



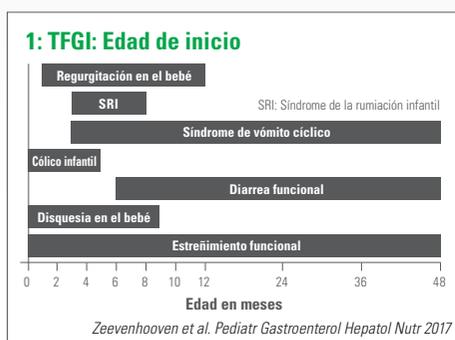
Ponente: Ilan J.N. Koppen, Países Bajos



Los criterios pediátricos de Roma IV – ¿Qué hay de nuevo?

Los TFGI son definidos por los criterios de Roma, que fueron establecidos por grupos de trabajo de la Fundación Roma. Estos criterios están basados en la descripción semiológica de los síntomas, en la bibliografía específica de estos trastornos y en las discusiones de las reuniones del Consenso.

Los primeros criterios de Roma se establecieron entre 1990-1994, pero eran solo para adultos. En 1999 se publicaron los primeros criterios de Roma pediátricos que eran, básicamente, una copia de los criterios de los adultos. Los cambios más importantes se dieron en el Consenso de Roma III, en 2006, en donde la descripción de los trastornos en niños se basó en investigación pediátrica, subdividiendo incluso en 2 grupos: neonatos/niños pequeños y niños/adolescentes, dado que muestran diferentes tipos de TFGI. La publicación más reciente se hizo en 2016, Roma IV, en la cual se sigue haciendo la misma subdivisión de edades para explicar estos trastornos (Gráfico 1).



Reflujo y regurgitación

Hay muchas dificultades con la semántica de reflujo y regurgitación, porque tanto los médicos como los padres utilizan los términos indistintamente.

- **Reflujo gastroesofágico (RGE):** Paso del contenido gástrico al esófago.
- **Regurgitación:** reflujo, que puede ser visto.
- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):** Reflujo que causa síntomas molestos y/o complicaciones.

Es muy difícil definir los síntomas molestos en los bebés pequeños. La definición de regurgitación infantil de Roma IV sostiene que deben tener lugar por lo menos 2 eventos de regurgitación al día durante mínimo 3 semanas en bebés de 3 semanas a 12 meses de edad, que no se acompañen de arcadas, hematemesis, aspiración, apnea, FTT, dificultades de alimentación, postura anormal u otros signos.

La prevalencia varía mucho de un estudio a otro y se dice que entre 8 y 26% de los lactantes menores de 1 año tienen regurgitación infantil y el pico se presenta, por lo general, alrededor de los 4 meses. El tratamiento consiste en educar y tranquilizar a los padres, espesar los alimentos y, en ocasiones, dar asesoría sobre las mejores posiciones del bebé, aunque esto es discutible.

ERGE

Hay trastornos más infrecuentes como el síndrome de la rumiación infantil, que se incluye en los criterios de Roma IV. Es la regurgitación habitual del contenido gástrico hacia la boca con el fin de autoestimularse. En Roma IV se define como:

- Contracciones repetitivas de los músculos abdominales, el diafragma y la lengua.
- Regurgitación sin esfuerzo del contenido gástrico, que es expulsado por la boca o vuelto a masticar y a tragar.
- Tres o más de los siguientes:
 - Aparición entre los 3 y los 8 meses.
 - No responde al manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la regurgitación.
 - No se acompaña de señales de sufrimiento.
 - No tiene lugar durante el sueño o cuando el bebé está interactuando con las personas en su ambiente.

(tiene que incluir todos durante ≥ 2 meses).

Según los estudios de prevalencia, esto tendría lugar en 1,7-7,2% de los bebés menores de 1 año y en 1,9-2,9% de los de 1 a 3 años, basados en cuestionarios y estudios de entrevistas. Sin embargo, la cifra podría ser una sobreestimación.

Se considera que la rumiación es causada por la privación social y el comportamiento de los padres, que no satisface las necesidades sociales del niño. El niño desarrolla un comportamiento de autoestimulación. No se requiere ninguna prueba diagnóstica, más allá de pedir a los padres que filmen al bebé. Esto es fácil ya que ahora todo el mundo tiene un teléfono móvil. El tratamiento consiste en orientar a los padres para que provean una educación empática y receptiva, estimulándolos para que puedan resolver de manera apropiada las necesidades sociales de sus hijos.

Síndrome de vómito cíclicos

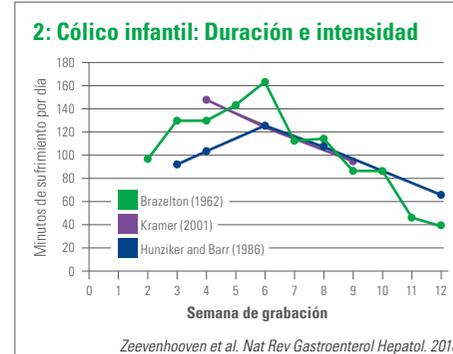
Los criterios de Roma IV establecen lo siguiente con respecto al síndrome de vómito cíclico:

1. Dos o más periodos de vómito paroxístico irrefrenable con o sin náuseas, que dura horas a días dentro de un periodo de 6 meses.
2. Los episodios son estereotípicos de cada paciente.
3. Los episodios están separados por semanas a meses con regreso al estado de salud inicial entre episodios de vómito.

Prevalencia: 0,0 a 3,8% en bebés menores de 1 año, 3,4-6,1% en niños de 1 a 3 años. La etiología no está completamente clara, pero se asocia con antecedentes maternos de migraña.

Cólico infantil

El cólico infantil consiste en episodios prolongados de llanto que suelen presentarse por la tarde o por la



**Aviso Importante: La leche materna es el mejor alimento para el lactante.
Información exclusiva para profesionales de la salud.**





noche, con picos hacia las 4 a 6 semanas de edad, que por lo general se resuelven hacia los 3-4 meses de edad. Puede ser muy estresante para los padres y a menudo es motivo de consulta. También se ha dicho que puede formar parte del desarrollo neurológico y conductual del niño e incluso se ha descrito como parte de la fisiología normal de los niños. (Gráfico 2).

Los criterios de Roma III se basan en la "regla de los tres" de Wessel (≥ 3 horas/día, ≥ 3 días/semana, ≥ 3 semanas). Durante la reunión de Roma IV se cuestionó: ¿cuál es la base de evidencia para usar 3 horas como límite?, un niño que llora durante 2 horas, ¿es un caso menos grave? Obviamente no, eso dió paso a que se definieran criterios para fines clínicos y para fines de investigación por separado.

Para los criterios de diagnóstico clínico, Roma IV dice:

1. < 5 meses de edad cuando los síntomas aparecen y desaparecen.
2. Los cuidadores informan de periodos recurrentes y prolongados de llanto, malestar o irritabilidad del bebé que se presentan sin causa aparente y que no pueden ser prevenidos o solucionados por los cuidadores.
3. No hay evidencia de retardo en el crecimiento, fiebre o enfermedad.

Adicionales para fines de investigación clínica:

4. En una entrevista de tamizaje por teléfono o cara a cara con un investigador o clínico, el cuidador informa que el bebé ha estado llorando o agitado durante ≥ 3 horas diarias durante ≥ 3 días en un espacio de 7 días.
5. En un análisis de 24 horas, se confirma que ocurre llanto e inquietud por 3 o más horas medidas en un diario de comportamiento de 24 horas llevado prospectivamente.

La prevalencia del cólico infantil es muy alta: entre 17% a 25% en bebés de ≤ 6 semanas de edad. El tratamiento consiste en orientar a los padres, enseñarles a abordar el reto de tranquilizar al niño.

Diarrea funcional

Un tipo diferente de problema es la diarrea funcional, la cual se considera como la presencia de "deposi-

ciones aguadas frecuentes en niños pequeños por lo demás sanos" ("diarrea del niño pequeño").

Son muchos los factores dietéticos que hay que tomar en consideración, sobre todo la hiperalimentación, el consumo excesivo de zumos de fruta, la ingestión de otros carbohidratos (fructosa y/o sorbitol), y el bajo aporte de grasa en la dieta.

Criterios de Roma IV:

1. Paso recurrente a diario de 4 o más deposiciones blandas, grandes e indoloras.
2. Síntomas duran más de 4 semanas.
3. Aparición entre los 6 y los 60 meses.
4. No hay deterioro del crecimiento y el desarrollo si el aporte calórico es adecuado.

La prevalencia en los niños pequeños no es muy alta; se observa más en niños de 1 a 3 años. La diarrea funcional suele resolverse por sí sola antes de la edad escolar; el tratamiento consiste en evaluación y asesoría nutricional, educación y seguridad.

Disquesia del bebé

Se trata de un problema muy diferente, que se considera causado por la falta de coordinación de la presión intraabdominal con la relajación del piso pélvico.

Criterios de Roma IV:

1. ≥ 10 minutos de pujo y llanto antes del paso exitoso o fallido de heces blandas.
2. Ausencia de otros problemas de salud.

(En Roma IV se propuso considerar lactantes menores de 9 meses en vez del criterio anterior (Roma III) de niños < de 6 meses.).

La prevalencia es de 0-3,2% en lactantes menores de 1 año. El tratamiento consiste en educar, tranquilizar y evitar la estimulación rectal. No hay necesidad de laxantes.

Estreñimiento funcional

Las deposiciones infrecuentes y dificultosas con heces duras son sugestivas de estreñimiento funcional. En niños que ya saben ir al baño, la impactación fecal puede dar lugar a incontinencia fecal. La prevalencia es muy alta, tanto en bebés como en niños pequeños (4,7-16,1% en los menores de 1 año / 9,4-26,8% en los niños de 1 a 3 años).

En los criterios de Roma IV, deben incluirse al menos 2 de los siguientes eventos durante más de un mes en niños de hasta 4 años de edad:

- 2 deposiciones semanales o menos.
- Antecedentes de retención excesiva de las heces.
- Antecedentes de deposiciones dolorosas o duras.
- Antecedentes de deposiciones de gran diámetro.
- La presencia de una gran masa fecal en el recto de los neonatos. En niños que ya saben ir al baño se pueden usar los siguientes criterios adicionales:
- Por lo menos 1 episodio/semana de incontinencia después de la adquisición de la destrezas del uso del baño.
- Antecedentes de deposiciones de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro.

El estreñimiento en la infancia temprana suele ser una razón para pensar en posibles patologías orgánicas (p.ej. M. Hirschsprung, malformaciones). Más adelante en la vida los cambios en la alimentación suelen estar relacionados con el desarrollo de estreñimiento y a una edad más tardía, cuando están aprendiendo a ir al baño, el comportamiento de retención es un asunto muy importante y el gran pico de incidencia de estreñimiento funcional se da entre los 2 y los 3 años.

La primera línea de tratamiento para los niños de todas las edades es el polietilenglicol. En niños que sufren estreñimiento y no han evacuado durante un largo período de tiempo, puede considerarse la desimpactación rectal como parte del tratamiento.

Conclusión

- Los TFGI en bebés/niños pequeños se diagnostican de acuerdo con los criterios de Roma IV.
- La regurgitación infantil y el estreñimiento funcional son los más frecuentes TFGI en la infancia.
- El estreñimiento funcional es el TFGI más frecuente en los niños que empiezan a caminar.
- No todos los TFGI requieren tratamiento (más que educar y tranquilizar).

