

# Trastornos Funcionales Digestivos del Lactante

## Functional Digestive Disorders in Infants

**Fecha de recepción:** March 06, 2020, **Fecha de aceptación:** March 18, 2020, **Fecha de publicación:** March 25, 2020

### Resumen

Los trastornos funcionales digestivos en el lactante son un conjunto de sintomatología gastrointestinal de larga evolución que no son debidas a anomalías estructurales o a nivel bioquímico. Esto interfiere con la calidad de vida tanto del lactante como de sus familiares, por lo que es una de las consultas más frecuentes en pediatría. Por tanto, en un consenso se revisaron los Criterios de Roma, utilizados para el diagnóstico, en el 2016 actualizaron los criterios tanto en niños como para adultos; para fines prácticos se conocen como Criterios pediátricos Roma IV. Se dividen en dos grupos, menores de cinco años y en niños de cuatro a 18 años. En esta revisión nos centraremos en aquellos que afectan a los lactantes. De los principales trastornos gastrointestinales podemos mencionar; cólico del lactante, la disquecia del lactante, la regurgitación del lactante, el síndrome de rumiación del lactante, síndrome de vomito cíclico, la diarrea y el estreñimiento funcional. Los tratamientos varían dependiendo de la sintomatología gastrointestinal y la edad.

**Palabras clave:** Consenso; Lactante; Cólico; Vómitos

### Abstract

Functional digestive disorders in the infant are a set of gastrointestinal symptoms that can be chronic or recurrent that are not explained by structural abnormalities or at the biochemical level. This interferes with the quality of life of both the infant and their relatives, making it one of the most frequent consultations in pediatrics. Therefore, in a consensus the Rome Criteria, used for diagnosis were reviewed, in 2016 they updated the criteria in both children and adults; for practical purposes they are known as Pediatric Rome IV Criteria. They are divided into two groups, under five years old and in children from four to 18 years old. Of the main gastrointestinal disorders we can mention: Infant colic, infant disquecia, infant regurgitation, infant rumination syndrome, cyclic vomiting syndrome, functional diarrhea and constipation. Also, treatments vary depending on the gastrointestinal symptoms and age.

**Keywords:** Consensus; Infant; Colic; Vomiting

### Introducción

Los trastornos digestivos funcionales se describen por ser un conjunto de alteraciones del sistema digestivo, recurrentes o crónicos, molestos pero que no afectan el desarrollo del niño y

se puede decir que muchos de estos se deben a una situación fisiológica que se ve determinada por la edad [1].

Sus manifestaciones clínicas se presentan de una manera leve, sin embargo, son síntomas que preocupan a los padres y es

**Issell Nicolle Aguirre<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Bulnes<sup>1</sup>, Andrea Orellana Gómez<sup>2</sup>, Bessy Nicole Suazo<sup>2</sup>, Edgardo Modesto Mercado<sup>2</sup>, Gabriela Murillo Mejía<sup>2</sup>, Heber Daniel Fortin<sup>2</sup>, Héctor Edgardo García<sup>2</sup>, María Nohel Atuán<sup>2</sup>, Marinel Barralaga Montoya<sup>2</sup> and Mirna Hernandez Artica<sup>2</sup>**

1 Especialista en Pediatría

2 Alumnos IV año de Medicina, UNITEC

#### \*Correspondencia:

Issell Nicolle Aguirre

✉ josejbohorquez@gmail.com

por ello que es importante realizar un buen diagnóstico en estos pacientes, para poder darle un tratamiento adecuado y de esta manera evitar complicaciones a largo plazo [1].

Es necesario que los padres sigan el tratamiento como es indicado, así su niño va a tener una recuperación favorable. De lo contrario, algunas de las complicaciones que pueden presentar estos pacientes son: trastornos del sueño, de conducta, de alimentación, síndrome de ansiedad, entre otros.

En Pediatría son una de las principales causas de consulta sobretodo en lactantes por lo que decidimos enfocarnos en este grupo etario.

## Epidemiología

La prevalencia de trastornos digestivos en lactantes es muy elevada. A nivel mundial en Europa y Asia la prevalencia es de 38.0%, en Estados Unidos 27.1%, y en Latinoamérica encontramos en Venezuela un 8.7% siendo La regurgitación el trastorno mas frecuente [2].

Gracias a estos estudios realizados se ha logrado mejorar el diagnóstico, el tratamiento y se ha reducido el número de ingresos en los hospitales por Trastornos Digestivos Funcionales en lactantes [3].

## Trastornos Digestivos Funcionales

Se describen como un conjunto de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, que no se deben a una causa orgánica sin embargo son síntomas molestos que interfieren con la calidad de vida del niño y de su familia. En 2016 se ha publicado la última revisión de los criterios Roma IV, siendo la 3ra para Pediatría.

La sintomatología depende del trastorno; los principales trastornos gastrointestinales en el lactante son: rumiación, regurgitación del lactante, síndrome de vómito cíclico, cólico del lactante, diarrea funcional, disquecia infantil y estreñimiento funcional. A continuación, realizaremos una breve descripción de cada uno de los trastornos previamente mencionados [4].

## Regurgitación del Lactante

La regurgitación es un retorno involuntario de alimentos deglutidos, sin esfuerzo.

Este es un trastorno funcional fisiológico que se presenta en niños de 3 semanas a 12 meses de edad. Ocurre sin náuseas, sin hematemesis, sin dificultad en la alimentación o deglución y sin posturas anormales ya que es un trastorno fisiológico, por lo cual no ocasiona alteraciones en la vida cotidiana del niño [1].

Para explicar el origen de estos trastornos, hay que tener en cuenta la interacción de factores biológicos, actuando sobre un aparato digestivo inmaduro, que está en crecimiento rápido, y a factores como la postura en decúbito y de una alimentación casi líquida.

Este trastorno es más frecuente en el primer mes de vida y disminuye gradualmente a partir del 5to mes. Al año de vida, es del 4% y es infrecuente a los 18 meses. La evolución natural de la regurgitación es más corta en los lactantes amamantados.

Tienen mayor riesgo los niños prematuros, niños con retardo madurativo y con anomalías congénitas [1].

## Los criterios diagnósticos incluyen

Historia de dos o tres regurgitaciones diarias durante un mínimo de 3 semana que no presente náuseas, hematemesis, aspiración, apneas, retraso del desarrollo ni posturas anómalas, que sean lactante sano entre 1-12 meses y que no presente signos ni síntomas de alteración metabólica, gastrointestinal o del sistema nervioso central (SNC) que explique los síntomas.[4]

Los signos o síntomas de alarma que podrían indicar una causa orgánica será pobre ganancia de peso, deshidratación y anemia [2].

Para el diagnostico se requiere de una buena anamnesis y un buen examen físico y descartar los signos o síntomas de alarma y así poder descartar una enfermedad por reflujo gastroesofágico que es el principal diagnóstico diferencial de este trastorno. No es necesario ningún método radiológico para diagnosticar dicho trastorno [4].

El enfoque terapéutico está basado prácticamente en informar a los padres que es algo fisiológico del niño y que resuelve espontáneamente cerca del año. Informarle cuales son los signos de alarma y por lo cuales tiene que llevar al niño a un centro asistencial o al pediatra. También medidas conservadoras, como la posición en el periodo postprandial inmediato, puede mejorar las regurgitaciones [15].

## Rumiación

Dentro de los trastornos digestivos funcionales en lactantes se encuentra el Síndrome de Rumiación que se caracteriza por expulsar el contenido gástrico no digerido de manera repetida o involuntaria a la cavidad oral [4].

Dentro de los más propensos son los que presentan problemas neurológicos [4].

Según Roma IV un paciente que se sospeche con síndrome de rumiación debe contener los siguientes criterios como; una expulsión repetida de tipo alimenticio, ya que esa es una característica de este síndrome que lo diferencia de vómitos a repet 5].

## Síndrome de Vómito Cíclico

Es una expulsión de forma forzada el cual es contenido gástrico por la boca, también se puede caracterizar por episodios intensos de vomito que su causa se desconoce, estos episodios tienden a durar de horas a días teniendo un mismo horario y tiempo [2].

## Debe cumplir todo lo siguiente

1. Dos o más episodios paroxísticos de vómitos incoercibles con o sin náuseas, que duran de horas a días, dentro de un periodo de seis meses.
2. Los episodios son estereotipados en cada paciente.
3. Los episodios están separados por semanas a meses con retorno a la situación basal.

Típicamente empiezan a la misma hora del día, preferentemente en la tarde-noche o por la mañana temprano, y son de duración similar en cada paciente, con inicio y fin bruscos. Pueden acompañarse de palidez, debilidad, hipersalivación, dolor abdominal, intolerancia a ruidos, luz y olores, dolor de cabeza, heces sueltas, fiebre, taquicardia, hipertensión, ronchas y leucocitosis. Se asocia con antecedentes maternos frecuentes de migraña. Y puede estar relacionado con factores psicosociales.

Para reducir la intensidad de los episodios se establecerá una pauta de actuación domiciliar así como en los servicios de Urgencias. Se puede utilizar bloqueadores de la secreción ácida, ondansetrón y fluidoterapia IV si así lo requiere. Se deben identificar y evitar los desencadenantes [4].

## Cólico del Lactante

Wessel et al describieron el cólico como un lactante que presenta llanto intenso lo cual sigue siendo válido. Se define como un síndrome que se caracteriza por un llanto excesivo y muy repetido de predominio nocturno. Se determina como regla de tres: un llanto que dura más de tres horas al día, más de tres días a la semana y que persiste por más de tres semanas [1]. El llanto del lactante debe incluir cuatro criterios: paroxismo, llanto diferente al normal que suele ser más intenso y con tono más alto, hipertonía, e inconsolable [2].

### Su causa se desconoce, pero existen múltiples teorías como

**Causas psicológicas:** es el resultado de un carácter muy difícil por parte del niño al que suma las alteraciones de una relación padre e hijo. Una posibilidad son los cambios en la conducta paterna que alteran el llanto de los niños, también relacionado el nivel socioeconómico como hábitos fumadores, edad y ansiedad.

**causas gastrointestinales:** es una consecuencia de la hipertonicidad y la inmadurez del tracto gastrointestinal, algunos autores han descrito la hipertonía transitoria del esfínter anal que origina ondas contráctiles del intestino grueso que son intensas y dolorosas.

**Factores hormonales:** Estos pacientes han mostrado niveles bajos de colecistoquinina que funciona en la contracción post prandial de la vesícula biliar, y cuanta con factores tranquilizadores. Además, presentan niveles de motilidad basales elevados, lo que lleva a aumentar el vaciamiento gástrico, aumenta el peristaltismo y disminuirá el tiempo del tránsito intestinal y ocasiona dolor; por último presentan niveles altos de serotonina lo que desencadena el cólico, aunque esta sin aclarar la etiología.

**Intolerancia a la lactosa:** una deficiencia de la lactasa puede contribuir a la aparición del cólico, la lactosa que no se absorbe en el intestino sobre el sustrato para lactobacilos y bifidobacterias que ayudan a la fermentación de la lactosa lo que produce con rapidez ácido láctico e hidrógeno, el hidrógeno producirá una distensión abdominal lo que provoca dolor y un efecto osmótico que aumentará más distensión abdominal [2].

**Meteorismo:** estudios mencionan que el aumento de aire intraintestinal excesivamente es un posible causante de episodios

de cólicos, este será la consecuencia de una aerofagia secundaria al llanto inconsolable o el aumento de gases producido por el aumento de bacterias por la mal absorción de carbohidratos. Alteración de la microflora intestinal: esta manifestación se observa más en niños con cólicos severos, es muy distinta a los niños sin cólicos. Se ha estudiado por métodos moleculares la colonización de coliformes productores de gases donde encuentran las bacterias coliformes como la E. Coli es la más abundante en los lactantes. Inflamación de la mucosa intestinal: se ha publicado que las tasas de calprotectina fecal se encuentra muy aumentada donde se duplica en niños con cólicos. Estreñimiento: se ocasiona por la inmadurez neurológica del colon que provoca una lentitud en las evacuaciones [2].

**Causas dietéticas:** Alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca: algunos autores han demostrado que por medio de la elevación de la inmunoglobulina G bovina se genera el efecto del cólico. Alergia a otro alimento: la transferencia de los antígenos que están intactos a la comida o a la leche materna se exponen a la mucosa y a los alérgenos potenciales que son capaces de producir reacciones inmunológicas. Inmadurez neurológica: en esta etapa se tiene que adaptar a el ritmo de sueño-vigilia y más que todo el de vigilia ya que al madurar alrededor de los 3 meses se puede explicar la remisión de los síntomas. Otras causas: se ha determinado la relación en una mayor incidencia en prematuros, tabaquismo materno, depresión materna pre o post parto [2].

Dentro de los factores de riesgo se encuentran las madres fumadoras, los parches de nicotina y los prematuros [2].

### En cuanto al diagnóstico, algunos datos fundamentales en anamnesis

¿Cuándo y cómo se produce el llanto? ¿Duración del llanto? ¿Qué hacen los padres o el encargado cuando el niño llora? ¿Qué come? ¿Cuántas veces defeca? ¿Cuántas horas duerme? ¿Cómo se alimenta? [14].

**El tratamiento suele ser integral, multifactorial. Modificación de la dieta:** Lactancia: se realizó una revisión en 2012 donde reportó que la eliminación de la proteína de leche de vaca en la dieta materna es una estrategia común de los cólicos, por medio de los resultados se concluyó que la baja presencia de alérgenos en la leche materna se relaciona como beneficio para disminuir los cólicos, pero se deben de interpretar con gran cuidado en la modificación de la dieta materna [14].

**Probiótico:** los más utilizados son Lactobacillus spp. Y Bifidobacterium spp. En especial L. Reuteri. Reducen la inflamación intestinal por medio de la modulación de los receptores Toll Like y los niveles proinflamatorios de las citoquinas. La preservación de la barrera de la mucosa, la función del epitelio intestinal y la reducción de la translocación de la luz intestinal a los linfáticos mesentéricos. También ayuda a el aumento de la producción de ácidos grasos de cadena corta que ayuda a mejorar la sensibilidad visceral, la percepción del dolor, competirán con los patógenos cólicos en la adhesión epitelial y disminuye la distensión gástrica cambiando la motilidad intestinal [14].

**Modificación de la conducta:** el llanto inconsolable estará asociado con el síndrome de bebé sacudido cuando son valorados el riesgo es alto y estos cólicos se consideran como urgencia [7].

**Videos con entrenamiento:** estos videos han sido desarrollados para cuidadores que sufren estrés o presentaban dudas de paternidad, los padres serán filmados para aumentar la sensibilidad de las señales de su hijo [7].

**Swaddling:** la técnica de empaquetamiento ha sido desarrollada para la disminución del llanto excesivo en Alemania, donde se ha determinado que el sostén es la base fundamental del manejo del cólico [7].

**Masaje:** es de gran beneficio donde mejora la relación de madre/hijo y se estimula la parte sensorial [7].

## Tratamiento farmacológico

**Agentes anticolinérgicos:** clorhidrato de dicitomina, es el único que se ha demostrado ser eficaz en el alivio del cólico, pero su uso no está aconsejado por la presencia de importantes efectos adversos

**Agentes tensoactivos:** la dimeticona conocida como Simeicona ayuda a reducir la superficie de tensión de las burbujas del tracto gastrointestinal, ayuda a expulsar los gases con mucha más facilidad.

**Espasmódicos:** Metrylscopolamine es un relajante muscular, se efecto no es seguro.

**Seguimiento a corto plazo:** la mayoría resuelven en 3 meses de edad, estos cólicos pueden llevar a discontinuar precozmente la lactancia.

**Seguimiento a largo plazo:** lo asocian a problemas de comportamiento, dolores abdominales o alteraciones en el funcionamiento familiar [7].

## Diarrea Funcional

Conocida como la diarrea del niño pequeño; diarrea crónica inespecífica o colon irritable de la infancia, conocida como benigna [8].

Según los criterios de Roma II, la diarrea funcional es aquella que tiene duración de más de 4 semanas, con pasaje recurrente sin dolor de tres o más heces grandes y amorfas, y con las características siguientes:

- a) el comienzo agudo de los síntomas se produce entre los 6 y 36 meses de edad.
- b) el pasaje de heces ocurre en horas de vela (diurnas).
- c) no hay fallo del crecimiento si la ingesta calórica es adecuada [8].

En los criterios de Roma IV, La frecuencia en la defecación requerida para el diagnóstico de diarrea funcional ha cambiado de 3 a 4 evacuaciones por día, basados en los hallazgos del estudio de Tilburg et al. [4].

El tratamiento para esta patología debe basarse en el esquema de alimentación de acuerdo con las pérdidas que

conlleva con la diarrea disfuncional, por lo tanto, tiene que ser variada, equilibrada, balanceada, adecuada y suficiente. Suplementos de zinc y vitaminas con supresión de líquidos y golosinas. Debido a su difícil diagnóstico y manejo se debe de dar un manejo integral conjunta con pediatría y gastroenterología [8].

## Disquecia Infantil

La disquecia infantil es una es una dificultad para defecar que se da por falta coordinación y control de los músculos que participan en el proceso fisiológico de lo que es la defecación. Esto se debe a que los lactantes aún no han desarrollado el reflejo de la defecación. La disquecia infantil es una patología benigna, que en algunos casos se puede confundir con el estreñimiento, ya que estos dos son muy parecidos, pero en la disquecia, aunque las heces del paciente sean blandas tiene dificultad para expulsarlas, esto da como resultado de un sistema inmaduro del lactante o por una falta de coordinación entre el incremento de la presión intraabdominal y la relajación del suelo pélvico [2,7].

Los síntomas en esta enfermedad suelen empezar en los primeros meses de vida, pero se dice que se resuelven espontáneamente en aproximadamente 3-4 semanas. Entre los síntomas que puede presentar un paciente con disquecia infantil está el llanto, gritos, esfuerzo y enrojecimiento facial por varios minutos y que intenta defecar varias veces al día [7].

Para el diagnóstico de esta enfermedad el paciente debe de cumplir ciertos criterios en pacientes menores de 9 meses, los criterios son los siguientes, el primero es por lo menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes de la defecación (independiente si fue exitosa o no) y el segundo criterio es no tener otros problemas de salud [2].

El tratamiento para esta enfermedad consta en primero que todo hacerle entender a los papás o cuidadores del paciente que no necesita de ninguna intervención y luego se les debe de decir a los papás que deben estimular al bebé a defecar y que a este se le facilite, ya sea ayudándole a flexionar las piernas cuando intente defecar o también hacer un masaje abdominal suave; y también se les debe de sugerir el uso de laxantes para hacer más fácil la expulsión de las heces [7].

## Estreñimiento Funcional

El estreñimiento funcional en lactantes es uno de los trastornos más frecuentes. Se puede encontrar en un 0.7% a 29.6% alrededor del mundo y se presenta más en niñas que en varones. Esta patología se caracteriza por una disminución en las evacuaciones, lo que ocasiona que haya una retención de heces [9].

El paciente refiere evacuaciones dolorosas con excesivo pujo, ya que las heces son grandes y duras. En algunos casos el paciente presenta incontinencia fecal, ya que existe un descontrol en el esfínter. La causa del estreñimiento en pacientes pediátricos es funcional en el 90% de los casos, el otro 10% son secundarias, ya que podría ser por condición anormal subyacente [9].

El diagnóstico de dicha enfermedad se debe de basar en una buena historia clínica y un examen físico completo y dirigido. El

interrogatorio es importante para no confundir un estreñimiento con una disquecia. Para poder apoyar nuestro diagnóstico podemos utilizar estudios de imagen que nos darían una mejor orientación. La radiografía simple de abdomen es un estudio muy útil en el diagnóstico para que nos muestre el acumulo de heces. Otro estudio muy útil pero solo en casos que se sospeche de una malformación congénita podemos utilizar el colon por enema, donde con un medio de contraste podemos tener una mejor delimitación de los órganos y ver donde está el defecto que provoca el estreñimiento [9,10].

El tratamiento se basa en la educación los padres, dieta y el tratamiento farmacológico. El objetivo del tratamiento es que el niño vuelva a tener evacuaciones eficientes y no dolorosas. Realizando un

cambio en la dieta del niño, debe de aumentar el consumo de fibras y líquidos para evitar esa compactación de heces. El uso de laxantes con supervisión para encontrar la cantidad exacta que necesita el paciente para poder defecar sin problemas [9,10].

## Conclusión

Debido a que los trastornos funcionales gastrointestinales son de las patologías más frecuentes, surge la necesidad de realizar este tipo de revisiones actualizadas para poder comprender la fisiopatología, poder realizar un diagnóstico clínico y brindar el menor tratamiento para el paciente. Evitando de esta manera, las complicaciones que pueden afectar a los lactantes en un futuro.

## Referencias

1. Ortega Páez E, Barroso Espadero D (2013) Cólico del lactante. *Pediatría Aten Primaria* 15: 81-87.
2. Velasco Benítez CA, Saps M, Chanís R, Játiva E, Mejía M, et al. (2018) Desórdenes gastrointestinales funcionales en lactantes y preescolares latinoamericanos. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de gastroenterología, hepatología y Nutrición pediátrica (SLAGHNP). *Acta Gastroenterológica Latinoam* 48: 56-64.
3. Corona G, Antonio E (2017) Diarrea aguda, prolongada y persistente en niños y su diferencia de la diarrea crónica. *MEDISAN* 21: 2047-2060.
4. Blesa Baviera LC (2017) Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. En: AEPap (ed.) *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ediciones pp: 99-114.