

PATOLOGÍA DIGESTIVA PEDIÁTRICA: ¿QUÉ DERIVAMOS?

Dr. P. Zubillaga

Introducción

El examen de la patología digestiva que, procedente de los centros de atención primaria, llega al hospital es el resultado final de una serie de factores difíciles de sistematizar: patología prevalente en un determinado lugar y en un determinado momento, recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles y mayor o menor facilidad de acceso son los más importantes. A esto se añade el que cada hospital tiene sus peculiaridades en lo referente a la distribución de los pacientes en las diferentes secciones o consultas. Todo esto hace que lo que ocurre en un lugar determinado no sea exactamente lo mismo que en cualquier otro. A pesar de estas limitaciones, el tema elegido para esta reunión, además de ser poco usual, tiene el interés de que puede dar una idea de cuales son los aspectos de la patología digestiva pediátrica que en este momento se ven con más frecuencia o más preocupan.

Objetivo

El objetivo de esta charla es exponer lo más importante, en términos de frecuencia, de la patología digestiva que llega al Hospital Donostia suponiendo que lo que allí llega es un reflejo de lo que ocurre en otros hospitales de nuestro entorno. Se excluye la patología digestiva que va a parar a Urgencias y es allí resuelta.

Material y método

Me he servido básicamente del material propio formado por los pacientes que he recibido en la consulta. estos últimos años. He utilizado también los datos que me ha proporcionado el Dr. Javier Eizaguirre, a quien expreso mi agradecimiento, correspondientes a lo visto en las consultas externas del Hospital Comarcal del Bidasoa en el primer semestre de este año. Con respecto a la patología digestiva que es hospitalizada directamente, me he remitido a lo publicado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Osakidetza (1). Como método, me he limitado a hacer una especie de listado de los problemas digestivos que aparecen con más frecuencia, haciendo una revisión crítica de cada uno de ellos.

Resultados

Hospitalización

En la publicación citada (1) las patologías se agrupan por lo que llaman Grupos Relacionados por el diagnóstico (GRD). El GDR 777 agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por esofagitis, reflujo gastroesofágico (RGE), gastroenteritis, enteritis por salmonella, diarrea, dolor abdominal y vómitos. Este grupo representa el 0,49% de todas las altas hospitalarias de la red de Osakidetza. Si se desglosa lo que corresponde a

cada hospital, las cifras varían entre un 0,80% en San Sebastián y un 0,31% en Cruces. El mayor porcentaje (39%) corresponde a los ingresos que tienen algo que ver con el RGE (vómitos, sospecha de RGE por otros motivos, procedimientos diagnósticos relacionados). Las diarreas agudas en las que se encuentra un germen representan el 19,4% del total, las diarreas sin más especificación suponen el 25,2%. Y el resto (16,4%) es una miscelánea en la que están incluidos los dolores de vientre recidivantes (DAR).

Consulta externa

El primer lugar por su frecuencia se encuentran los dolores de vientre recurrentes (DAR) con un 32% en mi consulta y un 45% en la del Hospital del Bidasoa. La tendencia actual es la de presentar los DAR como una entidad en la que hay tres tipos de formas clínicas: a) los DAR sin más especificación o funcionales, b) los asociados a síntomas de dispepsia y c) los asociados a evacuación intestinal alterada (colon irritable). Cada grupo tiene unas características clínicas determinadas y su diagnóstico diferencial se plantea también con procesos concretos (2). La inmensa mayoría de los casos entran dentro del primer grupo y es dudoso que ese esquema suponga un adelanto en el conocimiento de la etiopatogenia, en el diagnóstico o en el tratamiento de estos pacientes

Los DAR constituyen una realidad incuestionable, muy frecuente y de etiología desconocida. Ni siquiera sabemos si son varios o el mismo proceso con variantes en su forma de presentación. La idea general es que en su patogenia se combinan de alguna forma no bien precisada trastornos de la motilidad intestinal (3) y de la sensibilidad visceral (4). Durante los últimos años se creyó encontrar en el *Helicobacter pylori* el agente causal. Sin rechazar el papel que el *Helicobacter* pueda tener en otros terrenos, por ejemplo en el del cáncer gástrico (5) lo cierto es que no hay argumentos sólidos que permitan relacionarlo con los DAR.

La actitud ante un paciente pediátrico que cumple los requisitos de los DAR y en el que no hay signos de alarma, es hacer el diagnóstico positivo del problema, explicar lo que sabemos y no sabemos sobre ellos, insistir en su buen pronóstico y garantizar una supervisión adecuada a lo largo de toda su evolución.

Con respecto al pronóstico, el futuro de los pacientes pediátricos con DAR ha sido objeto de algunas publicaciones. En un trabajo reciente se llega a la conclusión de que los niños con DAR presentan en la vida adulta, con mayor frecuencia que en los controles, síntomas del tipo de la ansiedad, toleran peor los problemas físicos y tienen mayor tendencia a ser tratados con medicaciones psicoactivas (6).

El segundo lugar, con una frecuencia del 28% en mi serie, están las diarreas prolongadas o crónicas, que en el Hospital del Bidasoa representan un 19%. En este apartado pueden distinguirse: la enfermedad celíaca (EC) (11 %), el colon irritable (CI) (13 %) y casos aislados de otras etiologías mucho más raras (lambliasis, diarrea autoinmune, inmunodeficiencias, pouchitis)

La EC ha sido objeto preferente de otras reuniones, pero el CI es algo que no ha merecido tanta atención a pesar de ser muy frecuente. No hay una definición estándar del CI para la edad pediátrica. En el caso de los adultos, los llamados criterios de Roma

recientemente modificados lo definen como : “la presencia durante por lo menos 12 semanas (no forzosamente consecutivas) de dolor o molestias abdominales que no pueden explicarse por anomalías bioquímicas o estructurales y que presentan por lo menos dos de los siguientes síntomas: dolor que se alivia con la defecación, dolor que comienza con un cambio en la frecuencia de las deposiciones (diarrea o estreñimiento) o con un cambio de su consistencia (blandas, líquidas, secas). El síndrome puede dividirse en subgrupos según que el síntoma dominante sea el dolor, la diarrea, el estreñimiento o la alternancia entre diarrea y estreñimiento (7).

Yo tengo la impresión de que nosotros vemos dos cuadros bastante diferentes a los que llamamos colon irritable:

a. el primero de ellos es la diarrea crónica inespecífica del niño pequeño, del niño que empieza a andar. Es con mucho la forma más frecuente y en él lo que domina es la diarrea y menos veces la alternancia entre diarrea y estreñimiento. Lo que realmente preocupa y hace que vengan a la consulta es la diarrea. El cuadro clínico es característico, con deposiciones de consistencia muy variable de un día a otro, dentro del mismo día y en la misma deposición. A veces en relación clara con acontecimientos externos (jarabes, infecciones respiratorias, dentición) y otras veces no. Todo esto con un estado general excelente, un estado nutricional normal y un crecimiento y desarrollo normales. El diagnóstico es sencillo y se basa en la clínica, la exclusión de datos que puedan hacer pensar en diarreas crónicas de otras etiologías (ausencia de parásitos, negatividad de los marcadores de EC) y un control evolutivo que confirma el diagnóstico. El pronóstico es excelente, con atenuación o desaparición de la diarrea hacia el tercer o cuarto año de vida. El tratamiento medicamentoso es rara vez necesario, pero puede emplearse la Loperamida en los casos en los que los síntomas son muy intensos, duraderos o mal soportados por la familia.

b. la otra forma de colon irritable, mucho menos frecuente, es la que se da en niños mayorcitos (mayores de 7-8 años) y en adolescentes. Son cuadros que encajan mucho mejor que el anterior en la definición antes citada. Casi siempre son formas en las que predomina el dolor de vientre y la diarrea y en clara relación con acontecimientos estresantes. Son más persistentes en el tiempo y mejoran con medicación, que debe recomendarse únicamente en momentos puntuales.

El estreñimiento con su variante la encopresis supone el 7 % de los diagnósticos de mi consulta y 5% en del Hospital del Bidasoa. Pero si se tienen en cuenta los que van a parar a la de Cirugía Infantil, el resultado es que tenemos que ponerlo como tercera causa más frecuente de problemas digestivos que nos son enviados. Y en esto nosotros no somos la excepción. Hay datos de otros hospitales en los que suponen el 11% del total. En una encuesta hecha en el Reino Unido hasta el 37% era considerado como estreñido por sus padres (8). En circunstancias normales un niño depone de tres veces al día a tres veces por semana. A partir de los 4 años de edad tiene en esto una pauta parecida a la del adulto. De forma convencional se acostumbra a catalogador como estreñido a un niño que depone menos de dos veces a la semana.

El estreñimiento es un síntoma que puede ser debido a diferentes causas. Pero muy rara vez puede encontrarse un defecto congénito o una enfermedad que lo justifique. Esto hasta tal punto es cierto que si no hay hechos evidentes (enfermedades neurológicas,

medicación, atireosis) que lo expliquen, uno está autorizado a catalogarlo de entrada como funcional o primario y actuar en consecuencia.

Se conocen los mecanismos por los que las heces llegan al recto y allí son almacenadas y evacuadas o retenidas según las circunstancias. Intervienen una serie de mecanismos musculares y neurológicos tanto centrales como periféricos. En teoría el estreñimiento puede ocurrir por alteración de cualquiera o cualesquiera de esos mecanismos. Desde el punto de vista fisiopatológico se distinguen dos tipos de estreñimiento: los que se deben a un enlentecimiento del tránsito de las heces a través del colon y los que se deben a un fallo en los mecanismos evacuatorios finales (disfunción pélvica). En el niño, lo más corriente es que haya una retención voluntaria de heces, que lleva a una progresiva dilatación y una mayor tolerancia de la ampolla rectal. Si esto persiste, se llega a la emisión involuntaria de heces en situaciones socialmente inconvenientes, y entonces tenemos ya establecida la encopresis.

El estado general es excelente y, salvo la palpación de heces a veces en masa de considerable volumen, la exploración clínica normal. El diagnóstico es esencialmente clínico y las exploraciones instrumentales no están justificadas de entrada. En los casos rebeldes al tratamiento convencional hay que excluir una enfermedad celíaca. Otros procesos excepcionales a excluir son los Hirschprung cortos, hipotiroidismos, hipocalcemia y saturnismo.

El tratamiento se basa en una psicoterapia elemental, revisión de la dieta, corrección de errores si los hay y el empleo de laxantes. En los lactantes pequeños lactados artificialmente a veces dan buen resultado las leches HA. Entre los laxantes, excluidos los lactantes pequeños, es preferible el aceite de parafina que hay que mantener durante bastante tiempo. Tampoco hay inconveniente en echar mano de laxantes osmóticos a base de sorbitol o lactulosa, siempre que sea durante períodos de tiempo no largos. Los preparados estimulantes como los que contienen sen (jarabe de manzana por ejemplo) son menos recomendables por producir acostumbamiento. Laxante menos usado pero que ha sido objeto de publicaciones recientes es el polietilenglicol, un preparado de fibra soluble que se utiliza desde hace tiempo como preparación a intervenciones quirúrgicas abdominales. Se administran en cantidades grandes y no sirven para un tratamiento continuado. En USA se están utilizando preparados de polietilenglicol (Miralax) que se administran de forma prolongada en volumen menor (9). Los supositorios, que actúan estimulando el recto por irritación local, son especialmente rechazados por los niños. El cisapride es un medicamento que a las dosis recomendadas, y con las limitaciones de prescripción por todos conocidas, es beneficioso en algunos casos rebeldes a otras medicaciones (10). En el caso concreto de niños con lesiones neurológicas importantes se han utilizado los glucomanos, preparados de fibra soluble empleados en las dietas de adelgazamiento (11).

Si hay encopresis, por lo general es preciso empezar por vaciar el intestino de las heces retenidas. En esta primera fase lo clásico ha sido utilizar los enemas hipertónicos de fosfato. Para evitar la reimpactación es preciso mantener de forma continuada la administración de aceite mineral. Los demás laxantes se emplean según las necesidades y sin que haya un protocolo que se haya mostrado claramente superior a los demás.

El cuarto lugar en esta lista está ocupado por todo lo que gira alrededor del RGE (4 % en mi serie y 7% en la del Hospital del Bidasoa). Una patología que hace pocos años ocupaba un lugar secundario ha pasado a presentarse como primera opción diagnóstica en una serie de cuadros clínico muy dispares. Dado que no hay una explicación convincente a este hecho, es razonable plantearse si estamos creando algo artificial con poca base real (12). El RGE es muchas veces un hecho fisiológico y en ocasiones puede ser patológico. Pero no sabemos si la diferencia entre ambos es cuestión de grado o se trata de cosas diferentes. Hay dos dificultades adicionales que complican un mejor conocimiento el problema: a) no existen pruebas fidedignas que distingan un RGE fisiológico de una enfermedad por reflujo (ERGE) y b) cuando existe un hecho patológico asociado a un reflujo que se cataloga como patológico, no siempre es fácil saber qué es lo primero y qué lo segundo. A pesar de estas limitaciones, lo que se hace es recurrir a las pruebas que se consideran más fiables y si los resultados se consideran no normales, iniciar un tratamiento de prueba ante el que una respuesta favorable se considera como un apoyo al diagnóstico.

Vómitos y regurgitaciones son los síntomas más frecuentes en la ERGE. Pero se ha puesto en relación con otros síntomas, de tal forma que hoy día, en la práctica, el niño con sospecha de ERGE llega al Hospital por una o varias de estas razones:

porque es un lactante que vomita mucho sin más

porque en un lactante que vomita mucho y gana poco de peso

porque vomita mucho, o no vomita mucho, pero llora y está inquieto

porque es un lactante que tiene apneas

porque es un niño mayor que se queja de molestias abdominales

porque es un niño mayor que se queja al tragar

porque es un niño que tiene neumonías recurrentes, laringitis recurrentes o asma rebelde al tratamiento.

y para resolver estas situaciones disponemos de una serie de medios como son:

la historia clínica y la exploración

los estudios radiológicos, que nos van a informar de anomalías anatómicas

la pHmetría, que nos va a informar sobre la intensidad del reflujo y su relación temporal con determinados hechos patológicos (apnea, pirosis, tos ronca)

la endoscopia y la biopsia, que nos van a informar sobre alteraciones anatómicas e histológicas y

los tratamientos de prueba

y una vez llegados a una determinada conclusión podemos o no utilizar alguno o algunos de los remedios de los que disponemos en este momento:

cambios dietéticos

cambios posturales

supresores de la acidez de uno u otro tipo

medicamentos proquinéticos e

intervención quirúrgica

¿Cómo actuar de forma ordenada y consecuente?. Hace dos meses se han publicado las recomendaciones de la Sociedad americana de gastroenterología y nutrición pediátricas. No están hechas ni para recién nacidos, ni para prematuros, ni para niños con lesiones

neurológicas importantes. Son normas que deben ser conocidas, aunque es pronto para decir si van a suponer o no un avance en el manejo del RGE. (13).

En quinto lugar, con un porcentaje del 5 % en mi serie y el 14 % en la del Hospital del Bidasoa, están los pacientes que vienen por una intolerancia o alergia alimentaria. El alimento implicado con mayor frecuencia es la leche de vaca y le siguen en frecuencia el huevo y el pescado. Solamente en una ocasión he visto intolerancias a carnes de pollo, ternera y pavo. Lo habitual es que los pacientes vengan ya diagnosticados y se nos confíen para ser controlados y, en su caso, para llevar a cabo la provocación. Como es conocido, las debidas a la leche de vaca son por lo general de buen pronóstico, mientras que las debidas a huevo y pescado son mucho más violentas en sus manifestaciones clínicas y más persistentes en su evolución.

No veo intolerancias a la lactosa en niños pequeños. Probablemente porque son transitorias y han desaparecido para cuando llegan a la consulta. Pero es que tampoco las veo en niños mayores y eso es algo que me llama la atención. Hasta cierto punto nada más, porque desde que ha dejado de utilizarse la sobrecarga con lactosa para hacer la prueba del H₂ espirado, sustituyéndola por leche, el porcentaje de positivos es de lo más exiguo.

Y queda por último un grupo donde se encuentran los casos que se salen de la rutina: inflamatorias crónicas, intestinos cortos, colectomías totales, rectorragias, hepatitis autoinmunes, hiperbilirrubinemias, transaminasas elevadas, vientres abombados, linfagiectasia intestinal, litiasis biliares, emisión de cosas raras por heces, dermatitis perianales, prolapsos rectales... Lo que podría catalogarse como patología digestiva excepcional, que merece ser tratada en capítulo aparte.

San Sebastián a 16 de Noviembre del 2001

Bibliografía

Morbilidad y resultados asistenciales en los Hospitales de Osakidetza. Año 2000. GRD más frecuentes por Servicio. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Boyle, JT. Recurrent Abdominal Pain: An Update. *Pediatrics in Review* 1997 18: 310-321.

Pineiro-Carrero VM. Abnormal gastroduodenal motility in children and adolescents with recurrent functional abdominal pain. *J Pediatr* 1988, 113: 820-825.

Hyams J. Chronic abdominal pain caused by sorbitol malabsorption. *J Pediatr* 1982; 100:772-773.

Naomi Uemura, M.D., Shiro Okamoto, M.D., Soichiro Yamamoto, M.D., Nobutoshi Matsumura, M.D., Shuji Yamaguchi, M.D., Michio Yamakido, M.D., Kiyomi Taniyama, M.D., Naomi Sasaki, M.D., and Ronald J. Schlemper, M.D. *Helicobacter pylori* Infection and the Development of Gastric Cancer *N Engl J Med* 2001;345: 784-789.

Campo JV, Di Lorenzo C, Chiapetta L, Bridge J, Colborn DK, Gartner JC, Gaffney P, Kocoshis S, Brent D. Adult outcomes of pediatric abdominal pain: do they just grow of it?. *Pediatrics* 2001;108: E1.

Horwitz BJ, Fisher RS. The irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med*. 2001; 344: 1646-185.

Di Lorenzo C. Childhood constipation: Finally some hard data about hard stools!. *J Pediatr* 2000; 136: 4-7.

DiPalma JA, DeRidder PH, Orlando RC, Koltos BE, Cleveland MB. A randomized, placebo-controlled, multicenter study of the safety and efficacy of a new polyethylene glycol laxative. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 446-450.

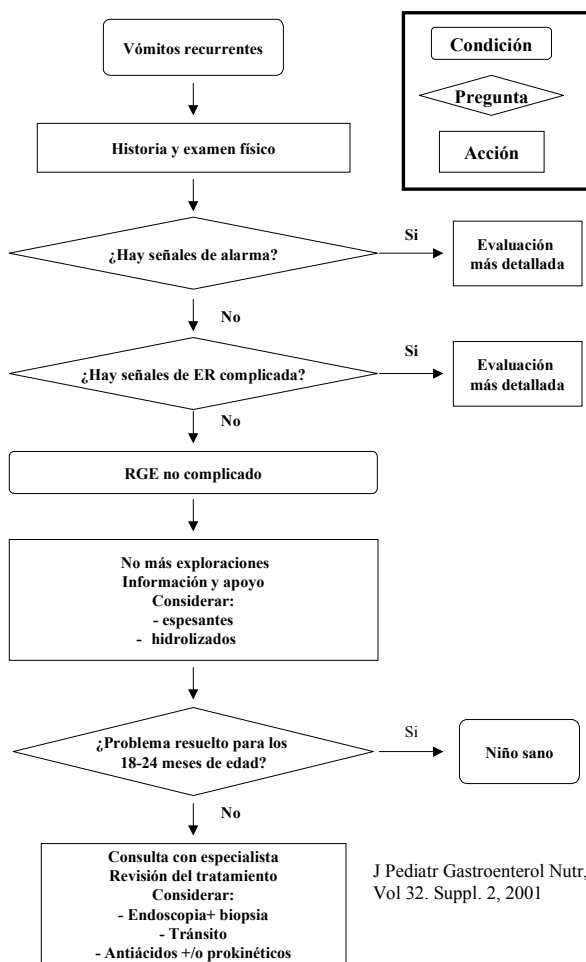
Nurko S, García Aranda JAS, Worana LB, Zlochisty O. Cisapride for the treatment of constipation in children: a double-blind study. *J Pediatr* 2000; 136: 35-40.

Staiano A, Simeone D, Del Giudice E, Niele E, Tozzi A, Toraldo C. Effect of the dietary fiber glucomannan on chronic constipation in neurologically impaired children. *J Pediatr* 2000; 136: 41-45.

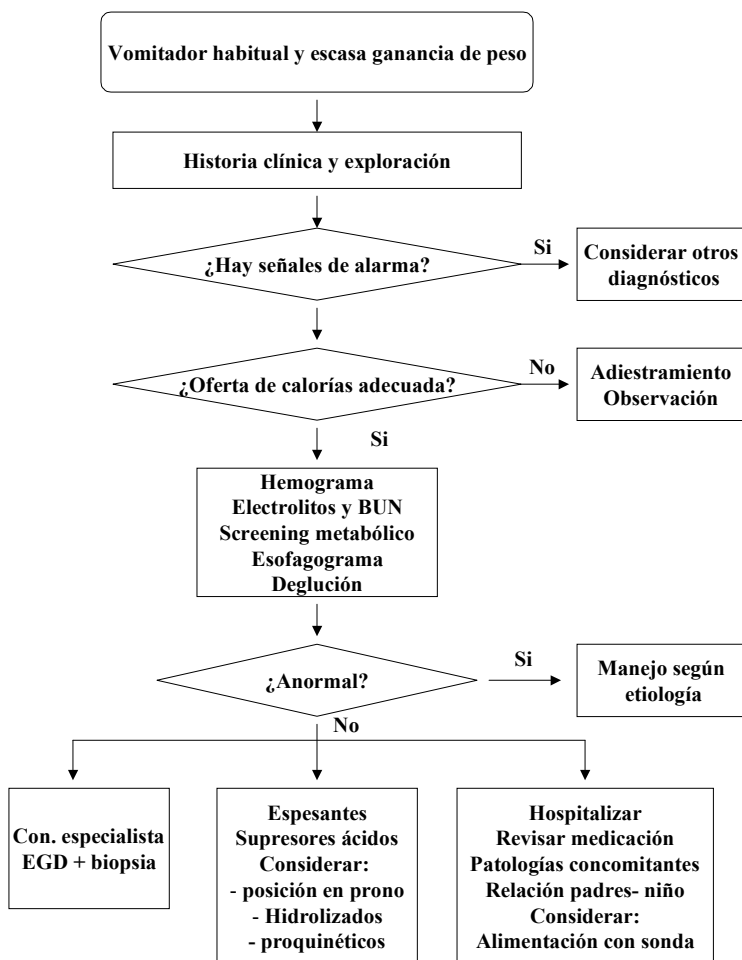
Callahan CW. Increased gastroesophageal reflux in infants: can history provide an explanation?. *Acta Paediatr* 1998; 87: 1219-1223.

Rudolph CD, Lynette JM, Liptak GS, Baker RD, Boyle JT, Colleti RB, Gerson WT, Werlin SL. Guidelines for Evaluation and Treatment of Gastroesophageal Reflux in Infants and Children. Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;32: S1-S31.

Manejo del lactante vomitador habitual

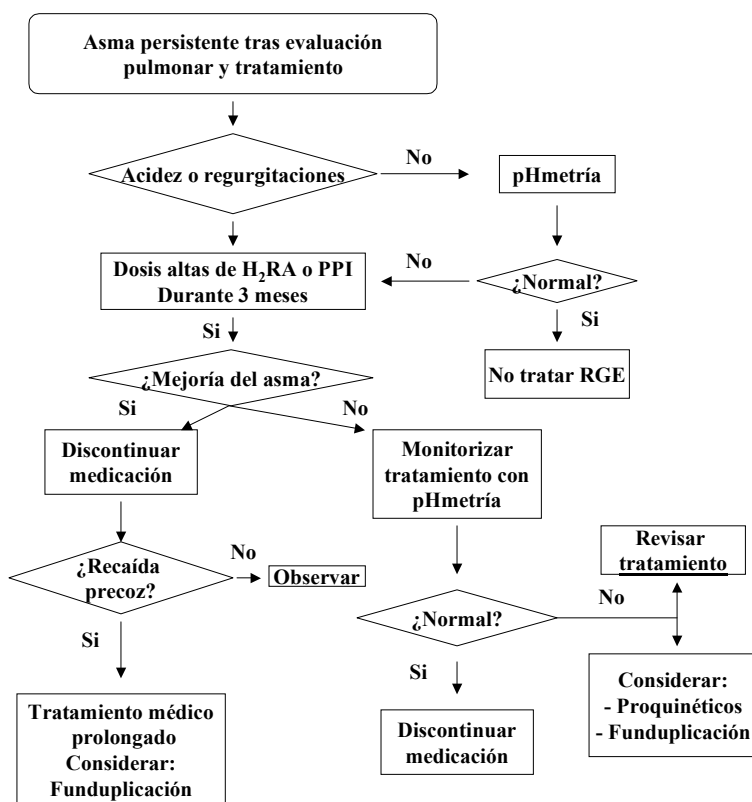


Manejo del lactante vomitador con ganancia escasa de peso



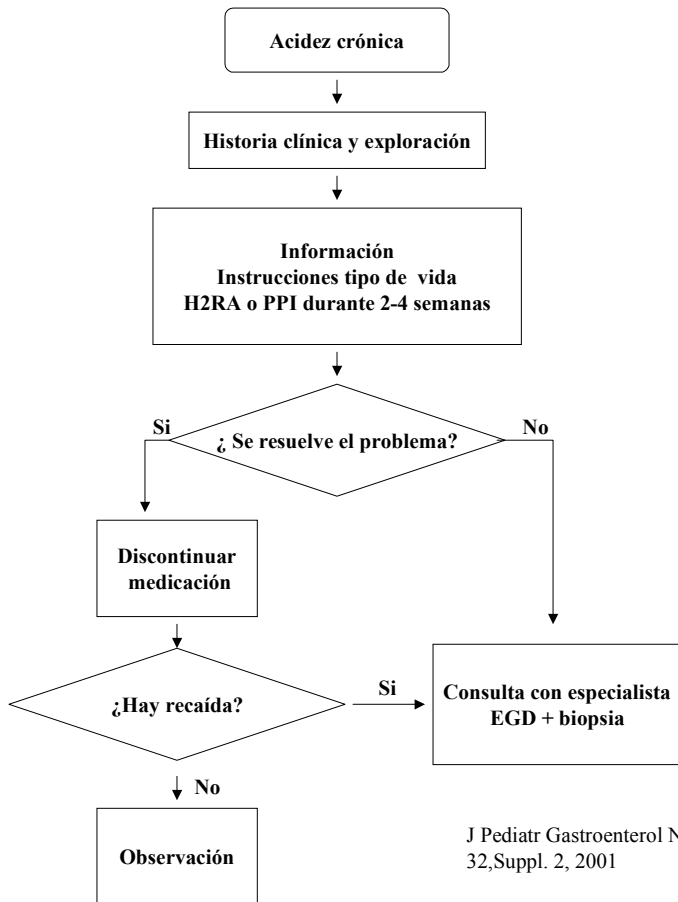
J Pediatr Gastroenterol Nutr 32, Suppl. 2, 2001

Manejo del niño y del adolescente con asma v sospecha de RGE



J Pediatr Gastroenterol Nutr 32,Suppl. 2, 2001

Manejo del niño o del adolescente con acidez crónica



J Pediatr Gastroenterol Nutr
32,Suppl. 2, 2001

Manejo del niño y del adolescente con esofagitis

J Pediatr Gastroenterol Nutr
32, Suppl 2, 2001

