

Llanto y trastornos funcionales digestivos en el lactante

Autora:

Dra. Silvia Marchisone M.P.Nº 16396/5

Esp. en Gastroenterología Pediátrica M.E.Nº 13108

Serv. De Pediatría del Instituto

Introducción

Llanto, regurgitación, cólicos, esfuerzos defecatorios en el lactante, son motivo de consulta muy frecuentes entre pediatras y gastroenterólogos infantiles, y generan un impacto sobre la familia, preocupación en los padres, modificaciones dietarias (sobrealimentación, interrupción de la lactancia, cambios de fórmulas) y hasta indicaciones medicamentosas.

Los niños en edad temprana no pueden expresar los síntomas, por lo tanto los pediatras dependen de los relatos e interpretación de sus padres. La decisión de la consulta médica depende de la preocupación de los cuidadores y varían según las experiencias y expectativas, estilos de afrontamiento de los problemas y la percepción de enfermedad. Por eso la consulta no solo tratará de los síntomas del niño, sino también sobre el impacto de estos síntomas en las emociones de la familia y su capacidad para afrontarlos.

En general se atribuyen a “trastornos madurativos” del aparato gastrointestinal. En realidad se trata de trastornos funcionales gastrointestinales, que se presentan en niños en buen estado clínico, con buen desarrollo antropométrico y neuromadurativo.

Los *trastornos funcionales gastrointestinales* son entidades clínicas específicas que no se deben a anomalías estructurales o bioquímicas, entre los cuales se encuentran llanto, cólicos, regurgitación, vómitos y constipación. Lo padecen hasta el 50% de los niños en el primer año de vida.

Para tratar de entender porque suceden estos trastornos funcionales debemos tener en cuenta que diversas funciones gastrointestinales están en estrecha relación con varios sistemas: el SNC, principalmente a través del Sistema Límbico, el Sistema Nervioso Autónomo (simpático-parasimpático), el Sistema Nervioso Enteral y la Microbiota intestinal. Esto se conoce como “*Eje Cerebro- Intestinal*” Distintos estímulos sensoriales, a través del Sistema límbico actúan sobre las células intestinales y la microbiota. De manera que situaciones emocionales pueden modificar directamente la motilidad, la permeabilidad intestinal, la inmunidad, la secreción de moco y la microbiota. Así una modificación de la microbiota puede producir liberación de citoquinas y generar una respuesta del SNC. Estímulos en las células epiteliales y musculares pueden producir diarrea o constipación.

Las vías pueden ser el Sistema Nervioso Autónomo o el eje Hipotálamo-Hipofisario con secreción de cortisol. Una microbiota saludable evita alteraciones en las respuestas sensoriales y favorece la maduración del SNC.

Llanto

Durante muchos años el llanto inexplicable de los lactantes ha sido atribuido a cólicos, involucrando disturbios gastrointestinales y dolor.

El llanto precede al habla y es la manera que un niño en las primeras etapas de la vida, puede expresar su malestar o su deseo de contacto humano. El llanto en ataques imposible de calmar, genera stress en los padres y un sentimiento de frustración, impotencia y culpabilidad.

El llanto es una respuesta regida por un dominio subcortical del SNC.

A medida que se desarrolle un predominio cortical sobre el subcortical, la respuesta a la demanda será diferente y el llanto disminuirá.

Es de predominio tarde-noche y esto se relaciona con el ritmo circadiano y los niveles de melatonina.

Se asume como “un proceso normal del SNC de maduración y desarrollo”. Las crisis de llanto desaparecen cuando el SNC se re organiza.

Cólico del lactante

Se conoce como cólico del lactante un cuadro que se expresa como llanto inconsolable, paroxístico, que comienza y termina sin causa aparente al menos 3 hs por día, 3 días por semana, por 3 semanas (Regla de 3 de Wessel) ó 3 hs por día, al menos 3 días, durante 1 semana (Criterios de Roma IV).

El cuadro típico comienza en menores de 3 meses, entre la sexta y octava semana de vida y disminuya hacia los 3-4 meses. Rara vez se extiende más allá de los 6 meses.

Durante cada episodio el lactante se muestra irritable, nervioso, contrae las piernas, la cara se pone roja y frecuentemente tiene borborigmos.

Tanto el llanto como el cólico son temas controvertidos en su frecuencia, etiología y tratamiento.

Tanto el llanto como el cólico tienen mucho en común. El llanto prolongado produce aerofagia y cólicos, y los cólicos al producir dolor, provocan llanto. Ambos aumentaran el apego y reforzarán el vínculo, pero también debe considerarse que los cólicos y el llanto se pueden producir por alteraciones en el apego y en el vínculo.

El cólico infantil afecta alrededor del 20% de los niños.

Su etiología permanece poco clara. Se han propuesto varias teorías:

- Sobreproducción de gas intestinal
- Contracciones intestinales enérgicas
- Alergia a la proteína de leche de vaca
- Deficiencia transitoria de lactasa
- Inadecuada relación madre-hijo
- Sobre estimulación por parte de los padres
- Alteración de la microbiota intestinal

Estudios recientes han implicado un rol potencial de la microbiota intestinal. Esta difiere notablemente entre los niños con cólicos y los que no lo tienen. Los niños con cólicos tienen inadecuados niveles de Lactobacilos y están más frecuentemente colonizados por Clostridium Difficile, E Coli y Klebsiella, todas

bacterias formadoras de gas. El cólico está relacionado no solo con un patrón de colonización atípico, sino también con una pérdida de la diversidad microbiana.

Diagnóstico

Una exhaustiva anamnesis y un completo examen físico nos permitirá evaluar signos y síntomas para excluir las “banderas rojas” que pueden indicar enfermedad subyacente.

La anamnesis deberá incluir la relación entre la conducta del niño y los episodios de llanto, la duración, el tiempo por día, en que momento del día.

En el examen físico es importante evaluar si el niño está correctamente alimentado, si hay buena ganancia ponderal, si tiene diarrea, fiebre o constipación.

Banderas Rojas para sospecha de patología orgánica:

- Regurgitaciones frecuentes, vómitos
- Episodios de tos
- Posición de Sandifer
- Historia familiar de atopía
- Síntomas respiratorios o dermatológicos de alergia
- Sangrado intestinal
- Signos clínicos de anemia
- Falla de crecimiento
- Distensión abdominal
- Dermatitis perianal
- Mal estado general

Ante la presencia de alguno de los anteriores derivar al Gastroenterólogo Pediatra

Un examen físico negativo en un niño con cólico infantil, no necesita exámenes bioquímicos ni estudios por imágenes.

Enfoque terapéutico

La diversidad de las hipótesis etiológicas determinan que no exista un tratamiento común para todos los pacientes. Una vez descartadas las banderas rojas, ya referidas como criterios de posible organicidad (menor del 1% en la consulta pediátrica), es prioritario establecer un vínculo adecuado de comunicación, orientado a la resolución espontánea que se observa a partir del 3 o 4 mes de vida.

Tener periodos de descanso es esencial para todos los miembros de la familia, aunque es difícil de lograr en muchas circunstancias. Consejos para calmar al bebé, como masajes, un paseo en coche, escuchar música, mejorar la técnica alimentaria y disminuir la aerofagia, especialmente en los lactantes alimentados con biberón.

Recomendaciones nutricionales: la Leche Materna constituye la mejor opción de manejo de niños con cólicos. Contiene oligosacáridos (prebióticos) que favorecen el desarrollo de una microbiota bifidogénica saludable, y factores inmunomoduladores que favorecen la maduración, permitiendo un adecuado desarrollo gastrointestinal.

No debe suspenderse la lactancia materna, por el contrario, se debe estimular.

La intolerancia primaria a lactosa es excepcional, por lo que no están indicadas las fórmulas sin lactosa. Recordar además que este disacárido cumple funciones como prebiótico y en la absorción de Ca, Zn y otros minerales.

Algunos trabajos muestran mejoría en niños no amamantados, con fórmulas reducidas en lactosa. Sin embargo su uso debiera ser mínimo y transitorio.

El rol de la Alergia a proteína de leche de vaca (APLV) en niños con cólicos, sin otros síntomas de atopía, permanece controvertido. Sin embargo cuando hay una sospecha de APLV, un ensayo con fórmula Extensamente Hidrolizada, o dieta materna sin lácteos en niños amamantados, puede ser una opción razonable.

Tratamiento farmacológico: ninguno de los fármacos utilizados para el tratamiento del cólico del lactante muestran efectividad y seguridad apropiado (simeticona, paracetamol, dicyclomina, etc).

El uso de bloqueantes de la producción de ácido no están indicados, ya que el RGE no es etiología frecuente de cólicos.

En relación al uso de Probióticos (*Lactobacillus Reuteri*) algunos estudios han demostrado que tanto en niños alimentados a pecho o con fórmula, es bien tolerado y mejora los síntomas de cólico comparado con simeticona y placebo. Sin embargo otros estudios no encuentran diferencias entre el grupo que recibe probióticos del placebo. Actualmente se están desarrollando estudios multicéntricos, con mayor número de pacientes, que se espera permitan determinar mejor la utilidad de probióticos en niños amamantados y con alimentación artificial.

Las terapias alternativas (infusiones, quiropraxia y acupuntura) no han demostrado ningún efecto beneficioso.

Regurgitación

La regurgitación es el retorno involuntario del contenido gástrico que puede llegar al esófago, boca o nariz. Es una manifestación del Reflujo Gastroesofágico fisiológico.

De acuerdo a los Criterios de Roma IV.

- Se presenta en pacientes de 3 semanas a 12 meses de edad
- Regurgitación de 2 o más veces por día durante al menos 3 semanas
- No presentan náuseas, hematemesis, aspiración, apneas, retraso del desarrollo, dificultad en la alimentación o en la deglución ni posturas anómalas.

El pico de frecuencia es a los 4 meses, disminuye gradualmente hacia los 6-7 meses, y desaparece espontáneamente a los 12-15 meses de edad.

Etiología

Han sido implicados aerofagia frecuente, capacidad gástrica limitada, mala técnica alimentaria, incoordinación motora del aparato digestivo en los primeros meses de la vida, relajaciones del Esfínter Esofágico inferior.

Clínicamente hay una falta de correlación entre la regurgitación con llanto, irritabilidad y stress.

Son episodios de RGE débilmente ácido, que se presentan en lactantes sanos, con buena ganancia ponderal, que duermen bien, sin complicaciones. Se los conoce como "Regurgitador o Vomitador Feliz"

Los signos de sospecha para Enfermedad por RGE (banderas rojas):

- Pobre ganancia ponderal
- Anemia
- Hematemesis
- Rechazo alimentario
- Irritabilidad/Llanto excesivo
- Apneas
- Laringitis/Neumonía recurrente
- Posturas anómalas

En presencia de alguno de los anteriores derivar al Gastroenterólogo Pediatra. Descartados los anteriores, no requiere estudios complementarios y el Diagnóstico es Clínico.

Tratamiento

Informar a los padres sobre el RGE fisiológico y su resolución espontánea cerca del año de edad. Dar signos de alarma.

La mejor forma de alimentar a estos niños es la lactancia materna, que aumenta el vaciamiento gástrico. Si no es posible se pueden utilizar fórmulas pre espesadas. No se recomienda la utilización de fórmulas espesadas en forma casera.

Mantener al lactante erguido en el periodo post -prandial inmediato y la posición semi sentado pueden mejorar las regurgitaciones.

No existen estudios suficientes que avalen el uso de Domperidona. Se han descrito que puede presentar efectos secundarios extrapiramidales en menores de un año y alteraciones del QTc.

Los bloqueantes ácidos no disminuyen el RGE, no tienen indicación, y producen efectos adversos sobre la microbiota.

Disquezia del lactante

Es un trastorno evacuatorio funcional, transitorio y benigno que se presenta en lactantes menores de 6 meses, sanos, con alimentación materna.

Clínicamente se manifiesta con maniobras de empuje, con enrojecimiento facial y llanto intenso, que cesa con la expulsión de heces blandas o semilíquidas.

Comienza en el primer o segundo mes de vida y desaparece en 3 a 4 semanas.

Se debe a una incoordinación entre el aumento de la presión intraabdominal y la relajación del piso pélvico y del esfínter anal.

Las contracciones de los músculos abdominales y los glúteos no son efectivas para lograr la salida de la materia fecal.

No requiere ninguna medida terapéutica y se resuelve espontáneamente en unas semanas, cuando el lactante logra una efectiva dinámica defecatoria.

Debe desaconsejarse maniobras de estimulación anal con supositorios.

Constipación Funcional

Deposiciones duras, de gran tamaño, menos de 2-3 veces por semana, con actitud de retención por miedo al dolor, por al menos 3 meses de evolución.

En este grupo etario, las deposiciones duras se presentan solo en el 1,1% de niños con alimentación materna exclusiva vs. el 9,2% en niños alimentados con fórmula.

Etiología

- Cambios dietéticos, cambio de fórmula o inadecuada ingesta de agua
- Destete
- Inicio de control de esfínter con exceso de rigidez en cuanto a la higiene y limpieza
- Medicaciones, lesiones anales o perianales

Evaluación Clínica

La Anamnesis deberá incluir: qué entienden los padres por constipación, eliminación de meconio, tipo de alimentación, síntomas asociados como vómitos, falta de apetito, ingesta de medicamentos como antitusígenos y atropina. Patrón defecatorio: número, aspecto, actitud del niño, estrías sangrantes, etc.

Examen físico: antropometría, palpación abdominal, inspección anal (posición, tono, fisuras) y exploración de columna lumbosacra

Signos de alarma:

- Comienzo precoz en periodo neonatal
- Retraso en la evacuación de meconio
- Malformaciones anales, atonía del esfínter anal, alteraciones de la columna lumbo-sacra
- Fallo de crecimiento, vómitos y distensión abdominal
- Alteraciones del desarrollo madurativo, hipotonía o espasticidad

Ante la presencia de alguno de ellos derivar al especialista Gastroenterólogo Infantil

Tratamiento

Informar a los padres sobre la constipación funcional que se resuelve espontáneamente cerca del año de edad.

La mejor forma de alimentación es la lactancia materna. En niños que reciben fórmula se recomiendan las fórmulas con prebióticos.

En lactantes mayores de 6 meses asegurar buena ingesta de fibra: jugos de frutas, vegetales variados, legumbres, cereales integrales.

Evitar ingesta excesiva de lácteos, ya que su exceso puede favorecer la constipación.

Evitar el entrenamiento temprano para el control de esfínter.

Tratamiento medicamentoso: laxantes osmóticos Lactulosa o Polietilenglicol. Las dosis deben ajustarse hasta conseguir 1-2 deposiciones blandas por día, sin esfuerzo.

Bibliografía

- 1- Bennigna M., Trastornos gastrointestinales funcionales de la infancia: neonato/niño pequeño. Gastroenterology 2016;150:1443-1455
- 2- Toca M., et al. Manejo de los trastornos funcionales digestivos más frecuentes en lactantes sanos. Arch Argent Pediatr 2015;113(6):568-575
- 3- Kim Chau MSc., Probióticos para el Cólico Infantil: Un estudio doble ciego, randomizado, controlado con placebo. Lactobacillus reuteri DSM 17938. J Pediatr 2015;166:74-8
- 4- Nocerino R., et al. The Controversial Role of Food Allergy in Infantile Colic: Evidence and Clinical Management. Nutrients 2015;7:2015-2025