas intervenciones y ofrece un marco de referencia para la toma de decisiones compartidas entre médicos y familias⁷.

La educación sobre el diagnóstico y el enfoque o abordaje inicial son fundamentales en los TICI en las primeras consultas para establecer una relación terapéutica, implicar a la familia y favorecer la aceptación del enfoque biopsicosocial del dolor. El paciente tiene que ver y creer que sus síntomas y

preocupaciones se toman en serio. La aceptación por los padres y el niño de los componentes biopsicosociales del dolor se asocia fuertemente con un pronóstico favorable.

Este enfoque inicial incluye 4 puntos fundamentales:

1. **Validación de los síntomas y explicación del diagnóstico de forma positiva:** debe realizarse tanto al paciente (con un lenguaje apropiado a su edad) como a la familia, aclarando que los síntomas no son de origen exclusivo psicológico, aunque sí modulados por el cerebro. Es importante conseguir la implicación de los padres. Exponer que el dolor es real ayuda a reducir el estigma. Es importante destacar también el carácter benigno y la alta tasa de resolución espontánea con el tiempo.
2. **Educación sobre la conexión intestino-cerebro:** explicar de forma sencilla y comprensible el modelo biopsicosocial (**Figura 1**), la interacción cerebro-intestino^{3,5,7,11}, los efectos del estilo de vida y otros desencadenantes como el estrés y la ansiedad, y la importancia de marcar metas sencillas pero prácticas.
3. **Plantear opciones terapéuticas y establecer expectativas realistas respecto a las pruebas diagnósticas y a la respuesta al tratamiento:** el objetivo principal será la recuperación de la actividad habitual del niño, más que la desaparición completa del dolor.
4. **Toma de decisiones compartida:** implicar y empoderar al paciente y a su familia en el manejo de la enfermedad mediante una evaluación estructurada y un enfoque optimista.

Se puede utilizar como apoyo el material educativo de la [campaña de la ESPGHAN sobre el Dolor Abdominal Funcional](#).

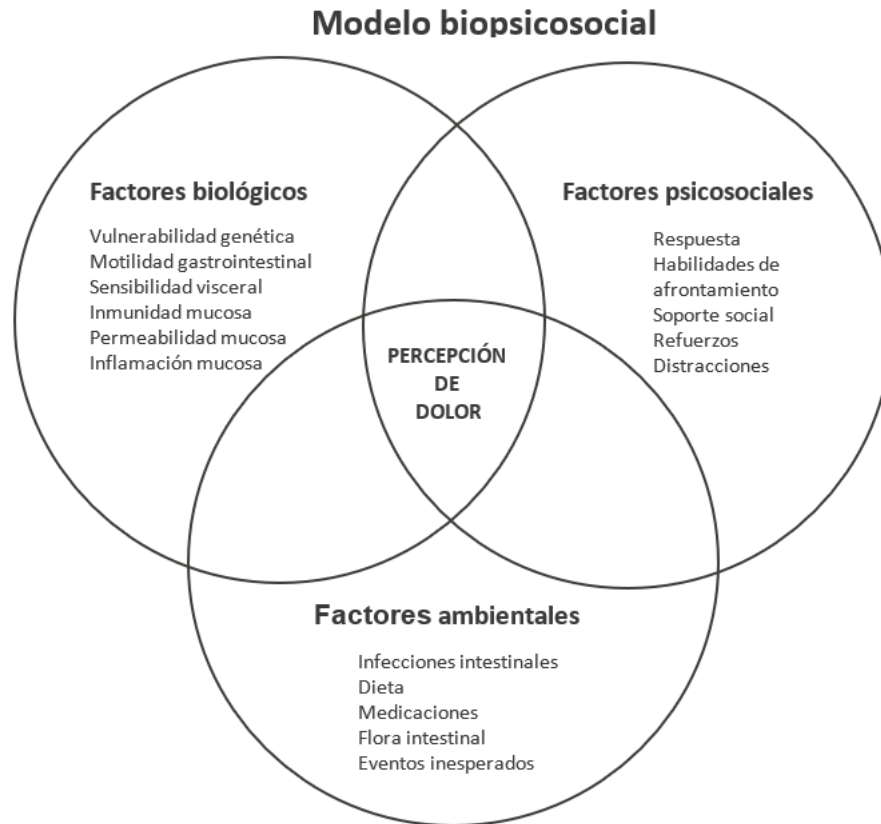


Figura 1. Fisiopatología de los trastornos de la interacción cerebro-intestino pediátricos: modelo biopsicosocial.
Fuente: elaboración propia.

I. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

El seguimiento regular es esencial para mantener la relación terapéutica, evaluar la eficacia de las intervenciones (farmacológicas o no) y vigilar la aparición de signos o síntomas de alarma. Se recomienda una primera revisión a las 2-4 semanas:

- Si la intervención realizada es efectiva y el paciente mejora, se seguirá al paciente con una periodicidad que se puede pactar con la familia en cada caso.
- Si se ha iniciado tratamiento farmacológico, se ajustará y mantendrá por el tiempo mínimo necesario, retirándolo de forma gradual. Si una intervención no es eficaz, se cambiará de estrategia o se reconsiderará el diagnóstico.

J. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA EN LOS TDA

Se derivarán a la consulta de Gastroenterología Pediátrica aquellos pacientes que, durante el seguimiento, presenten signos o síntomas de alarma que hagan sospechar un origen orgánico del dolor que precise derivación (**C, E**). También los pacientes con SDB en los que se considere necesario realizar pruebas de segundo nivel (endoscopia digestiva alta si dolor epigástrico asociado, colangio-resonancia). Considerar también la derivación en aquellos casos en los que, pese a la educación y al abordaje inicial, la familia no comprenda o no acepte la etiopatogenia del trastorno.

K. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL: TERAPIA PSICOLÓGICA, PAPEL DE LAS DIETAS, PROBIÓTICOS Y OTROS TRATAMIENTOS

Terapia psicológica

Si con el enfoque inicial no hay mejoría, se pueden emplear terapias psicológicas. La hipnoterapia y la terapia cognitivo-conductual (TCC) han demostrado eficacia en modalidad presencial y digital, y están recomendadas por la ESPGHAN 2025 para el SII y el SDA-NEOM⁷. También pueden aplicarse en el SDAMC. Los candidatos óptimos son pacientes que han aceptado su diagnóstico de TICF, comprenden el papel de la terapia psicológica y disponen de tiempo para realizarla.

1. **Hipnoterapia:** guía al paciente hacia un estado de receptividad aumentada en el que se introducen sugerencias para promover cambios psicológicos y fisiológicos.
2. **TCC:** identifica y modifica pensamientos o creencias disfuncionales relacionados con el dolor (componente cognitivo) y enseña técnicas de relajación, expresión emocional y normalización de la actividad, para evitar en la medida de lo posible el rol de enfermo (componente conductual).

Otras terapias como la meditación y el yoga carecen de evidencia suficiente por el momento.

Papel de las dietas

No se recomienda realizar restricciones dietéticas de forma rutinaria, ya que no existe evidencia de calidad que avale su eficacia en los TDA. De forma individualizada y por tiempo limitado, puede ensayarse la exclusión de alimentos desencadenantes (fructosa, sorbitol, cítricos, picantes, alimentos grasos, bebidas carbonatadas). Para el SII existen datos favorables, aunque de escasa evidencia, a favor de la dieta baja en FODMAP (*Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols*)^{7,14,15}. La restricción debe liberalizarse tan pronto como sea posible, ya que puede reforzar relaciones no saludables con la comida y precipitar trastornos alimentarios, especialmente en niños con factores de riesgo. Siempre debe garantizarse un aporte nutricional adecuado. No hay estudios que respalden el papel causal de la lactosa o el gluten en los TDA.

En todos los casos se recomienda, como en el resto de la población pediátrica, una dieta mediterránea con mayor consumo de alimentos frescos y reducción de ultraprocesados.

Probióticos

El único probiótico que tiene recomendación específica en SII es el *Lactobacillus rhamnosus GG* con evidencia moderada y efecto pequeño en el SII en reducir la intensidad y frecuencia del dolor. Muchas preparaciones probióticas están disponibles sin receta. Hay que tener precaución en la elección del compuesto, buscando productos con un número adecuado de unidades formadoras de colonias vivas y asesoramiento profesional⁷.

Estimulación eléctrica percutánea del campo nervioso (PENS, por sus siglas en inglés *Peripheral electrical nerve stimulation*)

También se conoce como neuroestimulación auricular percutánea ya que se administra a través de un dispositivo no implantado que se usa detrás de la oreja para dirigirse a las vías centrales del dolor involucradas en la amplificación del dolor. Influye en la modulación del dolor accediendo a vías neurales que comunican con núcleos del tronco encefálico y corteza cerebral. Puede ser útil en pacientes refractarios. Su coste es elevado y la disponibilidad limitada. Evidencia y efecto moderado en el SII, SDA-NEOM y en SDAMC por compartir mecanismos fisiopatológicos⁷.

Medicina complementaria y alternativa

Tratamientos como las flores de Bach, valeriana, homeopatía y otros tratamientos o remedios naturales no se recomiendan, ya que por el momento carecen de evidencia.

L. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL

Si no hay mejoría con el abordaje inicial y las medidas no farmacológicas o en casos concretos, como presencia de síntomas graves y/o incapacitantes (dolor intenso, ansiedad, depresión) o padres que no aceptan el tratamiento psicológico, se puede administrar medicación, que debe hacerse de forma individualizada, basándose siempre en la sintomatología y que debe ser suprimida si no se observa mejoría tras un tratamiento de prueba razonable de 2-4 semanas. Este periodo de tiempo será variable según el tratamiento empleado (mayor en el caso de los neuromoduladores). En todo caso, debemos valorar con cautela la respuesta positiva a cualquier tratamiento, ya que el efecto placebo es muy frecuente en sintomatología digestiva. Las dosis detalladas pueden consultarse en la Guía actualizada de fármacos más empleados en Gastroenterología Pediátrica de la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap)¹⁶.

Analgésicos

El paracetamol y el ibuprofeno pueden utilizarse en episodios puntuales. Usar con precaución para no superar dosis o duración recomendadas (riesgo de sangrado gastrointestinal, hepatotoxicidad, deterioro renal). Analgésicos de segunda línea como gabapentina o pregabalina requieren supervisión experta y deben restringirse a casos refractarios en el seno de un equipo multidisciplinar⁷.

Cápsulas de aceite de menta con recubrimiento entérico

Espasmolítico natural que actúa relajando el músculo liso y reduciendo la hipersensibilidad visceral. Sin efectos adversos documentados en los estudios. Evidencia baja⁷. Disponible como aceite esencial de menta piperita en cápsulas duras gastrorresistentes de 187 mg (aprobadas por la AEMPS para mayores de 8 años). Dosis: 1 cápsula dos veces al día, 30 minutos antes de las comidas; en mayores de 12 años se puede aumentar a 3 al día. Duración: 2-4 semanas.

Anticolinérgicos (espasmolíticos)

Los anticolinérgicos espasmolíticos como el bromuro de otilonio y la hiosciamina (butilbromuro de escopolamina o hioscina) se han usado habitualmente para el alivio intermitente del dolor abdominal, basándose en la práctica habitual y en la experiencia clínica, ya que la evidencia no es concluyente. Considerar efectos adversos (sequedad, somnolencia, estreñimiento) y usar si se tiene experiencia con cautela⁷.

Bromuro de otilonio: dosis en niños mayores de 6 años: 5-30 mg/día vía oral repartidos en 2-3 tomas 20 minutos antes de las comidas (existe una presentación de grageas pediátricas de 10 mg). Duración máxima del tratamiento: 4 semanas.

Domperidona

Procinético de uso limitado por su perfil de baja eficacia y riesgo de prolongación del intervalo QT. Contraindicado en menores de 12 años y peso menor de 35 kg. En mayores de 12 años y más de 35 kg: 10 mg cada 8 horas (máx. 30 mg/día). Usar la dosis efectiva más baja durante el menor tiempo posible.

Tratamiento neuromodulador intestino-cerebro

Aunque la evidencia es limitada, los resultados disponibles son favorables respecto al uso de neuromoduladores en los TICI pediátricos. El sistema nervioso entérico comparte su desarrollo embriológico con el cerebro y la médula espinal y, por tanto, también comparte neurotransmisores y receptores noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos. Los neuromoduladores actúan sobre múltiples niveles del eje intestino-cerebro al regular la motilidad intestinal, disminuir la sensibilidad al dolor y mejorar el procesamiento central de las señales viscerales^{17,18}. En los TICI puede considerarse el uso de antidepresivos tricíclicos (ATC), como la amitriptilina. Su utilización debe realizarse con cautela debido a sus posibles efectos cardíacos, en particular la prolongación del intervalo QT, por lo que se recomienda la monitorización mediante ECG. En este contexto, se emplean a dosis más bajas que las utilizadas en psiquiatría y su prescripción debe ser realizada por profesionales con experiencia en su manejo.

La elección se hará según el síntoma y usando fármacos que tengan indicación pediátrica: si predomina el dolor abdominal amitriptilina y si hay un componente importante de ansiedad y/o depresión asociada pueden usarse inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como el citalopram, fluoxetina, duloxetina o sertralina, que tienen menos efectos secundarios que los ATC, aunque no están exentos. En caso de dolor refractario y/o hipersensibilidad: gabapentina.

Los fármacos neuromoduladores disponibles se resumen en la **Tabla 5**.

Uso de placebo

Siempre con el conocimiento y consentimiento de los progenitores se puede plantear el uso de placebo. Se puede prescribir para domicilio como cápsulas de maltodextrina. El efecto placebo en niños con dolor abdominal es significativamente alto y variable, lo que complica la toma de decisiones clínicas basadas en estudios científicos. La tasa media de éxito del placebo es del 28%, pero puede alcanzar hasta un 78.4% en algunos estudios⁷. Además, hay que tener en cuenta que la educación inicial sobre la conexión intestino-cerebro y una valoración optimista del diagnóstico pueden tener efecto placebo por sí mismos y generar mejoría.

Tabla 5. Tratamiento neuromodulador en el dolor abdominal crónico

Neuromodulador	Mecanismo de acción	Dosis pediátrica	Eficacia	Efectos adversos	Calidad de evidencia
Amitriptilina	Antidepresivo tricíclico; inhibe recaptación de serotonina/noradrenalina	Inicio con dosis bajas de 0,1-0,2 mg/kg/día/dosis única nocturna y aumentar semanalmente según tolerancia hasta un máximo de 1-1,5 mg/kg/día (puede dividirse en dos dosis) o inicio con 10 mg si peso entre 30-50 kg y aumentar 10 mg /semana según tolerancia hasta 75-100 mg/día Uso <i>off-label</i> en el dolor abdominal funcional	Resultados contradictorios: *ECA multicéntrico sin diferencia vs placebo ¹⁸ ; estudio reciente mostró 76% respuesta vs. 14,9% placebo ¹⁷	Somnolencia, sequedad bucal, prolongación QTc	Baja (certeza GRADE)
Citalopram	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)	10-40 mg/día (20 mg/día) Uso <i>off-label</i>	Sin diferencia vs placebo en ECA ¹⁷ ; datos retrospectivos sugieren 61% mejoría ¹⁷	Similares a otros ISRS; 14% discontinuación por efectos adversos (somnolencia, boca seca)	Muy baja
Ciproheptadina	Antihistamínico H1; antagonista serotonina 5-HT ₂ ; antimuscarínico	0,15-0,25 mg/kg/día en 2 o 3 tomas Dosis máxima diaria: 2-6 años: 12 mg; 6-14 años: 16 mg	Puede atenuar la hipersensibilidad visceral. 86,7% resolución completa vs 35,7% placebo (RR 2,43) ¹⁷ ; 72,8% mejoría en serie retrospectiva ¹⁷	Somnolencia (13%), ganancia de peso (10%), irritabilidad (6%)	Baja
Gabapentina	Antiepiléptico; liga canales de calcio $\alpha_2\delta$	Variable según estudio	Evidencia muy limitada en dolor abdominal funcional pediátrico	Mareo, somnolencia	Muy baja
Mirtazapina	Antidepresivo tetracíclico; antagonista α_2 , 5-HT ₂ , 5-HT ₃	No establecida en niños Uso <i>off-label</i>	Eficaz en dispepsia funcional en adultos; datos pediátricos escasos	Sedación, aumento de apetito/peso	Muy baja (sin estudios pediátricos adecuados)

*ECA: ensayo controlado aleatorizado.

Fuente: elaboración propia.

M. TRATAMIENTO SEGÚN SUBTIPO DE TRASTORNO DE DOLOR ABDOMINAL

El tratamiento elegido se realizará de forma individualizada, con toma de decisiones compartidas y teniendo siempre en cuenta el balance entre eficacia y seguridad, así como disponibilidad, viabilidad y uso aprobado^{5,7}.

- **SII:** son fundamentales la educación y el abordaje inicial. La hipnoterapia y la TCC han mostrado beneficios y se recomiendan, si están disponibles. También existen resultados favorables, pero de baja evidencia para el uso de probióticos, suplementos de fibra dietética soluble (*psyllium*, goma guar hidrolizada, glucomanano) y aceite de menta (espasmolítico natural). Puede considerarse, aunque sin evidencia a favor o en contra, el uso de anticolinérgicos como el bromuro de otilonio, y dietas de reducción de FODMAP^{14,15}. En casos seleccionados, valorar amitriptilina a dosis bajas, ciproheptadina y uso de placebo. También se sugiere el uso de PENFS si está disponible. No se recomiendan antibióticos como la rifaximina ni espasmolíticos como la mebeverina y la drotaverina.
 - Para el **SII-E** se pueden utilizar laxantes como el polietilenglicol.
 - Para el **SII-D** se sugieren como una opción para control de síntomas, la loperamida y los secuestradores de ácidos biliares (colestiramina). La loperamida solo se puede usar con precaución en >12 años (induce prolongación del QT y efectos centrales a dosis altas). La colestiramina (perfil de seguridad favorable, aunque evidencia aún limitada en pediatría) restaura el equilibrio entre la síntesis de ácidos biliares y su reabsorción, disminuyendo la diarrea.
- **SDA-NEOM:** la educación es la primera línea de tratamiento. Valorar hipnoterapia y TCC. Con beneficios documentados, aunque de limitada generalización: aceite de menta, bromuro de otilonio, ciproheptadina, domperidona, probióticos y amitriptilina a dosis bajas.
- **SDAMC:** pueden aplicarse las estrategias del SII y el SDA-NEOM. Los factores psicosociales tienen un peso mayor; la atención multidisciplinar con colaboración familiar y escolar es fundamental. Si hay acceso a unidades de dolor crónico, pueden ofrecer tratamiento individualizado en equipos especializados.
- **SDB:** puede resolverse espontáneamente. Los tratamientos médicos (espasmolíticos, ácido ursodeoxicólico, neuromoduladores) no han sido suficientemente probados; la evidencia disponible se limita principalmente a los resultados del tratamiento quirúrgico.
- **SDE:** ninguna dieta específica resulta consistentemente eficaz; sin embargo, se puede recomendar comer despacio y con regularidad, evitar alimentos ricos en grasa y seguir una dieta sana y equilibrada. Se puede realizar una prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis habituales. En casos refractarios, se puede considerar tratamiento con ATC a dosis bajas y otros neuromoduladores, a pesar de la evidencia limitada de beneficio. Procinéticos como la domperidona pueden ser útiles para casos con vaciamiento gástrico enlentecido. La mirtazapina y la ciproheptadina también han mostrado eficacia en algunos estudios para el tratamiento de la DF. La PENFS parece ser un tratamiento prometedor.
- **MA:** no existen guías basadas en la evidencia para el tratamiento de la migraña. La educación es fundamental para tranquilizar a las familias. El tratamiento debe individualizarse según la frecuencia y la gravedad de los ataques, el impacto en la vida del niño y los posibles efectos secundarios. El tratamiento se basa principalmente en analgésicos. Si es posible identificar los desencadenantes, puede ayudar a prevenir los

episodios. En niños con crisis frecuentes o incapacitantes, puede considerarse tratamiento profiláctico con fármacos como pizotifeno, ciproheptadina, propranolol o flunarizina. Durante los episodios, se recomienda reposo y sueño, junto con tratamiento farmacológico oral o subcutáneo (sumatriptán, verapamilo, topiramato, aprepitant).

N. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL EN LOS TDA

Se considerará la derivación a Salud Mental para valoración y atención psicológica especializada si el dolor interfiere de forma significativa en la vida del paciente o de su familia, o si el paciente presenta síntomas de ansiedad o depresión evidente o subclínica.

ABREVIATURAS

DAC: dolor abdominal crónico; **DF:** dispepsia funcional; **MA:** migraña abdominal; **SDA-NEOM:** síndrome de dolor abdominal no especificado de otra manera; **SDAMC:** síndrome de dolor abdominal mediado centralmente; **SDB:** síndrome de dolor biliar; **SDE:** síndrome de dolor epigástrico; **SII:** síndrome de intestino irritable; **SII-E:** síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento; **SII-D:** síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea; **SII-M:** síndrome de intestino irritable con hábito intestinal mixto; **SII-NC:** síndrome de intestino irritable no clasificado; **TDA:** trastornos de dolor abdominal; **TICI:** trastornos de la interacción cerebro-intestino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vermeijden NK, de Silva L, Manathunga S, Spooler D, Korterink J, Vlieger A, *et al.* Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2025;155(2):e2024067677. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-067677>.
2. Zeiter DK. Abdominal pain in children. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(3):525-41. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.01.012>.
3. Gordon M, Groen J, Sinopoulou V, Chogle A, Di Lorenzo C, Saps M, *et al.* European and North American guidelines for treating irritable bowel syndrome and functional abdominal pain in childhood: a guide for health-care professionals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2025;9(11):808-16. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00209-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00209-3).
4. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1456-68. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015>.
5. Di Lorenzo C, Saps M, Chumpitazi BP, Rajindrajith S, Staiano A, Thapar N, *et al.* Lower and biliary disorders of gut-brain interaction: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1367-87. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.036>.
6. Rosen R, Borrelli O, Faure C, Karrento K, Krishnan U, Nurko S, *et al.* Rome V pediatric upper gastrointestinal disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2026;170(6):1347-66. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.039>.

7. Groen J, Gordon M, Chogle A, Benninga M, Borlack R, Borrelli O, *et al.* ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain not otherwise specified in children aged 4–18 years. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025;81(2):442-71. <https://doi.org/10.1002/jpn3.70070>.
8. Juste Ruiz M, Valverde Fernández J, Román Riechmann E. Trastornos funcionales del niño mayor. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2023:87-98.
9. Blesa Baviera LC. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 99-114 [en línea] [consultado el 22/07/2026]. Disponible en www.aepap.org/sites/default/files/099-114_criterios_roma_iv.pdf
10. Brown LK, Beattie RM, Tighe MP. Practical management of functional abdominal pain in children. *Arch Dis Child.* 2016;101(7):677-83. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306426>.
11. Elsenbruch S, Ballou S, Keefer L, Murphy TB, Van Oudenhove L, van Tilburg MAL, *et al.* Biopsychosocial Aspects of Adult and Pediatric Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology.* 2026;170(6):1205-23. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.009>.
12. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó I, Kurppa K, Mearin ML, Ribes-Koninckx C, *et al.* European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition guidelines for diagnosing coeliac disease 2020. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;70(1):141-56. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002497>.
13. Ribes-Koninckx C, Donat E, Benninga MA, Broekaert IJ, Gottrand F, Kolho KL, *et al.* The use of fecal calprotectin testing in paediatric disorders: a position paper of the ESPGHAN gastroenterology committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;72(4):617-40. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003046>.
14. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr.* 2016;55(3):897-906. <https://doi.org/10.1007/s00394-015-0922-1>.
15. Baranguán Castro ML, Ros Arnal I, García Romero R, Rodríguez Martínez G, Ubalde Sainz E. Implantación de la dieta baja en FODMAP para el dolor abdominal funcional. *An Pediatr.* 2019;90(3):180-86. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.025>.
16. Alonso N, Blanco E. Guía actualizada de fármacos más empleados en gastroenterología pediátrica. En: *Protocolo Gastrosuroeste 2025: guía farmacológica en gastroenterología pediátrica; 2025* [en línea] [consultado el 22/07/2026]. Disponible en www.ampap.es/wp-content/uploads/2025/09/GUIA-ACTUALIZADA-DE-FARMACOS-MAS-EMPLEADOS-EN-GASTROENTEROLOGIA-PEDIATRICA.pdf
17. Khasawneh M, Mokhtare M, Moayyedi P, Black CJ, Ford AC. Efficacy of gut–brain neuromodulators in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2025;10(6):537-49. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(25\)00051-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00051-2).
18. Seetharaman J, Poddar U, Yachha SK, Srivastava A, Sen Sarma M. Efficacy of amitriptyline in pediatric functional abdominal pain disorders: a randomized placebo-controlled trial. *J Gastroenterol Hepatol.* 2022;37(4):685-91. <https://doi.org/10.1111/jgh.15765>.