

Síndrome de intestino irritable en pediatría

Comité de Expertos en Gastroenterología, Academia Mexicana de Pediatría

Concepto

Los trastornos funcionales del tracto gastrointestinal se definen como condiciones en las que una combinación de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes se presentan en la ausencia de anomalías estructurales o bioquímicas identificables.¹

El síndrome de intestino irritable (SII) tradicionalmente se ha considerado como un trastorno funcional gastrointestinal descrito en el paciente adulto (Cuadro 1).² El SII es un término que sustituyó a otros términos muy utilizados aún a la fecha como "colon irritable", "colitis nerviosa", "colon espástico" y "cólico nervioso".

Actualmente este síndrome es aceptado como un trastorno funcional del intestino delgado y del colon con criterios diagnósticos precisos que han sido revisados recientemente en el congreso europeo de gastroenterología en Roma (criterios de Roma II) (Cuadro 2).³

El paciente pediátrico con trastornos funcionales se comporta diferente. Manifiesta trastornos intestinales funcionales característicos en cada edad. Los autores de la literatura pediátrica han comparado al cólico del lactante, a la diarrea crónica inespecífica y al dolor abdominal crónico recurrente con el SII del adulto y han propuesto su equivalencia.⁴ Sin embargo, los intentos por establecer criterios diagnósticos para el SII en las diferentes edades pediátricas no llenaron las expectativas. En la reunión de Roma en 1999 finalmente se dio un avance importante en la definición de los trastornos funcionales del niño (Cuadro 1). Los expertos en pediatría caracterizaron al SII en analogía con los criterios del adulto, y por lo tanto limitaron esta entidad a los pacientes escolares y adolescentes capaces de reportar la sintomatología con precisión. En esta revisión analizaremos los trastornos funcionales más comunes del intestino del paciente pediátrico con énfasis en el SII.

SII en pediatría

El esfuerzo por definir los criterios diagnósticos del SII en el niño que lo distinguen de los adultos ha

llevado a los autores a infructuosos resultados. Se han propuesto conceptos como dolor abdominal recurrente, distensión abdominal con o sin cambios en el hábito intestinal. También la diarrea crónica sin alteraciones en el desarrollo y factores psicológicos involucrados. Recientemente se identificó a un grupo de pacientes pediátricos que llenan los criterios diagnósticos de SII del adulto y se decidió agruparlos como un trastorno funcional separado dentro de la clasificación pediátrica.⁴ Los otros trastornos funcionales que se consideraban parte del espectro del SII en los niños como la diarrea crónica inespecífica y el dolor abdominal crónico recurrente se han clasificado como entidades independientes.

En la reunión europea de gastroenterología en Roma se actualizaron los criterios diagnósticos de SII a los que se les ha denominado los criterios de Roma II. En ese foro, por primera vez se incluye a los niños y se emite una propuesta para clasificar todos los trastornos funcionales gastrointestinales (Cuadro 1).

Criterios diagnósticos³

El diagnóstico de SII es clínico y no requiere de estudios auxiliares en primera instancia.

El concepto actual de SII incluye a los niños con la edad suficiente para precisar sintomatología de dolor, por lo menos durante 12 semanas, aunque no sean continuas, en los últimos 12 meses con las siguientes características (Cuadro 2): 1) Dolor abdominal o molestia que tiene dos de las tres siguientes características: mejora con la defecación; el inicio se asocia con cambio en la frecuencia de las evacuaciones y/o; el inicio se asocia con cambio en la forma (aspecto) de las heces; y 2) Ausencia de anomalías estructurales o metabólicas que expliquen la enfermedad.

Los síntomas que a continuación se incluyen apoyan la presencia de SII:

Frecuencia anormal de evacuaciones (anormal se define como más de tres evacuaciones al día; o me-

Cuadro 1
TRASTORNOS FUNCIONALES
GASTROINTESTINALES²

- A. Trastornos esofágicos
 - Globus
 - Síndrome de rumiación
 - Dolor retroesternal funcional de origen esofágico
 - Pirosis funcional
 - Disfagia funcional
 - Trastorno funcional esofágico inespecífico
- B. Trastornos gastroduodenales
 - Dispepsia funcional
 - Dispepsia tipo ulcerosa
 - Dispepsia tipo dismotilidad
 - Dispepsia inespecífica
 - Aerofagia
 - Vómitos funcionales
- C. Trastornos intestinales
 - Síndrome de intestino irritable
 - Plenitud abdominal funcional
 - Constipación funcional
 - Diarrea funcional
 - Trastorno funcional inespecífico del intestino
- D. Dolor abdominal funcional
 - Síndrome de dolor abdominal funcional
 - Dolor abdominal funcional inespecífico
- E. Trastornos biliares
 - Disfunción de la vesícula biliar
 - Disfunción del esfínter de Oddi
- F. Trastornos anorrectales
 - Incontinencia fecal funcional
 - Dolor anorrectal funcional
 - Síndrome del elevador del ano
 - Proctalgia fugaz
 - Disinergia del piso pélvico
- G. Trastornos funcionales pediátricos
 - Vómito
 - Regurgitación del lactante
 - Síndrome de rumiación del niño
 - Síndrome de vómito cíclico
 - Dolor abdominal
 - Dispepsia funcional
 - Síndrome de intestino irritable
 - Dolor abdominal funcional
 - Migraña abdominal
 - Aerofagia
 - Diarrea funcional
 - Trastornos de la defecación
 - Disquecia del lactante
 - Constipación funcional
 - Retención fecal funcional
 - Manchado fecal sin retención

nos de tres evacuaciones a la semana.

Forma anormal de las heces (fragmentos aglomerados, consistencia dura o blanda, heces líquidas).

Evacuación anormal de heces (pujo, urgencia, tenesmo).

Evacuación de moco.

Distensión abdominal o sensación de plenitud.

Epidemiología

Anteriormente se consideró que entre 10 y 20% de los niños sufrían de SII. Si alguno de los padres también era portador de SII, este porcentaje se incrementaba.⁵ El SII es una de las causas más frecuentes de referencia al gastroenterólogo pediatra, y es la principal causa de faltas a la escuela en la edad escolar y adolescencia. Hoy en día, con la nueva clasificación, no se sabe a ciencia cierta la incidencia ni la prevalencia del SII en niños. Las estimaciones deberán disminuir en comparación a las previas, ya que el dolor abdominal crónico recurrente ocupaba una proporción importante y ahora se considera una entidad separada.

Fisiopatología

La fisiopatología del SII no está bien definida. Existe evidencia de alteraciones de la regulación de la función motriz en el tubo digestivo. Factores psicológicos como el estrés se relacionan con la sintomatología. Esta puede ser diarrea, constipación o dolor.⁶ Se ha demostrado que el dolor visceral se relaciona a un exceso de contracciones intestinales. Los pacientes con SII reaccionan en mayor grado al estrés. El sistema nervioso central a través de funciones hormonales, por cambios emocionales y estados de ánimo puede desencadenar el cuadro clínico del SII.⁷ Los neuropéptidos sufren cambios paralelamente a los cambios emocionales, y se cree que juegan un papel preponderante en los cambios motores del intestino.⁸ Sin embargo no se ha definido con certeza la etiología de los trastornos funcionales gastrointestinales. Se han encontrado estudios de motilidad normales en pacientes con dolor, también se ha encontrado un aumento en la actividad contráctil en sujetos asintomáticos, por lo que los estudios de motilidad no nos dan toda la información necesaria en estos casos.⁹

Los pacientes con SII con frecuencia consumen dietas con alto contenido de refinados como la lactosa, fructosa y sorbitol, y con bajo contenido de fibra. Otros factores como el estrés cotidiano, las alteraciones en la dinámica familiar, la mala adaptación escolar y conflictiva social, los estados depresivos,

Cuadro 2

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (ROMA II)³

Dolor o molestias abdominales durante 12 semanas, aunque no sean continuos, en el último año, que se acompañan de 2 de las 3 características siguientes:

- a) Alivia con la defecación; y/o
- b) Su inicio se asocia a cambios en la frecuencia de la defecación; y/o
- c) Su inicio se asocia a cambios en la forma (aparición) de las heces

Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico

Frecuencia anormal de las evacuaciones (para fines de investigación anormal se define como más de 3 al día y menos de 3 por semana)

Heces con forma anormal (fragmentos aglomerados, consistencia dura o suave, heces líquidas)

Evacuación anormal (pujo, urgencia, tenesmo)

Evacuación de moco

Distensión abdominal o sensación de plenitud

la alta competitividad y los entrenamientos rigurosos se han asociado a la presencia de trastornos funcionales del tracto gastrointestinal.¹⁰

Existe una clara tendencia familiar a padecer trastornos funcionales gastrointestinales. El SII no es la excepción, con alta frecuencia uno o dos de los padres del paciente también lo padecen.

Enfoque clínico

La evaluación inicial del pediatra deberá incluir exploración de la dinámica familiar y el establecimiento de la relación médico-paciente en forma adecuada. El paciente pediátrico es susceptible de influencia por parte de su médico. La confianza hacia el médico y el conocimiento de la naturaleza funcional del padecimiento permite al paciente lidiar mejor con las exacerbaciones de la sintomatología. La posibilidad de entrevista sin la presencia de los padres es otra herramienta del médico para el profundo conocimiento del paciente. Un examen físico normal refuerza el diagnóstico de SII. La necesidad de estudios de laboratorio y gabinete se establece después de la evaluación inicial. Habitualmente sólo se requiere de exámenes generales para confirmar la sospecha de trastorno funcional. Los estudios más útiles para apoyar el diagnóstico y para descartar patología orgánica son la biometría hemática completa, la velocidad de sedimentación globular, coproparasitoscópicos, coprocultivos, placa simple o ultrasonido de abdomen, y exposición a la lactosa y placebo verificando sintomatología.

Los signos de alarma para enfermedad orgánica son dolor nocturno, pérdida de peso, rectorragia, fie-

bre, artritis, pubertad retardada y antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal.¹⁰ Por lo tanto, se debe justificar la necesidad de estudios especiales de laboratorio y gabinete. La realización de estudios invasivos como las endoscopias de tubo digestivo se limitan a la falta de respuesta al tratamiento, o bien a la presencia de los signos de alarma mencionados.

Tratamiento

El tratamiento de estos pacientes deberá enfocarse a la supresión de los síntomas y a disminuir las recurrencias. El médico deberá establecer una relación adecuada con el paciente, hacerse disponible para consulta en cualquier momento, y como punto fundamental, transmitir al paciente y a su familia el concepto de trastorno funcional como explicación a su problema. La angustia que se genera en la familia por un hijo con síntomas recurrentes que no obedecen a una patología orgánica, en muchas ocasiones ha llevado al abandono del tratamiento, o cambios constantes de médicos especialistas.

La identificación de los factores desencadenantes de los síntomas ayuda a evitarlos y a darle al paciente la sensación de mayor control sobre su enfermedad. Las modificaciones del entorno escolar, social, o bien familiar son necesarios cuando se identifican disfunciones. Los cambios en el comportamiento y en los hábitos, específicamente la mayor actividad física, ayudan a disminuir las recurrencias.

Se recomienda para disminuir los episodios de dolor, una dieta baja en sorbitol, fructosa y lactosa, con un buen aporte de fibra natural.¹¹

Los medicamentos que han demostrado la mayor utilidad son los antidepresivos como imipramina y amitriptilina a dosis bajas. Por su efecto sedante la amitriptilina se recomienda en casos de dolor nocturno y diarrea. La imipramina se recomienda en situaciones de constipación.¹² Estos al reducir la ansiedad y la depresión mejoran los síntomas. Además tienen un efecto analgésico al facilitar la liberación de endorfinas que intervienen en el sistema inhibitorio del dolor. Los medicamentos que están en experimentación son los antagonistas de serotonina, análogos de somatostatina y los opiáceos que actúan en receptores kappa.

La intervención del psicólogo se recomienda en los casos en que el paciente o la familia expresamente lo soliciten. O bien en situaciones de necesidad de explorar a fondo el ambiente familiar y de modificarlo. En casos extremos la psicoterapia puede indicarse en el paciente o en los familiares cercanos.

A continuación discutiremos brevemente los dos trastornos funcionales del tracto gastrointestinal más frecuentes que de manera cotidiana se comparan con el SII en el niño.

Diarrea funcional (diarrea crónica inespecífica)

La diarrea funcional o diarrea crónica inespecífica, o diarrea del preescolar, o colon irritable del niño es aquella condición con tres o más evacuaciones al día, de consistencia aguada o bien líquida, fétidas, que inicia en la edad preescolar, de más de 15 días de duración, recurrentes que no afecta el estado de nutrición ni produce desequilibrio hidroelectrolítico.¹³

Esta condición se consideró como el equivalente del SII del adulto en los niños preescolares. Actualmente, con la nueva clasificación, se identifica como un trastorno funcional del tracto gastrointestinal en la edad pediátrica y se le denomina como *diarrea funcional*.⁴ Los criterios diagnósticos actuales son:

Más de tres evacuaciones sin forma al día, sin síntomas de dolor, durante cuatro o más semanas además de las siguientes características:

- 1) El inicio de la sintomatología sea entre 6 y 36 meses de edad.
- 2) Las evacuaciones ocurran en horas de vigilia.
- 3) Sin falla para crecer cuando la ingesta calórica sea adecuada.

Dolor abdominal crónico recurrente

El dolor abdominal crónico recurrente fue descrito por Apley hace más de 40 años, y lo definió como aquel dolor abdominal grave, incapacitante, que ocurre por lo menos en tres ocasiones en un período no menor a tres meses dentro del último año antes de la visita al médico.¹⁴ Este padecimiento se ha calculado que ocurre en 10-20% de la población pediátrica. Su presentación es más frecuente alrededor de los nueve años de edad y predomina en el género femenino. Tiene una fuerte relación con familiares que padecen SII en la edad adulta, y los pacientes se caracterizan por ser aprensivos, ansiosos o perfeccionistas. También, el dolor abdominal crónico recurrente se ha relacionado a niños de familias disfuncionales, o bien atienden escuelas de alto grado de exigencia. El estrés emocional o social se identifica en la mayoría de los casos, pero en algunos niños no se encuentra algún factor de riesgo.¹⁵⁻¹⁷

El término de dolor abdominal crónico recurrente con los criterios establecidos por Apley tiende a la desaparición. A pesar de que la descripción original se aplica a un buen número de casos, ésta no incluye a todos los casos de dolor crónico de origen funcional con carácter recurrente. La opinión actual es que el dolor abdominal crónico no orgánico tiene varios orígenes, algunos bien identificados como la migraña abdominal, el SII, y la aerofagia.⁴ El dolor abdominal funcional no sustituye al término dolor abdominal crónico recurrente, pero puede ser causal. Los criterios del dolor abdominal funcional son los siguientes:

Por lo menos 12 semanas de: 1) Dolor abdominal continuo o casi continuo en la edad escolar o adolescencia; 2) Sin relación, o con muy poca relación con eventos fisiológicos (como ingesta, menstruación, y defecación), y 3) Afeción en la actividad diaria, y 4) Presencia de dolor real (no fingido), y 5) Ausencia de criterios para otras causas de trastornos funcionales del tracto gastrointestinal que expliquen el dolor abdominal.

Coordinador J. Armando Madrazo- de la Garza
Acad. J. Alberto García-Aranda
Acad. Pedro Coello-Ramírez
Acad. Alfredo Larroza-Haro
Acad. Jaime Ramírez-Mayans
Acad. Solange Heller-Roussant

Referencias

1. Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P, Janssens J, Whitehead WE. Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1990; 3: 159-72.
2. The Multinational Working Teams to Develop Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders (Rome committees). The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut* 1999; 45 Supl II: 111-5.
3. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 Supl II: 1143-7.
4. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 Supl II: 1160-8.
5. Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socioeconomically differing residential areas: an epidemiological study. *Acta Paediatr* 1993; 82: 484-7.
6. Drossman DA, Sandler RS, McKee D, Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. *Gastroenterology* 1982; 83: 529-34.
7. Cann P, Read N, Brown C. Psychological stress and the passage of a standard meal in man. *Gut* 1983; 24: 236-40.
8. Ewart WR, Wingate DL. Central representation and opioid modulation of gastric mechanoreception activity in the rat. *Am J Physiol* 1983; 244: G27-32.
9. Di Lorenzo C, Hyman PE, Flores AF. Antroduodenal manometry in children and adults with severe nonulcer dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 799-806.
10. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr* 1996; 129: 220-6.
11. Feldman W, McGrath P, Hodgson C, Ritter H, Shipman RT. The use of dietary fiber in the management of simple childhood, idiopathic, recurrent abdominal pain. Results in a prospective, double-blind, randomized, controlled trial. *Am J Dis Child* 1985; 139: 1216-8.
12. Pilowski I, Barrero GG. A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually in the treatment of chronic intractable psychogenic pain. *Pain* 1990; 40: 3-19.
13. Davidson M, Wasserman R. The irritable colon of childhood (chronic nonspecific diarrhea syndrome). *J Pediatr* 1966; 69: 1027-38.
14. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis Child* 1958; 33: 165-70.
15. Stone RT, Barbero GJ. Recurrent abdominal pain in childhood. *Pediatrics* 1970; 45: 732-8.
16. Christensen MF, Mortensen O. Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Arch Dis Child* 1975; 50: 110-4.
17. Faull C, Nicol AR. Abdominal pain in six-year-olds: an epidemiological study in a new town. *J Child Psychol Psychiatr* 1986; 27: 251-60.