



TÍTULO: ENFERMEDADES DIGESTIVAS EN EDADES PEDIÁTRICAS

Autores: Niubelys Ramírez Balanqué

Naibelys Ramírez Balanqué

Forma de Contacto: niubelysrb@gmail.com, 56286242

Institución: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado".

País: Cuba

RESUMEN

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales figuran entre los motivos más frecuentes de consulta en pediatría y gastroenterología pediátrica.

Método: Se realiza una revisión bibliográfica en los múltiples buscadores.

Desarrollo: Se describen como las manifestaciones gastrointestinales crónicas y recurrentes que no pueden ser explicadas por una causa orgánica. Luego de varios intentos para clasificar estas condiciones, en 1988 se realizó el primer consenso de expertos que publicó los criterios de Roma I, los cuales se han modificado a través del tiempo, incluyendo los trastornos pediátricos. La última actualización se hizo en el año 2006, bajo la denominación de "criterios de Roma III". Esta clasificación incluye seis (6) grupos de condiciones en adultos, siete (7) grupos en neonatos y lactantes y tres (3) grupos para escolares y adolescentes, siendo los dos últimos el objetivo de esta revisión.

Conclusiones: Aunque la mayoría de los síntomas gastrointestinales en niños son de origen funcional, deben interrogarse siempre los signos de alarma mencionados, que obligan al clínico a descartar causas orgánicas en estos pacientes.

Palabras clave: dolor abdominal crónico, dolor abdominal recurrente, desórdenes gastrointestinales funcionales, criterios de Roma, síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional.

INTRODUCCIÓN

Introducción: Las manifestaciones digestivas en los niños son una causa frecuente de consulta en la práctica diaria; se estima que constituyen del 2 al 4% de la consulta pediátrica. Los síntomas pueden ser atribuidos a causas orgánicas o funcionales, siendo estas últimas las más frecuentes; de hecho, en menos del 10% de los casos se identifica una causa orgánica como origen de la sintomatología gastrointestinal. Para la definición de estos trastornos funcionales, se utiliza la clasificación de Roma III, actualizada, la cual diferencia entre los trastornos de adultos y los pediátricos, los que a su vez se dividen en trastornos para niños menores de cuatro (4) años, escolares y adolescentes.



Definición

Los trastornos funcionales se definen como una asociación de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes no explicados por alteraciones estructurales, bioquímicas o metabólicas. Constituyen un espectro amplio de enfermedades, incluyendo algunas que se relacionan con el nivel de desarrollo madurativo normal de los niños. Involucran factores fisiológicos, psíquicos y culturales, que aumentan la percepción de los síntomas y alteran la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Estos trastornos implican un reto para el pediatra, residente de pediatría y médico general, porque es difícil el enfoque diagnóstico y, consecuentemente, su tratamiento.¹

Epidemiología

Una vasta mayoría de los síntomas gastrointestinales en pediatría tienen una etiología funcional. Algunos datos muestran que las causas orgánicas constituyen menos del 20% de las consultas por estos motivos. En general, la prevalencia de estos trastornos es variable, según la población evaluada, y en muchos casos está subestimada, debido a la falla en su diagnóstico adecuado, se encontró que un 7% correspondió a consultas por dolor abdominal. El estreñimiento crónico funcional aumentó en un 5%. Además, el síndrome de intestino irritable, que no estaba dentro de las primeras 10 causas de consulta de gastroenterología pediátrica, observamos que la mayoría de nuestra población con estreñimiento crónico funcional debuta como dolor abdominal recurrente (51%). Como parte de la transición epidemiológica que no escapa a las enfermedades digestivas, los datos disponibles demostraron que el estreñimiento crónico infantil pasó a ocupar un importante lugar (frecuencia) en la consulta de gastroenterología pediátrica.¹

DESARROLLO

1. Regurgitación infantil (G1)

La regurgitación se define como el retorno involuntario de contenido gástrico hacia la boca. En lactantes es frecuente encontrar regurgitación, considerada parte del proceso madurativo normal y no como una condición patológica. La regurgitación se diferencia del vómito, principalmente porque este último implica una expulsión forzada del contenido gástrico mediada por reflejos centrales. El reflujo gastroesofágico se refiere al movimiento retrógrado del contenido gástrico.

REGURGITACIÓN DEL LACTANTE

Debe incluir TODOS los siguientes en lactantes sanos de 3 semanas a 12 meses:

- >2 regurgitaciones al día al menos por 3 semanas.
- Ausencia de náuseas, aspiración, apneas, hematemesis, dificultades alimentación o deglución, posturas anormales, falla de crecimiento.

La regurgitación se presenta en la mayoría de los recién nacidos y va disminuyendo con la edad hasta desaparecer alrededor de los 12 meses, como parte del proceso madurativo



normal. Toda regurgitación en mayores de 12 meses debe ser estudiada para descartar alteraciones anatómicas.

Debido a que la evolución natural de esta condición se caracteriza por una mejoría con el progreso en edad, el tratamiento está dirigido al alivio de los síntomas. Es de vital importancia la explicación a los padres para lograr una adecuada comprensión de la condición.¹

SIGNOS DE ALARMA

REGURGITACIÓN EN NEONATOS Y LACTANTES:

- Falla crecimiento.
- Hematemesis.
- Sangre oculta en heces.
- Anemia.
- Dificultades deglución.
- Llanto excesivo.
- Apneas.
- Aspiración.
- Posturas anormales.

2. Síndrome de rumiación infantil (G2)

Es un síndrome caracterizado por la regurgitación del contenido gástrico hacia la boca de forma voluntaria y autoinducida. Es diferente del síntoma funcional de rumiación que se asocia con reflujo gastroesofágico. Se considera un síndrome raro y es una emergencia psiquiátrica que se presenta en niños con privación emocional. El contenido regurgitado puede ser expulsado de la boca o masticado y deglutido nuevamente. Puede presentarse en pacientes enfermos que se encuentran en ambientes que impiden sus vínculos emocionales adecuados (hospitalizaciones prolongadas) o en niños sanos con mala interrelación con la madre o el cuidador sin vínculos adecuados.²

SÍNDROME RUMIACIÓN INFANTIL

Debe incluir TODOS los siguientes por lo menos tres meses:

- Contracciones repetitivas músculos abdominales, lengua y diafragma.
- Regurgitación contenido gástrico hacia la boca (expulsión o deglución).
- 3 o más de los siguientes:
 - Inicio entre los 3 y 8 meses.
 - No respuesta al manejo de RGE.
 - No se acompaña de náuseas o molestias.
 - No ocurre durante sueño o actividad.



3. Síndrome de vómito cíclico (G3)

Consiste en episodios recurrentes estereotipados de náuseas y vómito que pueden durar horas o días, incluyendo períodos intercríticos. Los episodios ocurren generalmente en intervalos regulares, a la misma hora del día y de igual duración para cada paciente, con predominio en las noches y en las mañanas. El pico de presentación de los síntomas es matutino, disminuyendo la intensidad de los síntomas a medida que transcurre el día. Puede acompañarse de palidez, dolor abdominal, cefalea, fotofobia, fiebre, taquicardia, deposiciones sueltas, fiebre y leucocitosis. En la mayoría de los casos se puede identificar un agente desencadenante del cuadro clínico. Se ha asociado a síndrome de intestino irritable y migraña. Deben descartarse otras causas orgánicas, como infecciones virales, alteraciones endocrinas y metabólicas. Generalmente existe el antecedente familiar de síndrome de intestino irritable y migraña.³

SÍNDROME VÓMITO CÍCLICO

Debe incluir los 2 siguientes desde el nacimiento hasta los 4 meses:

- Dos o más episodios de vómito paroxísticos estereotipados y/o náuseas intensas que duran horas o días.
- Retorno a estado de salud previo con intervalos libres de síntomas durante semanas o meses.

El tratamiento consiste en determinar los desencadenantes para evitarlos. Dependiendo de la severidad de los síntomas, pueden usarse agentes como amitriptilina, fenobarbital y propranolol. Si la severidad de los síntomas lo amerita, puede justificarse una sedación durante el episodio agudo.⁴

4. Cólico del lactante (G4)

Se define como un episodio paroxístico de irritabilidad y llanto en lactantes menores de cuatro meses de edad. Los episodios inician y terminan de manera súbita y tienden a presentarse en las tardes y en las noches. Generalmente ocurren en niños sanos con patrones de crecimiento normales. Este trastorno está incluido dentro de los trastornos funcionales gastrointestinales por ser un motivo frecuente de consulta y remisión a gastroenterología pediátrica, y, así mismo, para evitar diagnósticos y tratamientos innecesarios. Existen múltiples hipótesis sobre la causa de estos episodios, pero no hay evidencia de que sean desencadenados por dolor abdominal o dolor en algún otro lugar, puesto que por definición no son generados por una causa orgánica. Se considera que pueden ser parte de la curva normal del llanto de los lactantes sanos y tienden a la resolución espontánea hacia el cuarto mes de vida. El manejo primordial consiste en tranquilizar a los padres. Se pueden adoptar algunas medidas conductuales no analgésicas ni nutricionales que podrían disminuir o detener el llanto.⁵



5. Diarrea funcional (G5)

Se considera una causa frecuente de consulta en la infancia y generalmente los padres acuden por diarrea de evolución prolongada o crónica. Se define como la presencia de deposiciones líquidas o semilíquidas en lactantes o preescolares, que tiene un inicio insidioso y no tiene repercusión en la curva ponderal. Generalmente no produce impacto en el estado general del niño y se resuelve espontáneamente al llegar a la edad escolar.⁶

Habitualmente, se observan deposiciones con moco y de características lientéricas (presencia de alimentos no digeridos). Es importante interrogar la presencia de infecciones gastrointestinales previas, alergias alimentarias, uso de antibióticos o laxantes previo al inicio de los síntomas. Frecuentemente esta diarrea se encuentra relacionada con una ingesta de abundantes jugos de frutas (naturales o industrializados), bebidas carbonatadas y alimentos o bebidas con alto contenido de azúcares. En la mayoría de los casos no se requiere un tratamiento específico, ya que se resuelve espontáneamente. Deben evitarse las dietas restrictivas hipocalóricas que pueden afectar el estado nutricional de los niños. La educación de los padres es fundamental como parte del tratamiento.⁷

6. Disquecia infantil (G6)

El término disquecia se atribuye a los episodios de esfuerzo y llanto asociado con el paso de las deposiciones blandas; generalmente duran de 10 a 20 minutos y mejoran con el paso de la deposición. Se considera una condición benigna que inicia en los primeros meses de vida y se resuelve espontáneamente. El proceso de la defecación requiere la coordinación entre el aumento de la presión intraabdominal y la relajación del piso pélvico. En estos niños, la disquecia infantil se ha atribuido a una falta en la coordinación de estos dos mecanismos, puesto que se considera que la defecación es un proceso de aprendizaje que se mejora al lograr el entrenamiento. Debe evitarse el uso de estímulos rectales en estos pacientes, pues se consideran estímulos sensoriales artificiales que pueden alterar la defecación. Tampoco se requiere el uso de laxantes. ⁸

7. Estreñimiento funcional (G7)

El estreñimiento es uno de los motivos de consulta más frecuente en la consulta externa de pediatría y urgencias. Es muy frecuente que se presenten síntomas por estreñimiento funcional en niños menores de dos años de edad. El pronóstico de estos pacientes es mejor a menor duración del estreñimiento y especialmente si el tratamiento se inicia antes de los dos años de edad. La incontinencia fecal o encopresis es frecuente en los lactantes y niños pequeños con estreñimiento funcional; la retención fecal generalmente es secundaria al miedo de la evacuación por el paso doloroso de las heces gruesas y de gran tamaño. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico, y normalmente no requiere soporte con laboratorios ni imágenes. El inicio de la presentación se ha asociado a tres eventos en particular: el cambio de la leche materna por fórmula o introducción de alimentos sólidos, la fase de entrenamiento del control de esfínteres, ya que en ocasiones perciben la defecación como un proceso doloroso, y el inicio del colegio, por evitar la deposición en la jornada escolar. Los niños que hacen retención fecal usualmente se presentan con posturas o actitudes retentivas como esconderse, flexionar las piernas y



pararse en puntas de pies. La encopresis puede ser interpretada por algunos padres como episodios de diarrea. El tratamiento incluye una fase de desimpactación fecal, uso de laxantes, modificación de hábitos y reentrenamiento con educación a los padres, enfocada principalmente para hacer perder el miedo a la defecación.⁹

CONCLUSIONES

Los trastornos gastrointestinales funcionales son uno de los motivos de consulta más frecuentes para el pediatra, residente de pediatría y gastroenterólogos pediatras, e implican por lo tanto un reto diagnóstico que requiere el adecuado conocimiento y entendimiento de estas condiciones clínicas. Es fundamental tener claridad de los criterios diagnósticos y conocer todas las patologías de manera adecuada, para evitar la toma innecesaria de exámenes de laboratorio e imágenes y, así mismo, facilitar el diagnóstico y el tratamiento más apropiado para cada paciente. Los criterios de Roma III ayudan al clínico a orientar los pacientes con trastornos funcionales dentro de la categoría adecuada según la edad de presentación, por lo cual deben tenerse como una herramienta a la mano en la consulta pediátrica. La adecuada implementación y uso de los criterios por parte de todo el personal médico que atiende niños permite realizar diagnósticos adecuados que facilitan la estimación de la incidencia y prevalencia de estas patologías. Finalmente, es importante recordar que, aunque la mayoría de los síntomas gastrointestinales en niños son de origen funcional, deben interrogarse siempre los signos de alarma mencionados, que obligan al clínico a descartar causas orgánicas en estos pacientes.

RECOMENDACIONES

Este trabajo va dirigido a todos los lectores tanto de la salud como fuera de este espacio, a los pacientes más pequeños del hogar como a sus familias. Este trabajo va recomendado a los futuros especialistas de esta hermosa rama de la gastroenterología y a los estudiantes de las ciencias médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al.; AAP Subcommittee; NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. Chronic Abdominal Pain in Children: a Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2022;40(3):249-61.
2. Collins BS, Thomas DW. Chronic abdominal pain. *Pediatr Rev* 2022;28(9):323-31.
3. Daza W, Dadán S, Betancurt E, Gómez AI. Epidemiology of pediatric gastroenterology in a referral Hospital of Colombia. *WCPGHAN 3 - World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. Medimond; k816S5304;104-07.



4. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2022;130(5):1519-26.
5. Miele E, Simeone D, Marino A, Greco L, Auricchio R, Novek SJ, et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics* 2022;114(1):73-8.
6. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2021;130(5):1527-37.
7. Uc A, Hyman PE, Walker LS. Functional gastrointestinal disorders in African American children in primary care. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2021;42(3):270-4.
8. Veereman-Wauters G. The Quest for Light in the Misty Frontierland of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders: Act II: Rome III Criteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2021;43(2):156-7.
9. Zolezzi A. Las enfermedades funcionales gastrointestinales y Roma III. *Rev Gastroenterol Perú* 2021;27:177-84.