

Trastornos funcionales digestivos (TFD) en pediatría

Dr. José Armando Madrazo de la Garza*

*Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) en la edad pediátrica no habían sido reconocidos como tal hasta la publicación de los criterios diagnósticos de Roma II en el año de 1999.¹ Antes de Roma II diversos padecimientos fueron identificados como de origen funcional, el ejemplo clásico es el dolor abdominal crónico recurrente descrito por Apley hace casi 50 años.² A través de los años se identificaron más padecimientos funcionales que se clasificaron finalmente en trastornos esofágicos, trastornos relacionados con el dolor abdominal, trastornos relacionados con diarrea y trastornos relacionados con constipación.

Recientemente el grupo de expertos se volvió a reunir para emitir los nuevos conceptos de la clasificación, del diagnóstico y del tratamiento de los TFD incluyendo la edad pediátrica. Como resultado se realizó una división de los criterios pediátricos de acuerdo con las edades. El apartado G trata de los trastornos funcionales: neonatos y preescolares.³ Y el apartado H trata de los trastornos funcionales: niños y adolescentes.⁴

Esta nueva clasificación integra cambios en los criterios previos de Roma II, y agrega nuevos trastornos no reconocidos en el pasado.

Lo más relevante se comentará a continuación. El reconocimiento no sólo del trastorno en un individuo, sino el impacto de este trastorno en el entorno familiar, permite al terapeuta un tratamiento más integral y resolutivo. Además, las alianzas con los padres garantizan el éxito terapéutico en mayor grado, sobre todo en las edades en que los pacientes no son capaces de reportar la sintomatología.

Los TFD no son entidades que arriesguen la integridad física del paciente, a menos que un mal diagnóstico, o una mala adherencia a la terapia, conduzcan el caso a intervenciones inadecuadas, que pueden perpetuar estados de estrés emocional e incapacidad.

Los trastornos del esófago sufrieron variaciones discretas en la nueva clasificación en comparación a Roma II. El vómito cíclico se consideró diagnóstico con sólo dos episodios en lugar de tres. El resto de las manifestaciones esofágicas en las edades neonatales y del preescolar como regurgitación del infante y síndrome de rumiación del infante mantuvieron los mismos criterios.

En los niños y adolescentes, los cambios fueron mayores. El síndrome de rumiación del adolescente se incluyó de nueva cuenta con los criterios diagnósticos de regurgitación no dolorosa, con nueva masticación del contenido regurgitado o expulsión de éste. Puede ocurrir poco tiempo después de la comida, no aparece durante el sueño, y no mejora con tratamiento médico anti-reflujo gastroesofágico. Además, sin arqueamiento, y sin trastornos inflamatorios, anatómicos, metabólicos o neoplásicos que explicaran la sintomatología. Se acordó una duración de ocho semanas en lugar de cuatro a seis que habían sido propuestas.^{5,6}

La duración de los trastornos disminuyó de tres a dos meses para llegar a un diagnóstico más temprano y ofrecer una terapia más oportuna.

El cólico infantil fue reconocido muchos años atrás como un trastorno funcional.⁷ Ahora en la clasificación de Roma III finalmente fue considerado. Es un trastorno de los primeros cuatro meses de vida, caracterizado por paroxismos de irritabilidad, quejido o llanto sin causa clara con duración de tres horas o más por día, en no menos de tres días por semana, con una semana de duración mínima. La inclusión de esta entidad se debió principalmente al reconocimiento del síndrome para evitar medidas diagnósticas y terapéuticas innecesarias.

El capítulo de dolor abdominal relacionado con trastornos funcionales sufrió modificaciones sustanciales. Como se mencionó previamente la duración mínima cambió a dos meses en lugar de tres. En el caso particular de la dispepsia el comité eliminó el término de endoscopia mandatoria para realizar el diagnóstico, ya que los cambios en la mucosa son menos comunes en niños que en adultos.⁸ Finalmente, la presencia de cambios inflamatorios en la mucosa no elimina el diagnóstico de dispepsia.

El síndrome de intestino irritable requiere ahora de dos meses de duración como criterio diagnóstico y no hubo más modificaciones.

Los criterios para migraña abdominal cambiaron a dos episodios necesarios en lugar de tres, y la duración cambió a una hora en lugar de dos. El dolor debe ser incapacitante y habitualmente existe historia familiar de migraña.⁹

El dolor abdominal del niño y adolescente clasificado por Roma II, subestimó una parte importante de los casos que no cumplían con los criterios, pero tampoco cumplían con los criterios diagnósticos de otros trastornos. Las principales modificaciones se relacionaron con la duración del cuadro a dos meses solamente, la característica de continuidad ya no necesaria, el criterio de incapacitante en el cual el factor de los padres que obligaba al hijo a asistir a la escuela lo modificaba. Además se reconoció a un subgrupo nombrado como síndrome de dolor abdominal funcional, en el cual el dolor abdominal puede ser acompañado por síntomas de somatización como cefalea, insomnio o dolor de extremidades.

La diarrea funcional no sufrió cambios en relación con los criterios de Roma II.

Finalmente, los trastornos de la defecación en las diferentes edades pediátricas sufrieron algunos cambios como en el apartado de constipación funcional del neonato o preescolar en que 1 mes de historia es necesario para hacer el diagnóstico. El término de retención fecal funcional se eliminó de la clasificación por ser tanto subjetivo y los padres de los pacientes no poder reconocerlo puntualmente en el neonato y preescolar. En edades posteriores sólo se modificó el tiempo de tres a dos meses.

En los niños y adolescentes los criterios nuevos de constipación funcional disminuyeron el tiempo a dos meses con el fin de reconocer más tempranamen-

te los casos, iniciar el tratamiento antes y mejorar el pronóstico.

Invitamos a los lectores a familiarizarse con los nuevos criterios con el fin de homologar tratamientos y pronósticos, unificar criterios de inclusión para estudios de investigación, especialmente multicéntricos.

REFERENCIAS

1. Rasquin-Weber A, Hyman P, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ, Staiano A. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45(Suppl. II): 1160-8.
2. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33: 165-70.
3. Hyman P, Milla P, Benninga M, Davidson G, Fleisher D, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006; 130: 1519-26.
4. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams J, Staiano A, Walker L. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527-37.
5. Chial HJ, Camilleri M, William DE, Litzinger K, Perrault J. Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment and prognosis. *Pediatrics* 2003; 111: 158-62.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. Ed. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.
7. Lothe L, Lindberg T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infant colic in colicky formula-fed infants: a double blind cross-over study. *Pediatrics* 1989; 83: 262-3.
8. Hyams JS, Davis P, Sylvester FA, Zeiter DK, Justinich CJ, Lerer T. Dyspepsia in children and adolescents: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 413-18.
9. Dignan F, Abu-Arafah I, Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. *Arch Dis Child* 2001; 84: 415-18.