TRASTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES PEDIÁTRICOS Criterios roma iv

Dr. Luis Carlos Blesa Baviera
Pediatra CS Valencia Serrería II
GT Gastroenterología y Nutrición
de la AEPap

Grupo Gastroenterología y Nutrición

14º curso actualización pediatría 2017

Cronograma del taller

I. Generalidades (15’)

II. Trastornos digestivos funcionales en menores de 5 años (30’)

- Casos clínicos y preguntas (15’)

III. Trastornos digestivos funcionales en niños y adolescentes (4-18 años) (30’)

- Casos clínicos y preguntas (15’)

Introducción

- **Trastornos digestivos –o gastrointestinales– funcionales (TDF o TGIF)**:
  - ✓ Conjunto de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes
  - ✓ No explicados por anomalías estructurales o bioquímicas
  - ✓ Con interferencia importante en la calidad de vida del niño y su familia
  - ✓ Carecen de marcadores biológicos objetivos
  - ✓ Para su identificación solo podemos utilizar síntomas

Breve recuerdo histórico de los criterios diagnósticos Roma

- **Criterios Roma I (1990)**: Solo del adulto
- **Criterios Roma II (1999)**: Primera clasificación pediátrica
  - Basada en síntomas, igual que en el adulto
  - 4 trastornos principales: vómitos, dolor abdominal, diarrea funcional y trastornos de la defecación
- **Criterios Roma III (2006)**: Modelo psicosocial
  - Más inclusivos. Se mantiene la clasificación por síntomas. En el adulto la clasificación se basa ya en el órgano afecto
  - Dos categorías pediátricas según la edad:
  - < 5 años (*neonate-toddler* = neonato y niño pequeño –lactante y preescolar–)
  - 4 a 18 años (*child-adolescent* = niño escolar y adolescente)
- **Criterios Roma IV (2016)**: Modelo biopsicosocial
  - **Trastornos de la interacción cerebro-intestino**
  - Se mantiene la clasificación por síntomas y la división en dos tramos de edad

Epidemiología

- **Prevalencia muy elevada** en población aparentemente sana
  - Dificultad en establecer cifras globales reales por la gran heterogeneidad de las definiciones usadas en los diferentes estudios y países.
- Cada una de estas entidades se presenta en un **tramo de edad característico**.

Epidemiología en población < 1 año y preescolar

- Revisión[1] reciente de estudios realizados **hasta el año de edad**: **Gran disparidad**, reflejo de las múltiples definiciones empleadas
  - Cólico del lactante: 2-73%
  - Regurgitación: 3-87%
  - Estreñimiento funcional: 0,05-39%
  - Diarrea funcional: 2-4,1%
  - Disquecia: 0,9-5,6%

- Estudio[2] en EE.UU. en población **preescolar**, basado en criterios Roma III, se observó una **prevalencia global del 27% en menores de 4 años**. Según tramos de edad:
  - Primer año: Regurgitación 25%, cólico 6%
  - Segundo y tercer año: Estreñimiento funcional 9,4%, diarrea funcional 6,4% y síndrome de vómitos cíclicos 6,4%

1. Vandenplas Y, et al. Prevalence and health outcomes of functional gastrointestinal symptoms in infants from birth to 12 months of age. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015;61:531-7.
2. van Tilburg MA, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. J Pediatr. 2015;166:684-9.

Epidemiología en población escolar

- **Prevalencia global del 20-40%, según fuentes** (23,1% según criterios Roma III, en EE.UU, 2016*)
  - Trastornos de la defecación: 10-20%
  - Trastornos relacionados con el dolor abdominal: 10-20%
  - Trastornos relacionados con los vómitos y la aerofagia: 0,5-4%

*Lewis ML, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. J Pediatr. 2016;177:39-43e3

Fisiopatología

- Se impone el **modelo biopsicosocial**: Interacción compleja entre factores de vulnerabilidad genética, ambientales, psicológicos y psicosociales que, junto con experiencias tempranas en la vida, configurarían la habilidad del SNC y digestivo para adaptarse a los cambios fisiológicos o de estrés.
- Una función intestinal alterada implicaría **alteraciones en el procesamiento central de las señales de dolor del sistema digestivo**, con una hipersensibilidad visceral y/o una posible desregulación inmune mucosa y microbiana.
- Se explican como una **disfunción del eje cerebro-intestino**.

Román E. Mesa redonda de Gastroenterología: Trastornos funcionales gastrointestinales. Rev Esp Pediatr. 2016;72:113-7

TDF en los menores de cinco años. Generalidades

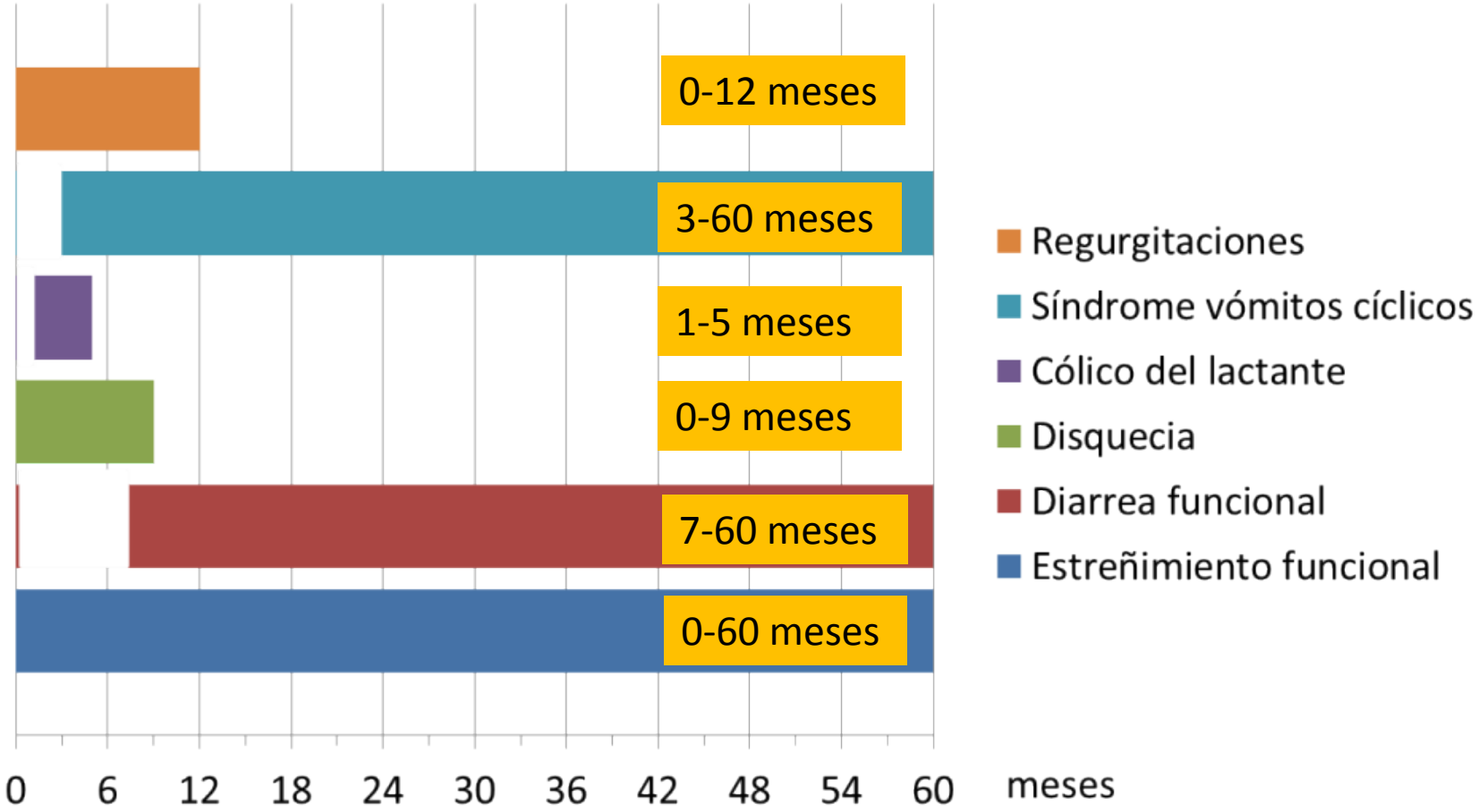
- Combinación variable de síntomas, crónicos o recurrentes
- A veces acompañan un desarrollo normal, otras resultan de una respuesta maladaptativa a estímulos externos o internos
- Expresión clínica variable con la edad
- Dependen de los relatos e interpretaciones de los padres y de las observaciones de los clínicos
- La decisión de solicitar ayuda médica resulta de la preocupación de los cuidadores
- No solo diagnosticar, sino también reconocer el impacto en la familia

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

¿Cuáles son los TDF en los menores de 5 años?

- ✓ **G1. Regurgitaciones del lactante**
- ✓ **G2. Síndrome de rumiación infantil**
- ✓ **G3. Síndrome de vómitos cíclicos**
- ✓ **G4. Cólicos del lactante**
- ✓ **G5. Diarrea funcional**
- ✓ **G6. Disquecia infantil**
- ✓ **G7. Estreñimiento funcional**

Edad de presentación de los TDF en los menores de 5 años



G1. Regurgitación del lactante. Definiciones

- **Reflujo gastroesofágico (RGE)**: paso retrógrado involuntario de contenido gástrico al esófago.
- **Regurgitación**: si el RGE es suficientemente intenso para ser apreciado.
- **Vómito**: reflejo del SNC que involucra tanto a musculatura autonómica como esquelética, con expulsión violenta del contenido gástrico.
- **Rumiación**: masticación y deglución de contenido alimentario retornado a faringe y boca, previamente ya masticado y deglutido.
- **Enfermedad por RGE (ERGE) o RGE patológico**: si el RGE causa complicaciones o produce daño tisular o inflamación.

G1. Regurgitación del lactante. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir los 2 siguientes, en un niño sano de 3 semanas a 12 meses de edad:
  1. Dos o más regurgitaciones por día durante 3 o más semanas
  2. Ausencia de náuseas, hematemesis, aspiración, apnea, fallo de medro, dificultades de alimentación o deglución o posturas anormales

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

G1. Regurgitación del lactante. Evaluación clínica

- Prevalencia del **41-67% en lactantes sanos de 4 meses** de edad, momento de máxima expresión.
- **Comienza a declinar a partir de los 6 meses** de edad (maduración, alimentación semisólida, más tiempo en posición favorable…).
- **No precisa de exploraciones complementarias**, pero la anamnesis y/o la exploración puede aconsejar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades, principalmente metabólicas, infecciosas o neurológicas.
- La presencia de **datos de alarma**: fallo de medro, hematemesis, sangre oculta en heces, anemia, rechazo de tomas o dificultades deglutorias, **obliga a descartar ERGE**.
- Debe descartarse **anomalía anatómica digestiva superior** si: inicio en periodo neonatal precoz, vómitos biliosos, deshidratación u otras complicaciones sugestivas.

G1. Regurgitación del lactante. Tratamiento

- Historia natural: **resolución espontánea del 90% a los 12 meses**
- Objetivo principal: **proveer seguridad a la familia**
- **Medidas conservadoras individuales** pueden disminuir las regurgitaciones:
  - Tratamiento postural postingesta
  - Espesamiento de la alimentación (espesantes o fórmulas antirregurgitación)
- **En ausencia de complicaciones (ERGE o RGE patológico), no se requieren intervenciones farmacológicas**
  - No están indicados los procinéticos
  - Ausencia de beneficio, además de sus posibles efectos adversos, en el uso de inhibidores de la bomba de protones, incluso en lactantes con malestar o llanto
- En algunos casos (historia familiar, coexistencia de dermatitis atópica o diarrea…): **ensayo temporal (2-3 semanas) con dieta exenta en proteínas de la leche de vaca**, por la dificultad de distinguir con alergia a las mismas a esta edad

Vandenplas Y, Rudolph CD, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of NASPGHAN and ESPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;49:498-547.
Lightdale JR, Gremse DA, et al. Gastroesophageal reflux: Management guidance for the pediatrician. Pediatrics. 2013;131:e1684-e1695.

G2. Síndrome de rumiación. Definición. Criterios diagnósticos

- Regurgitación a la boca de contenido gástrico, previamente deglutido, con el propósito de autoestimulación.

- Debe cumplir todos los siguientes por lo menos durante 2 meses
  1. Inicio entre 3 y 8 meses de edad
  2. No responde al tratamiento del RGE o la regurgitación
  3. No acompañado de signos de distrés
  4. No ocurre durante el sueño ni cuando el lactante está interactuando con otras personas.

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

G2. Síndrome de rumiación. Evaluación clínica y tratamiento

- Evaluación:
  - Raro
  - Se considera un **comportamiento de autoestimulación** en el contexto de una deprivación social prolongada
  - La observación del acto es esencial
  - No se precisan exploraciones complementarias
- Tratamiento: **mejora de la relación entre el niño y sus cuidadores**, con satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.
Espín B, et al. Trastornos funcionales en pediatría. En: Díaz Rubio M, ed. Enfermedades funcionales digestivas. Madrid: You & us; 2009;49:498-547.

G3. Síndrome de vómitos cíclicos. Criterios diagnósticos

- 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 6 meses
  2. Los episodios son estereotipados en cada paciente
  3. Los episodios están separados por semanas o meses con retorno a la situación basal

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

G3. Síndrome de vómitos cíclicos. Evaluación clínica

- **Episodios repetidos y estereotipados de vómitos**, con duración de horas a días y periodos intercrisis de retorno a la situación basal
- Típicamente empiezan a la misma hora del día, con duración similar en cada paciente y con inicio y fin bruscos
- **Sintomatología acompañante ocasional**: palidez, debilidad, hipersalivación, dolor abdominal, intolerancia a luz, ruidos y olores, cefalea, heces sueltas, fiebre, taquicardia, hipertensión, ronchas, leucocitosis...
- **Desencadenantes varios**, incluidos factores psicosociales
- **Frecuencia variable**, esporádicos o a intervalos regulares
- Antecedentes maternos frecuentes de migraña
- **No existen pruebas diagnósticas confirmatorias**
- DD: trastornos gastrointestinales, neurológicos, urológicos, metabólicos, endocrinológicos, etc.

G3. Síndrome de vómitos cíclicos. Tratamiento

- **Pauta de actuación** domiciliaria y/o en los servicios de urgencias, lo más rápido posible tras el inicio de los episodios:
  - Fluidoterapia IV
  - Bloqueadores de la secreción ácida (omeprazol* oral 1 mg/kg/dosis, máximo 80 mg)
  - Ondansetrón* (indicación fuera de ficha técnica, 0,3-0,4 mg/kg/dosis IV cada 4-6 h, hasta 20 mg)
  - Lorazepam (0,05-0,1 mg/kg/dosis, máximo 4 mg/dosis, cada 6 horas IV)
- **Evitación de desencadenantes** identificados
- **Prevención** en aquellos casos muy frecuentes:
  - Menores de 5 años: ciproheptadina, pizotifeno
  - Mayores de 5 años: amitriptilina
  - A cualquier edad: propranolol, eritromicina, fenobarbital

*Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. Omeprazol y Ondansetrón. Disponibles en: http://www.pediamecum.es. Consultados en 07-Febrero-2017.

G4. Cólico del lactante. Generalidades

- **Trastorno conductual en lactantes de 1 a 4 meses de edad**, que presentan periodos prolongados de llanto y malestar difíciles de calmar, generando gran ansiedad e impotencia en sus cuidadores
- La mayoría de casos probablemente representan el **máximo exponente de llanto** en el desarrollo normal del lactante sano
- **No existe prueba alguna de que el llanto esté causado por dolor abdominal o en cualquier otra parte**. Pese a ello, los cuidadores asumen que la causa es el dolor abdominal de origen digestivo
- **Cronología**: inicio sobre las 2-4 semanas, se intensifica sobre las 4-6 semanas y disminuye a partir de las 12 semanas
- **Etiología desconocida y multifactorial**
- **No** se identifican **desencadenantes**
- Más probables por la **tarde-noche**

G4. Cólico del lactante. Criterios diagnósticos

- Para **fines clínicos**, debe cumplir todo lo siguiente:
  1. Inicio y fin de los síntomas antes de los 5 meses de edad
  2. Episodios recurrentes y prolongados de llanto, queja o irritabilidad, referidos por los cuidadores, que ocurren sin causa aparente y no pueden ser prevenidos ni resueltos por los mismos
  3. Sin evidencia de fallo de medro, fiebre o enfermedad
- Para **fines de investigación**, además debe incluir los dos siguientes:
  4. Los cuidadores relatan duración de llanto o queja tres o más horas diarias durante tres o más días a la semana
  5. Duración confirmada de 3 o más horas cuando se registra en un diario prospectivo conductual de 24 horas

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

G4. Cólico del lactante. Evaluación clínica

- **Prevalencia**: influenciada por la percepción y el buen hacer de los cuidadores, el método por el que se recoja el llanto y las influencias culturales
- **Comportamientos asociados**: llanto prolongado o inconsolable, expresión facial de dolor, distensión abdominal, aumento de gases, enrojecimiento corporal, flexión de piernas sobre abdomen…
- **Ninguno** es **indicativo de dolor o enfermedad orgánica**
- Si **maniobras calmantes**, como masaje o balanceo, tranquilizan al lactante, que además reanuda el llanto tras cesar las mismas, apoya el diagnóstico

G4. Cólico del lactante. Tratamiento

- **Resolución espontánea en más del 90%**
- Finalidad: **ayudar a los cuidadores** a sobrepasar este periodo del desarrollo de su bebé, mediante **reafirmación e información**.
- En aquellos **casos sugerentes** de alergia a PLV (historia familiar, eccema, diarrea, vómitos…) o de curso prolongado o intenso, se recomienda **ensayo temporal** 2-3 semanas con **dieta exenta en PLV**
- **NO utilizar bloqueadores de la secreción ácida**
- Existe cierta evidencia de la utilidad de algunos **probióticos**, especialmente *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 y en casos de lactancia materna, para reducir el periodo de llanto, aunque no se ha demostrado en todos los estudios
- Los **extractos vegetales** de hinojo pueden reducir el llanto

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55
Harb T, et al. Infant colic-What works: A systematic review of interventions for breast-fed infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016; 62:668-86.

G5. Diarrea funcional. Criterios diagnósticos

- También llamada diarrea crónica inespecífica o diarrea de los primeros pasos

- Debe cumplir todo lo siguiente:
  1. Cuatro o más deposiciones sueltas diarias indoloras
  2. Duración mayor de 4 semanas
  3. Inicio entre 6 y 60 meses de edad
  4. Ausencia de fallo de medro si la ingesta calórica es adecuada

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

G5. Diarrea funcional. Evaluación clínica

- Causa principal de diarrea crónica en el niño por lo demás sano
- Sin afectación de la actividad y el estado general del niño
- **Resolución espontánea** en la edad escolar
- **Deposiciones típicas**: contienen moco o restos alimentarios sin digerir, a menudo son más sueltas a lo largo del día
- **Factores nutricionales** probablemente implicados en su patogénesis: sobrealimentación, excesivo consumo de azúcares simples (fructosa, sorbitol), sobre todo en forma de zumos, baja ingesta de grasa…
- **Factores causantes o exacerbantes posibles**: infecciones entéricas, laxantes, antibióticos, dietéticos…

G5. Diarrea funcional. Tratamiento

- **NO** son necesarias **intervenciones farmacológicas**
- **Ajuste dietético** si se detectan errores o desequilibrios en la ingesta
- El mayor peligro es la deprivación calórica provocada por erróneas dietas de eliminación

G6.Disquecia del lactante. Criterios diagnósticos

- En un lactante menor de 9 meses de edad, debe cumplir:
  1. Al menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes de la defecación, exitosa o no, de heces blandas
  2. Sin otros problemas de salud

- Fallo en la coordinación entre el incremento de la presión intraabdominal y la relajación del suelo pélvico

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

G6.Disquecia del lactante. Evaluación clínica y tratamiento

- Llanto, gritos, esfuerzos y enrojecimiento facial durante varios minutos, usualmente 10 a 20, en un lactante que intenta defecar, varias veces al día
- En la mayoría, los síntomas empiezan en los primeros meses de vida y se resuelven espontáneamente en 3-4 semanas
- **No requiere ninguna intervención**, salvo la reafirmación a los padres de que se trata de un proceso madurativo temporal

G7. Estreñimiento funcional. Criterios diagnósticos

- Debe incluir al menos 2 de los siguientes durante al menos un mes:
  1. Dos o menos deposiciones por semana
  2. Historia de retención fecal excesiva
  3. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras
  4. Historia de deposiciones voluminosas
  5. Presencia de una gran masa fecal en el recto
- En niños continentes fecales, pueden usarse los siguientes criterios adicionales:
  6. Al menos un episodio semanal de incontinencia
  7. Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario

Benninga MA, Nurko S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443-55.

G7. Estreñimiento funcional. Fisiopatología

- Explicación más plausible: resultado de los intentos voluntarios repetidos de retención fecal por un niño que trata de evitar la defecación debido a los temores asociados a la misma (p. ej. experiencias dolorosas previas)
- La conducta retentiva produce una mayor absorción colónica de agua, creando heces más duras e instaurando un círculo vicioso
- Desencadenantes más comunes:
  - Cambios en la dieta
  - Instauración de continencia fecal

G7. Estreñimiento funcional. Evaluación clínica

- **Presentación clínica variable**
- El diagnóstico puede hacerse con una **historia y exploración física compatibles**, sin precisar exploraciones complementarias
- La realización de **tacto rectal** es aconsejable pero no imprescindible, salvo en algunos casos particulares
- La presencia de ciertos **datos de alarma** obliga a la realización de **exploraciones complementarias**

G7. Estreñimiento funcional. Tratamiento

- Importancia de la **intervención precoz**
- Primera etapa: **educación familiar**
- Segunda etapa:
  - **Laxante**, de elección en mayores de 6 meses: polietilenglicol
  - **Dietético**
  - **Conductual**, en preescolares
- Papel controvertido de las PLV: En casos sugestivos o fallos de tratamiento considerar **ensayo temporal con dieta exenta en PLV**

TDF en niños mayores y adolescentes. Generalidades

- La frase “no existe evidencia de enfermedad orgánica” de los criterios Roma III, se ha sustituido por “después de la apropiada evaluación médica los síntomas no pueden ser atribuidos a otra condición médica”.
- Este cambio permite el desarrollo selectivo o no de determinadas pruebas para apoyar el diagnóstico positivo de un TDF.

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68.

TDF en niños mayores y adolescentes. Clasificación

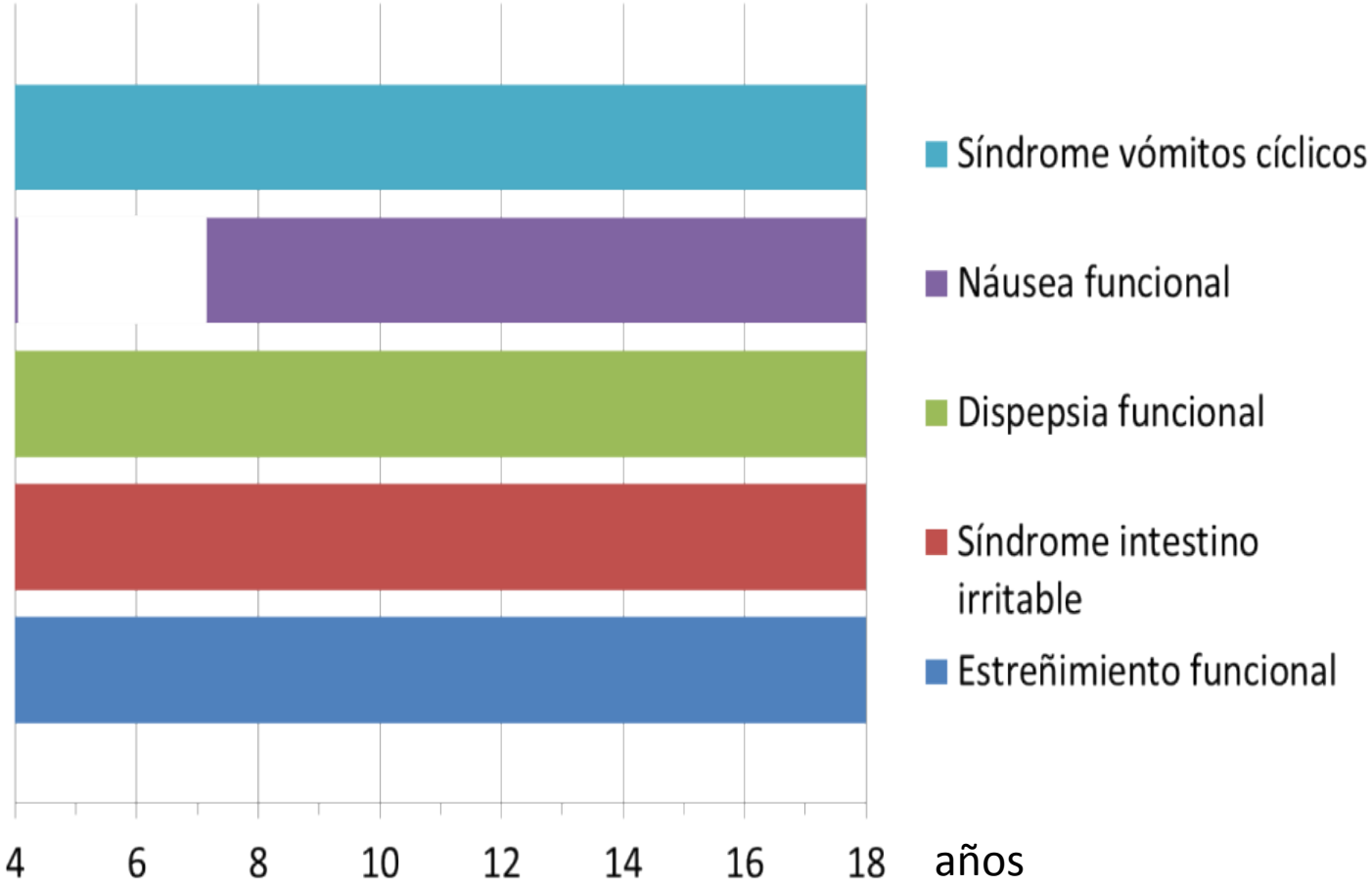
- ✓ **H1. Trastornos funcionales de náuseas y vómitos**
  - H1a. Síndrome de vómitos cíclicos
  - H1b1. Náuseas funcionales
  - H1b2. Vómitos funcionales
  - H1c. Síndrome de rumiación
  - H1d. Aerofagia

- ✓ **H2. Trastornos funcionales de dolor abdominal**
  - H2a. Dispepsia funcional
  - H2b. Síndrome de intestino irritable
  - H2c. Migraña abdominal
  - H2d. Dolor abdominal funcional no especificado de otra forma

- ✓ **H3. Trastornos funcionales de la defecación**
  - H3a. Estreñimiento funcional
  - H3b. Incontinencia fecal no retentiva

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

Edad de presentación de los TDF en el niño mayor y adolescente



H1a. Síndrome de vómitos cíclicos. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente
  1. Dos o más episodios de náuseas intensas e incesantes y vómitos paroxísticos, que duran horas a días, en un periodo de 6 meses
  2. Los episodios son estereotipados en cada paciente
  3. Los episodios están separados por semanas a meses con retorno a la situación basal
  4. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H1a. Síndrome de vómitos cíclicos. Evaluación clínica

- Un tercio aproximadamente presentan **fase prodrómica**
- Síntomas asociados frecuentes: **náuseas, dolor abdominal e historia personal o familiar de migraña**
- Edad media de inicio sintomático: 3 a 7 años, pero **puede empezar a cualquier edad** (casi la mitad debutan con 3 años o menos)
- Debe realizarse **estudio metabólico** durante el episodio, antes de iniciar la administración de fluidos
- **Datos de alarma** obligan a descartar otras entidades

H1a. Síndrome de vómitos cíclicos. Tratamiento

- Tratamiento abortivo: **hidratación y ondansetrón** (0,3-0,4 mg/ kg/dosis IV cada 4-6 h, hasta 20 mg)

- **Prevención**: en casos muy frecuentes
  - Menores de 5 años: ciproheptadina
  - Mayores de 5 años: amitriptilina
  - En todas las edades: propranolol

H1b. Náuseas funcionales y vómitos funcionales. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todos los criterios por lo menos durante 2 meses previos al diagnóstico. Algunos tienen náuseas solas, otros vómitos solos y otros ambos

H1b1. NÁUSEAS FUNCIONALES

1. Náuseas fastidiosas como síntoma predominante, por lo menos 2 veces a la semana, y generalmente no relacionadas con las comidas
2. Sin asociación consistente con vómitos
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

H1b2. VÓMITOS FUNCIONALES

1. De media, uno o más episodios semanales de vómitos
2. Ausencia de vómitos autoinducidos o criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o rumiación
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H1b. Náuseas funcionales y vómitos funcionales. Evaluación clínica y tratamiento

- La presencia de **vómitos graves** obliga a descartar **otras enfermedades**: anomalías anatómicas digestivas, enfermedades del SNC, gastroparesia, pseudoobstrucción intestinal…
- Debe realizarse **evaluación psicológica**
- **Tratamiento**:
  - **No datos publicados pediátricos**
  - Los antieméticos, incluido ondansetrón, parecen poco efectivos
  - El abordaje multidisciplinario de los problemas psicosociales representa la intervención más exitosa

H1c. Síndrome de rumiación. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente por lo menos durante 2 meses previos al diagnostico

1. Regurgitación repetida y remasticación o expulsión de comida que:
   - Empieza pronto tras la ingesta de comida
   - No ocurre durante el sueño
2. No precedida de náuseas
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H1c. Síndrome de rumiación. Evaluación clínica y tratamiento

- **Inicio característico** a los pocos minutos de comenzar la ingesta
- Puede asociar: dolor abdominal, eructos, náuseas, acidez y otros síntomas somáticos
- **Evento desencadenante frecuente**
- **Posible comorbilidad psiquiátrica**
- **Tratamiento**: multidisciplinar para el **manejo de trastornos de hábitos aprendidos**

H1d. Aerofagia.
Criterios diagnósticos y tratamiento

- Debe cumplir todo lo siguiente por lo menos durante 2 meses previos al diagnóstico:

1. Excesiva deglución de aire
2. Distensión abdominal por aire intraluminal, que aumenta durante el día
3. Eructos repetitivos o aumento de la flatulencia
4. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

- Tratamiento: Terapia conductual, psicoterapia y benzodiacepinas

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H2. Trastornos de dolor abdominal funcional (TDAF)

- Es importante diferenciar entre los **diferentes tipos de DAF**:
  a. Dispepsia funcional (DF)
  b. Síndrome de intestino irritable (SII)
  c. Migraña abdominal (MA)
  d. DAF no especificado de otra manera (DAF-NEOM)
- Puede haber **solapamiento** en el mismo paciente
- Relevancia de los **datos de alarma potencial**
- Objetivo principal terapéutico: **recuperación de la actividad habitual normal del niño, más que la desaparición del dolor**
- La **aceptación del papel predominante de los componentes biopsicosociales del dolor** por la familia, y del niño según su edad, se asocia fuertemente con un pronóstico favorable

H2. Trastornos de dolor abdominal funcional. Datos de alarma potencial

Datos de alarma potencial en el niño con dolor abdominal crónico
Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca 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

Nota: Cada dato de alarma debe interpretarse en el contexto completo de la anamnesis y la exploración física.

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H2a. Dispepsia funcional. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir uno o más de los siguientes síntomas al menos 4 días al mes, durante al menos 2 meses previos al diagnóstico:
  1. Plenitud posprandial
  2. Saciedad precoz
  3. Dolor epigástrico o acidez no asociados con defecación
- Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición
- Se adoptan 2 subtipos:

I. **Síndrome de distrés posprandial**: incluye plenitud posprandial y saciedad precoz molestos que impiden terminar una comida habitual

4. Síntomas que apoyan el diagnóstico: hinchazón del abdomen superior, náusea posprandial o eructos excesivos

- **Síndrome de dolor epigástrico**: dolor o acidez epigástricos que son suficientemente intensos para interferir la actividad normal y que no se alivia con la defecación o la expulsión de gases

I. Síntomas que apoyan el diagnóstico: cualidad ácida del dolor pero sin componente retroesternal y dolor que se induce o se alivia con la ingestión de comida, pero que también puede ocurrir en ayunas

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H2a. Dispepsia funcional. Evaluación clínica y tratamiento

- Papel incierto de la **endoscopia digestiva superior**: no es necesaria, pero diversos factores pueden aconsejar su realización
- Investigar presencia de **factores psicológicos**
- Evitación de **factores agravantes:** cafeína, especias, alimentos muy grasos, tabaco, alcohol y fármacos gastrolesivos
- **Ensayar frenadores de la secreción ácida** para el dolor **y procinéticos** para la náusea, hinchazón y saciedad precoz

H2b. Síndrome de intestino irritable. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente:

1. Dolor abdominal al menos 4 días por mes asociado con uno o más de los siguientes, al menos durante 2 meses previos al diagnóstico:
   a. Relacionado con la defecación
   b. Cambios en la frecuencia de defecación
   c. Cambios en la forma o apariencia de las deposiciones
2. En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve con la resolución del mismo
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

- **Subtipos**: SII con estreñimiento, SII con diarrea, SII con estreñimiento y diarrea, SII indefinido

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H2b. Síndrome de intestino irritable. Evaluación clínica y tratamiento

- Evaluar siempre **datos de alarma**
- **Calprotectina fecal**: utilidad como marcador de inflamación intestinal
- Datos favorables, aunque de evidencia escasa, con:
  - **Probióticos**
  - **Bromuro de otilonio**
  - **Aceite de menta** (antiespasmódico natural)
  - **Dietas de reducción** de la ingesta de monosacáridos, disacáridos, oligosacáridos y polioles fermentables (*FODMAPs*, como acrónimo en inglés)
  - **Terapias conductuales**

H2c. Migraña abdominal. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente al menos 2 veces en los 6 meses anteriores al diagnóstico:

1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal periumbilical, en línea media o difuso, de duración una hora o más, siendo este el síntoma más importante
2. Episodios separados por semanas a meses
3. El dolor es incapacitante e interfiere con la actividad habitual
4. Síntomas y patrones estereotipados en cada paciente individual
5. El dolor está asociado con dos o más de los siguientes: anorexia, náusea, vómitos, dolor de cabeza, fotofobia y palidez
6. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H2c. Migraña abdominal. Evaluación clínica y tratamiento

- La migraña abdominal, el síndrome de vómitos cíclicos y la migraña neurológica comparten **mecanismos fisiopatológicos comunes**:
  - Episodios autolimitados y estereotipados
  - Intervalos asintomáticos entre ellos
  - Desencadenantes (estrés, fatiga, viajes) y síntomas asociados (anorexia, náuseas, vómitos)
- La presencia de **pródromos** y la mejoría con terapéutica antimigrañosa apoya el diagnóstico
- **Prevención**: pizotifeno, ciproheptadina, amitriptilina y propranolol

H2d. Dolor abdominal funcional no especificado de otra manera. Criterios diagnósticos

- Debe cumplir todo lo siguiente al menos 4 veces al mes durante al menos 2 meses previos al diagnóstico:

1. Dolor abdominal episódico o continuo que no ocurre solamente durante eventos fisiológicos (p. ej. comer, menstruación)
2. Criterios insuficientes para SII, DF o MA
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H2d. Dolor abdominal funcional no especificado de otra manera. Evaluación clínica y tratamiento

- El **estrés psicológico** se asocia al DAF
- **Síntomas somáticos extraintestinales** frecuentes
- Evaluar siempre **datos de alarma**
- A menudo se precisa una **evaluación diagnóstica limitada** para reafirmación parental
- **Beneficios aislados** con algunos tratamientos, con el inconveniente de su **limitada generalización**
  - Antidepresivos
  - Probióticos
  - Terapias conductuales

H3a. Estreñimiento funcional. Criterios diagnósticos

- Debe incluir dos o más de los siguientes, con ocurrencia al menos una vez por semana, por un mínimo de un mes, con criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable:

1. Dos o menos deposiciones por semana en el sanitario
2. Al menos un episodio de incontinencia fecal por semana
3. Historia de posturas retentivas o retención fecal excesiva voluntaria
4. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto
6. Historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el sanitario

- Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H3a. Estreñimiento funcional. Evaluación clínica

- El **diagnóstico** está basado **en la anamnesis y la exploración física**
- El tacto rectal no debe realizarse si cumple los criterios de EF
- La **valoración de datos de alarma** es clave para identificar enfermedades subyacentes
- Se realizarán **exploraciones complementarias solo en casos dudosos, con datos de alarma o ante fracaso del tratamiento habitual**
  - Radiografía de abdomen: para confirmar impactación fecal en casos de dificultad por exploración física
  - Tránsito colónico: para distinguir entre EF e incontinencia fecal no retentiva
  - Manometría anorrectal: ante sospecha de Enf. de Hirschsprung
  - Biopsia rectal: prueba oro para el diagnóstico de Enf. de Hirschsprung

Tabbers MM, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58:258-74.

H3a. Estreñimiento funcional. Datos de alarma

1. Expulsión de meconio > 48 horas en el recién nacido a término
2. Inicio neonatal
3. Historia familiar de Enfermedad de Hirschsprung
4. Heces acintadas
5. Sangre en las heces en ausencia de fisura anal
6. Fallo de medro
7. Vómitos biliosos
8. Distensión abdominal severa
9. Glándula tiroides anormal
10. Posición anormal del ano
11. Ausencia de reflejo anal o cremastérico
12. Disminución de reflejos, tono o fuerza de los miembros inferiores
13. Hoyuelo sacro
14. Mechón de pelo en sacro
15. Desviación pliegue glúteo
16. Cicatrices anales

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H3a. Estreñimiento funcional. Tratamiento

- Como primer paso, se recomienda la **desmitificación** e **información** apropiadas, así como la **educación del hábito defecatorio y** el **tratamiento de las lesiones perianales**.
- Se recomienda una ingesta de **fibra y líquidos** y una **actividad física normales**.
- El **polieletilenglicol (PEG) oral** con o sin electrolitos, a dosis de 1-1,5 g/kg/d, durante 3-6 días, es el **tratamiento de elección** para niños con **impactación fecal**.
  - Si no es posible, un enema rectal diario durante 3-6 días es la alternativa.
- El **PEG oral** con o sin electrolitos, a dosis inicial de 0,4 g/kg/d, es el **tratamiento de mantenimiento de elección**, con ajuste posterior según respuesta clínica. Mantener mínimo 2 meses y suspender de forma gradual cuando permanezca asintomático ≥ 1 mes.
  - Si no es posible, lactulosa 1-2 ml/kg/d (máximo 30 ml/d) en 1-3 dosis como alternativa.
  - Las sales de magnesia, los aceites minerales y los laxantes estimulantes son tratamientos de segunda línea.

Tabbers MM, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58:258-74.

H3b. Incontinencia fecal no retentiva. Criterios diagnósticos

- En un niño con desarrollo mental de al menos 4 años, durante al menos 1 mes:

1. Defecación en lugares inapropiados al contexto sociocultural
2. Sin evidencia de retención fecal
3. Después de una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden atribuirse a otra condición

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology. 2016;150:1456-68

H3b. Incontinencia fecal no retentiva. Evaluación clínica y tratamiento

- **Investigar**: existencia de estreñimiento, edad de inicio, tipo y cantidad de material evacuado, historia dietética, medicaciones, síntomas urinarios coexistentes, comorbilidad psicosocial y estresantes personales o familiares.
- **Terapia conductual**: la más exitosa (papel relevante de los problemas psicosociales).
- Escaso beneficio de la terapia de retroalimentación (*biofeedback*).

Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology 2016;150:1456-68

Conclusiones (1)

- **TDF**: combinación variable de síntomas edad alterac que no se pueden explicar por bioquímicas ni estructurales
- **Neonato y niño pequeño**:
  - ✓ Frecuentemente **benignos** y con tendencia a la **resolución espontánea**
  - ✓ Generan gran **ansiedad familiar**, que conlleva la utilización, por parte de la familia o del profesional sanitario, de diferentes opciones terapéuticas, en ocasiones injustificadas desde la evidencia
    - ✓ Precisan una **valoración adecuada**, que descarte complicaciones u otros diagnósticos
    - ✓ **Objetivo principal terapéutico: informar y tranquilizar a la familia**

Conclusiones (2)

- **Niño mayor y adolescente**:

➢ **Espectro amplio**

➢ **Factores fisiológicos, psíquicos y culturales**, que aumentan la percepción de los síntomas y alteran la calidad de vida de los pacientes y sus familias

➢ Los criterios Roma IV se han diseñado para permitir su **diagnóstico positivo sin necesidad de exploraciones complementarias**, en ausencia de datos de alarma

➢ Enfoque terapéutico desde la **perspectiva biopsicosocial**

➢ **Reto para el profesional sanitario**