



Patología digestiva en el adolescente. Trastornos funcionales gastrointestinales

***Dra. Josefa Barrio Torres.
15 Febrero 2017***

Introducción



- La patología G-I funcional del niño y adolescente es un motivo de consulta muy frecuente en AP y AE- Gastroenterología Infantil.
- Estimar su verdadera prevalencia es difícil y depende de los criterios diagnósticos empleados.
- Criterios de Roma: han pasado de ser diagnósticos de exclusión a entidades clínicas específicas con criterios diagnósticos propios.

Criterios de Roma



- 1988. Roma. Primer consenso del Síndrome de intestino irritable.
- 1994. Criterios diagnósticos de los trastornos funcionales : Roma I (adultos). No hay un proceso orgánico que justifique los síntomas.
- 1998: Criterios de Roma II. Se considera por 1ª vez de forma independiente TFGI en niños, catalogándose en función del órgano afecto.
- 2006. ROMA III. Se clasifican los TFGI por edades: neonatos, <4 a y > 4 años. Definición en función de los síntomas. + *inclusivos supuso un aumento del diagnóstico de estos trastornos un 20-50% respecto a Roma II.*
- 2016. ROMA IV. “Trastornos de la interacción cerebro-intestino”.

Introducción



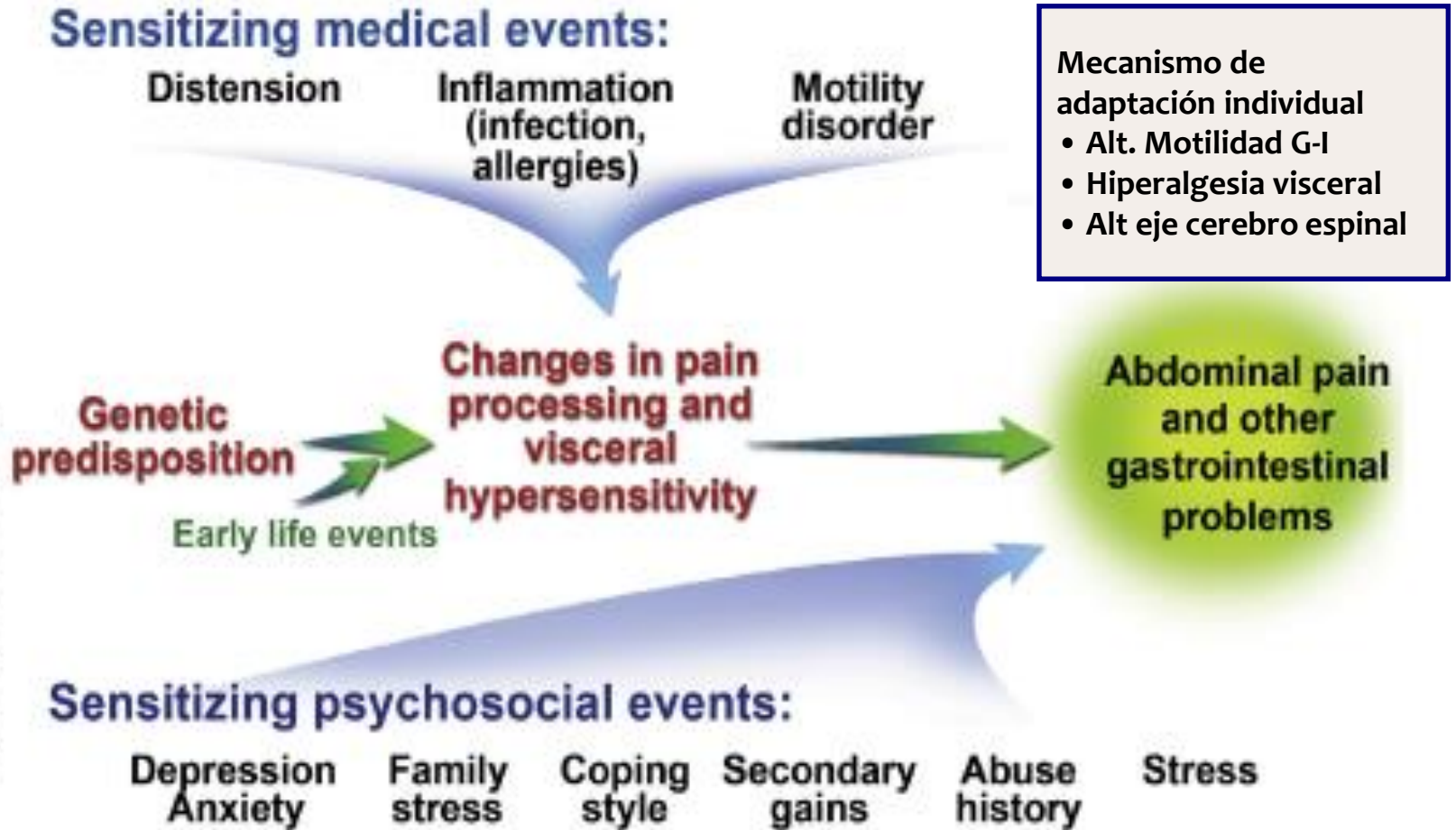
- **Conjunto de síntomas gastrointestinales crónicos y recurrentes que tras una adecuada evaluación médica no pueden ser explicados por otra enfermedad.**
- **No tranquiliza a los padres-hijos que les digamos que no es una patología orgánica.**
- **No se conoce suficientemente su fisiopatología.**
- **En muchas ocasiones el tratamiento no conlleva que se resuelvan los síntomas.**
- **Afectan la calidad de vida del niño y sus familias.**

Diferencias entre criterios Roma III de niños y adultos

Niños	Adultos
Clasificación en función del “síntoma principal”	Clasificación en función del “órgano afecto”
< 5 años: relación con maduración G-I, intelectual y afectivamente.	> 5 años mas similar a adultos: enfoque biopsicosocial.

Patogenia

Modelo bio-psico-social



Criterios de Roma III

- **Trastornos funcionales: niños y adolescentes**
 - **H1. Vómitos y aerofagia.**
 - H1a. Síndrome de rumiación del adolescente.
 - H1b. Síndrome de vómitos cíclicos.
 - H1c. Aerofagia.

 - **H2. Dolor abdominal.**
 - H2a. Dispepsia funcional.
 - H2b. Síndrome de intestino irritable.
 - H2c. Migraña abdominal.
 - H2d. Dolor abdominal funcional de la niñez.
 - H2d1. Síndrome de dolor abdominal funcional de la niñez.

 - **H3. Estreñimiento e incontinencia**
 - H3a. Estreñimiento funcional.
 - H3b. Incontinencia fecal no retentiva.

Prevalencia de TFGI en niños y adolescentes

Levis ML. *J Pediatr* 2016

- Prevalencia de TFGI en niños y adolescentes US . Encuesta nacional on-line.
- Cuestionario Roma III y un cuestionario de calidad de vida.
- Participaron 949 madres de niños/adolescentes (4-18 a) de población general.
- 23% de los niños presentaban al menos un TGIF en opinión de sus madres.
- El estreñimiento (12,9%) y la migraña abdominal (9,2%) fueron los más frecuentes. Aerofagia 4.3%, SII 2,8%, vomitos cíclicos 1.1%.
- No dif.prevalencia en función de la raza , género salvo estreñimiento (+ niños).
- 34% madres tenían al menos 1 TFGI. Dispepsia funcional.
- Los niños con TFGI presentaron peores puntuaciones medias de calidad de vida que los niños sanos (PedsQL4.0) 76.4 vs 89.6, (P < 0 .001).

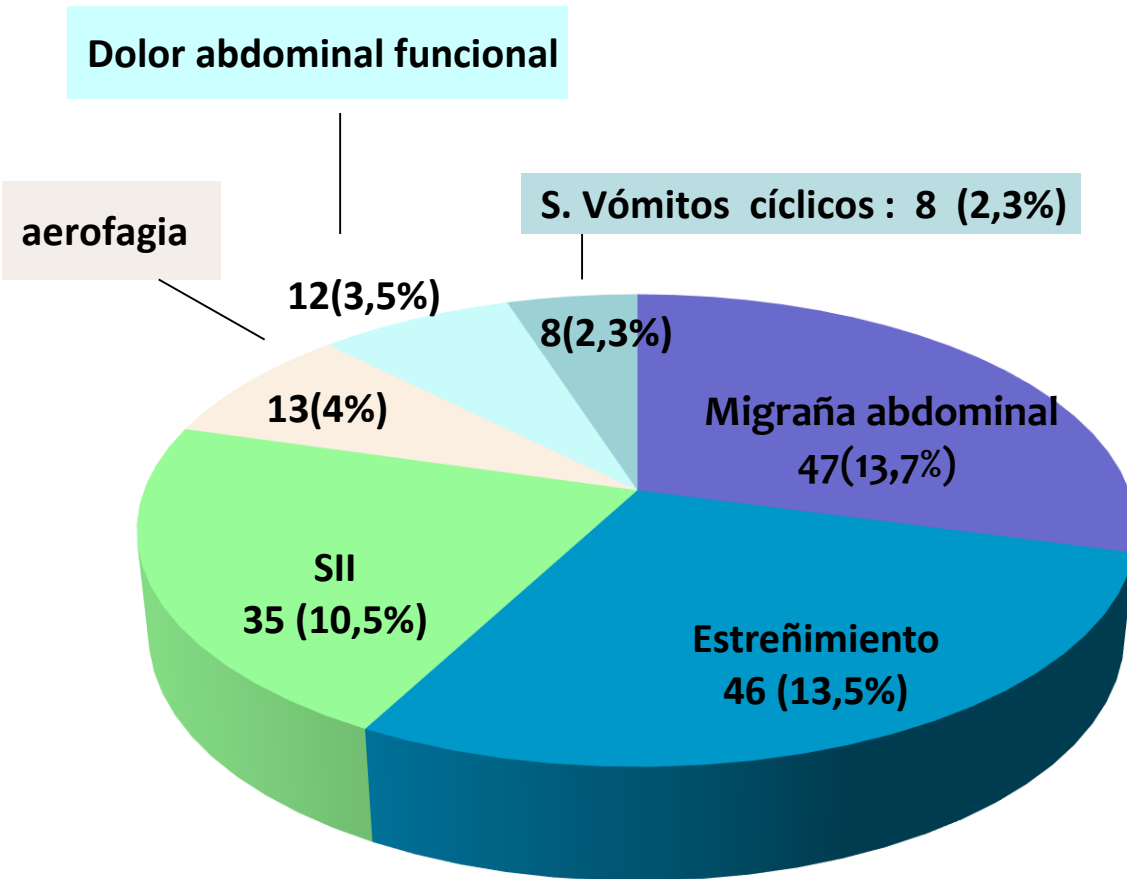
Trastornos funcionales G-I en niños Fuenlabrada .2016

Estudio de prevalencia en niños de Fuenlabrada. Año 2016

Fuenlabrada.
Niños sanos 4-11 años

- Participaron 342 niños de 4-11 a
- Colegios Madrigal y Fuenlabrada

Cumplían criterios Roma III de TGIF
N= 120 **TFGI (35%)**



Frecuencia de TFGI en consultas de Gastroenterología Infantil del H. Fuenlabrada



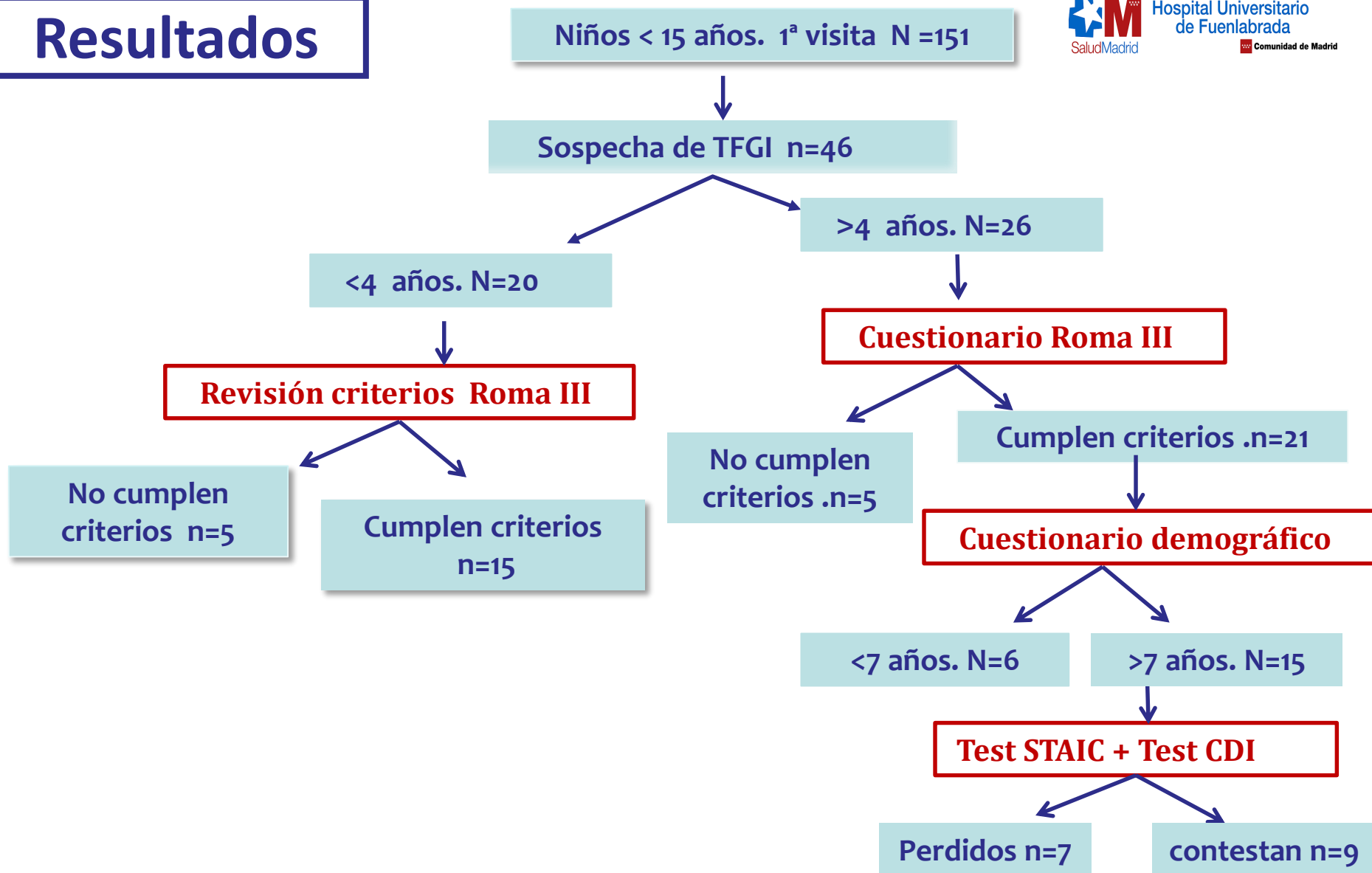
- Estudio descriptivo, recogida de información prospectiva.
- Niños < 15 años. 1ª visita en Digestivo Infantil
- Sospecha por anamnesis de TGIF..... Roma III
- Octubre-Diciembre 2015.

- Niños < 4 años que cumplían criterios de TGIF según Roma III. Registro de datos epidemiológicos y clínicos.

- Niños de 4-10 años con sospecha de TGIF: se solicitó a sus padres cumplimentar:
 - Una hoja de datos demográficos-clínicos.
 - La versión española validada del cuestionario auto-administrado para padres Roma III.

- Niños > 10 años se les solicitó cumplimentar el cuestionario de Roma III y 2 test psicológicos.

Resultados



Frecuencia de TFGI en consultas de Gastroenterología Infantil del H. Fuenlabrada



36/151 (23,84%)

33.125 < 15 años
7714 < 4 años
25411 > 4 años

Extrapolación anual

173 niños con trastornos funcionales/año

33.125 niños < 15 años Fuenlabrada

5,2 por 1.000 menores de 15 años

15/151 (9,9%)

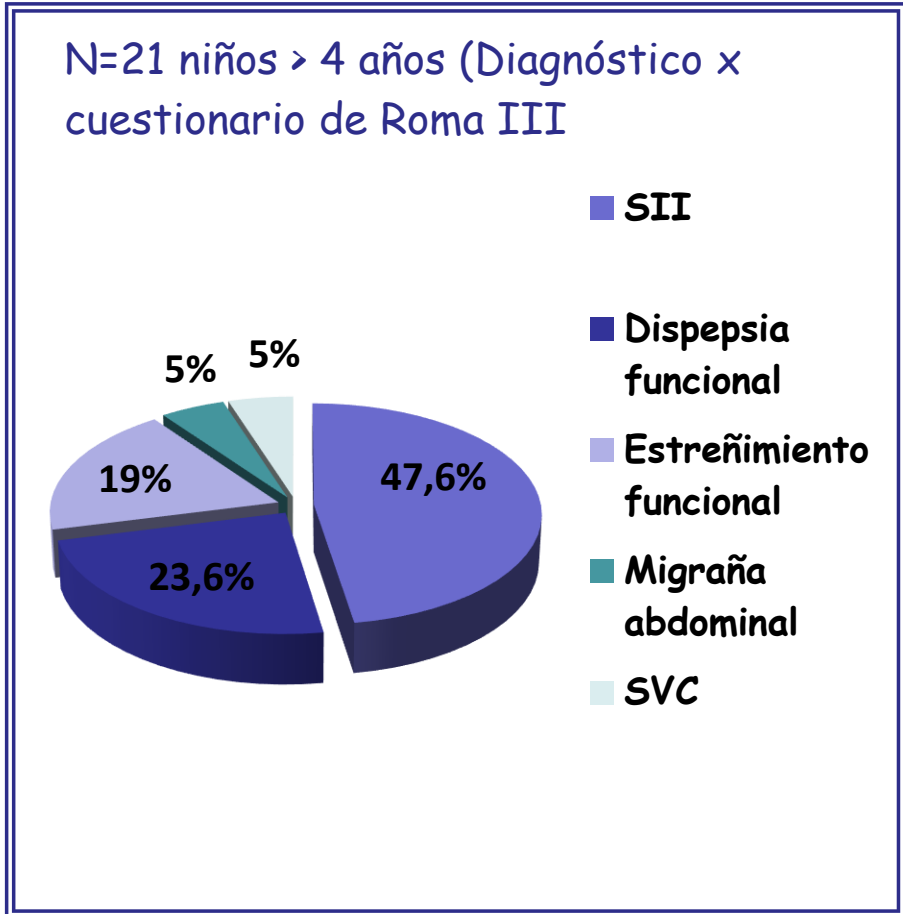
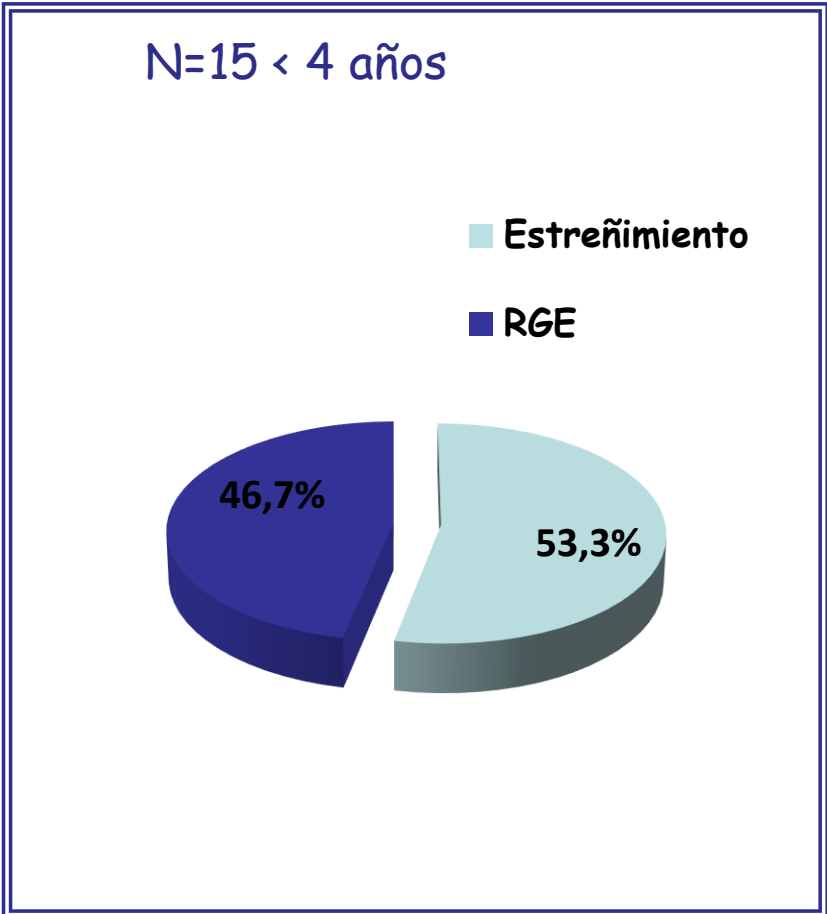
21/151 (13,9%)

9.3 por 1.000 menores de 4 años

3,9 por 1.000 entre 4-15 años



Frecuencia de TFGI en consultas de Gastroenterología Infantil del H. Fuenlabrada



Tras revisión de cuestionarios: 11 de los pacientes, referían síntomas no recogidos en la anamnesis y fueron reclasificados

TFGI en consultas de Gastroenterología Infantil del H. Fuenlabrada

Datos clínico-epidemiológicos (>4 años)

ANTECEDENTES PERSONALES

- TFGI 28,5% (6/21)
- Neurológicos 23,8% (5/21).
- Problemas psicológicos con atención en salud mental: 23,8% (5/21).

ANTECEDENTES FAMILIARES

- TFGI 47,6% (7/21), de origen materno en 71,4%.
- Patología neurológica-psiquiátrica 7/20 (35%), con ansiedad/ depresión en 42,9%.

Los problemas psicológicos de los niños no habían sido referidos en la anamnesis en ningún caso. Tampoco los de los padres en 78%

TFGI en consultas de Gastroenterología Infantil del H. Fuenlabrada

Test psicológicos

N=8

- Test STAI:

Puntuación $p > 90$ el 25% (2/8) para estado ansiedad y 50% (4/8) para rasgo de ansiedad.

- Test CDI:

Cumplen criterios de depresión ($p > 85-90$) 25 % (2/8).

- **La incidencia de TGIF en nuestra consulta es elevada y similar a lo publicado por otros autores.**
- **El perfil de los niños con TGIF atendido en consulta (recogido por anamnesis) es el de un niño con situación familiar estable y sin problemática conocida.**
- **Sin embargo, la auto-cumplimentación de cuestionario clínico-epidemiológico por los padres permitió detectar un elevado porcentaje de niños y padres con problemas psicológicos y atención en salud mental.**

TFGI en consultas de Gastroenterología Infantil del H. Fuenlabrada

- **La utilización de test psicológicos validados en consulta puede ser de gran utilidad para orientarnos sobre la necesidad de apoyo psicológico en niños con esta patología.**
- **En nuestra serie ha permitido detectar pacientes susceptibles de atención psicológica/psiquiátrica que la anamnesis no había detectado.**
- **La auto-cumplimentación del cuestionario Roma III nos permitió conocer datos clínicos no referidos en la anamnesis y reclasificar a un elevado porcentaje de pacientes.**

CRITERIOS ROMA IV

Trastornos funcionales G-I de niños y adolescentes

Roma IV

H1 Nausea funcional y trastornos del vómito.

H1a. Síndrome de vómitos cíclicos.

H1b. Nausea funcional y vómito funcional.

H1c. Síndrome de rumiación.

H1d. Aerofagia.

H2. Trastornos de dolor abdominal funcional.

H2a Dispepsia funcional.

•Síndrome de discomfort posprandial.

•Síndrome de dolor epigástrico.

H2b Síndrome de intestino irritable.

H2c Migraña abdominal.

H2d Trastornos de dolor abdominal no explicados de otra forma.

H3. Trastornos funcionales de la defecación

H3a Estreñimiento funcional.

H3b Incontinencia fecal no retentiva.



Nausea funcional y trastorno del vómito

H1. Nausea funcional y trastornos del vómito

H1a. Síndrome de vómitos cíclicos

- **1.- Dos o mas episodios** de intensas náuseas y vómitos incoercibles y paroxísticos **en los últimos 6 meses** que duran horas o días .
- **2.- Episodios estereotipados en cada paciente.**
- **3.- Episodios separados por semanas o meses, con retorno al estado basal de salud que tuviera previamente entre episodios.**
- **4.- Después de una apropiada evaluación médica , los síntomas no pueden ser atribuidos a otra patología.**

Es necesario que el niño no cumpla criterios para otro tipo de TFIG y que el principal síntoma sea el vómito y no el dolor abdominal.

Si predominara el dolor abdominal debería considerarse que el niño tiene una migraña abdominal.

H1b. Náusea funcional y vómito funcional

- **H1b1. Náusea funcional**
- **Debe incluir todo lo siguiente durante los últimos 2 meses:**
- **Náusea molesta como síntoma predominante, al menos 2 veces /semana, generalmente no relacionado con las comidas.**
- **No asociada con vómitos de forma consistente.**
- **Tras una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden ser explicados por otra condición.**

H1b. Nausea funcional y vómito funcional

- **H1b2. Vómito funcional**
- **Al menos dos meses antes del diagnóstico debe haber tenido todo lo siguiente:**
- **Uno o más episodios de vómitos a la semana.**
- **Ausencia de vómitos autoinducidos o de criterios de trastorno de la conducta alimentaria o de rumiación.**
- **Tras una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden ser explicados por otra enfermedad.**

Tanto la náusea como el vómito funcional pueden aparecer aislados o los 2 juntos.

Puede haber síntomas autonómicos acompañantes como la sudoración, mareo, taquicardia.

Suele aparecer en niños con ansiedad o depresión. El tratamiento psicológico puede ser beneficioso.

H1c. Síndrome de rumiación

- Debe incluir todo lo siguiente durante al menos 2 meses antes del diagnóstico:

1.- Regurgitaciones repetidas ~~indolora~~^{**} con expulsión de la comida y masticación o deglución de nuevo que:

- comienza inmediatamente tras la ingesta de una comida.
- no ocurre durante el sueño .

2.- No precedido de arcadas.

3.- Tras una evaluación médica apropiada, los síntomas no pueden ser explicados por otra enfermedad .

Debe descartarse en estos pacientes un trastorno de la conducta alimentaria

Dif. con Roma III ** a veces la regurgitación va precedida de disconfort en el abdomen**

~~No responde al tratamiento estándar del reflujo gastroesofágico~~

~~Ocurrir al menos una vez en semana. Suelen tener síntomas tras cada comida.~~

- Desencadenantes: infecciones, trauma psicológico
- Frecuente en niños con problemas psiquiátricos. TDAH, TOC ansiedad, retraso del desarrollo.
Complicaciones: dolor abdominal, pirosis , sangrado.
- Tto. Psiquiátrico/G-I/ nutricional....

H1d. Aerofagia

- Debe cumplir todos los criterios siguientes al menos los 2 meses antes del diagnóstico
 - 1 Deglución excesiva de aire.
 - 2 Distensión abdominal debido al aire intraluminal que aumenta a lo largo del día.
 - 3 Eructos repetidos y/o aumento de la flatulencia.
 4. Después de una evaluación médica adecuada los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad.

No es preciso que los síntomas estén presentes al menos 1 vez por semana, como exigían los Roma III.



Trastornos de dolor abdominal funcional

Prevalencia de dolor abdominal en adolescentes

- **Estudios longitudinales prospectivos :**
 - 13-38% de los niños y adolescentes al menos un episodio de dolor abdominal semanal.
 - 24% de los niños, este dolor se prolonga más de 8 semanas ·
- **Metaanálisis 58 estudios = 200.000 pacientes. Prevalencia de trastornos de dolor abdominal funcional 13.5%, siendo el + frec: SII(8,8%), dispepsia funcional (4,5%).**
- **Si utilización criterios Roma-III prev. (16,4%) con criterios Roma-II (12,2%) o los de Apley y Naish (12,9%).**
- **US: Roma III 23% tenían TGIF dolor abdominal, s.t migraña abdominal.**
- **España en niños sanos de 4-11 años de Fuenlabrada: 28% (migraña 14%, SII 10.5%, Dispepsia 3.5). Puerta Hierro-Alicante :14%**

H2. Trastornos de dolor abdominal funcional

H2a. Dispepsia funcional.

H2b. Síndrome de intestino irritable.

H2c. Migraña abdominal.

H2d. Dolor abdominal funciona no especificado con otra epidemiología.

H2a. Dispepsia funcional

- Al menos **los 2 meses previos** al diagnóstico ha **presentado 4 o + días al mes**,
- **uno ó más** de los siguientes molestos síntomas: (Roma III 1 vez/semana)
 - Plenitud postprandial.
 - Saciedad precoz.
 - Dolor epigástrico o ardor no asociado con la defecación.
- Después de una apropiada evaluación, los síntomas no pueden ser explicados por completo con otra enfermedad.

Subtipos de Dispepsia funcional

- **1.- Síndrome de disconfort posprandial.**
- **2.- Síndrome de dolor epigástrico.**

Subtipos de Dispepsia funcional

- **1.-Síndrome de disconfort posprandial**
- Molesta plenitud postprandial o saciedad precoz que impide terminar una comida normal.
- Características que pueden apoyar este diagnóstico : distensión abdominal superior, náuseas postprandiales o eructos excesivos.
- La diferencia con la ***nausea funcional*** es que ésta última puede ocurrir en cualquier momento y no tiene relación con las comidas.

Subtipos de Dispepsia funcional

- **2.- Síndrome de dolor epigástrico:**
- Molesto dolor o quemazón en epigastrio lo suficientemente importante como para interferir las actividades normales.
- No es generalizado ni localizado en otros puntos de abdomen o tórax.
- No se alivia con la defecación ni con la emisión de gases.
- Criterios que apoyan este diagnóstico pueden incluir:
 - Dolor tipo ardor ó quemazón no localizado a nivel retroesternal.
 - Dolor comúnmente inducido o aliviado con la ingesta de una comida pero que puede ocurrir también durante el ayuno.

Dispepsia no ulcerosa y Helicobacter pylori



- Prevalencia infección por HP en niños sanos 20% España.
- La Infección se adquiere en torno a los 6 años .
- Prevalencia aumenta con la edad 11-15 años 50%.
- Colonización permanente por Hp conlleva lesión : Gastritis crónica activa lesión mas frecuente en niños.
- Frecuencia de ulcus baja, + a mayor edad: 700 niños: 8,5% (27% HP).
- Síntomas, en ausencia de úlcera:
 - 50% asintomáticos

- 50% dispepsia no ulcerosa: mismos síntomas que dispepsia funcional.

- Molestias en hemiabdomen superior.
- Náuseas o vómitos
- Plenitud postpandrial

Dolor abdominal crónico/ Dispepsia y Helicobacter pylori



- El papel del HP como causa de síntomas G-I es controvertido.
- 2 tipos de estudios intentan de evaluar esta posible relación.
 - Los que evalúan la frecuencia de la infección por Hp en niños sanos y con dolor abdominal crónico.
 - Los que evalúan la relación entre erradicación de Hp y resolución de síntomas de DAC

Dispepsia no ulcerosa y Helicobacter pylori

- **Bode. Pediatrics 1998**
- En niños sanos alemanes. Frecuencia de Hp y síntomas: La infección por Hp es asintomática en >ría niños y no se asocia con síntomas G-I específicos.
- **2. Spee. 2010.**
- Metaanálisis de estudios que evalúan relación entre HP y síntomas G-I . 38 estudios de baja calidad: C/C, ,transversales/prospectivos.
- No asociación Hp y síntomas específicos como la flatulencia, plenitud postprandial, náuseas, regurgitación. Dudosa con DA epigástrico.

Dispepsia y Helicobacter pylori



- *Correa Silva R. Acta Paediatric 2016.*
- Estudio prospectivo niños brasileños de 4-17 años con dolor abdominal crónico que sugería patología orgánica , a los que se realiza endoscopia y confirmación de infección por Hp por cultivo e histología

NO DIF DE SINTOMAS G-I EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR HP Y LOS QUE NO

- Pérdida ponderal.
- Plenitud postprandial.
- Pirosis
- Eructos

NO DIF EN CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR ABDOMINAL EN AMBOS GRUPOS

Existe relación entre la erradicación de Hp y resolución de síntomas de DA

Bounavolontá R. Helicobacter pylori Chronic Gastritis in Children: To Eradicate or Not to Eradicate? J. Pediatr 2011.

Estudio prospectivo doble ciego en niños italianos de 3-17 años con DAC y síntomas dispépticos a los que se realizó endoscopia con evidencia de GCA por HP.

Aleatorizados la mitad a recibir tratamiento con OCA y la mitad tto sintomático.

Al año del tratamiento el grado de inflamación crónica, la densidad y actividad de HP fueron mayores en el grupo que recibió tto sintomático, no se encontraron diferencias significativas de síntomas entre ambos grupos.

No hay correlación entre erradicación y mejoría de síntomas dispépticos.

*No es necesario descartar la infección por *Helicobacter pylori* en el niño con dolor abdominal crónico.*

Conclusión tras la revisión de los estudios



- **No demostrada la asociación entre DAC e infección con HP.**
- **Tampoco relación con otros síntomas como diarrea, vómitos, flatulencia, estreñimiento, náuseas, plenitud postprandial, halitosis, regurgitación.**
- **La erradicación del germen y la curación de la inflamación gástrica no conducen a la resolución del dolor abdominal crónico y en muchos pacientes los síntomas se resuelven espontáneamente.**

Indicaciones de estudio Hp: endoscopia



- **En niños con familiares de 1º grado con cáncer gástrico.**
 - **En niños con anemia ferropénica o PTI refractaria, cuando se han descartado otras causas.**
-
- **No está indicada la búsqueda rutinaria de la infección por *H. pylori* mediante métodos diagnósticos no invasivos (serología, test de urea espirada C13).**
 - **Si los síntomas sugieren una enfermedad ulcero-péptica, está indicada la realización de endoscopia digestiva alta y buscar otras causas frecuentes como esofagitis eosinofílica, EII y no solo Helicobacter pylori.**

H2b. Síndrome de intestino irritable. Roma IV

- *Durante los 2 meses previos al diagnóstico debe tener todos los siguientes síntomas:*

- 1.- Dolor abdominal **al menos 4 días al mes** asociado con uno o mas de los siguientes (Roma III 1 vez/semana)
 - a. Mejoría con la defecación.
 - b. Aparición asociada a cambios en la frecuencia de las deposiciones.
 - c. Aparición asociada a cambios en la forma y aspecto de las deposiciones.
- 2.- En niños con SII, **el dolor no se resuelve al resolverse el estreñimiento** , en caso de hacerlo sería un estreñimiento funcional y no un síndrome de intestino irritable.
- 3.- Tras una adecuada evaluación, los síntomas no pueden ser completamente explicados por ninguna otra condición médica.

H2c. Migraña abdominal. Roma IV

- *Durante al menos los 6 meses antes del diagnóstico, tener ≥ 2 veces: (Roma III ≥ 2 veces/12 meses)*
- 1.- Episodios paroxísticos intensos y agudos de dolor abdominal periumbilical/ en la línea media/ ó difuso que dura >1 hora (es el síntoma mas alarmante y grave).
 - 2.- Los episodios están separados por semanas - meses.
 - 3.- El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades normales.
 - 4.- **Patrón estereotipado** de síntomas en el paciente individual.
 - 5.- El dolor se asocia a ≥ 2 de los siguientes síntomas:
 - Anorexia, náuseas, vómitos, cefalea, fotofobia o palidez.
 - 6.- Tras una adecuada evaluación médica los síntomas no pueden ser explicados por completo por ninguna otra condición médica.

H2d.Dolor abdominal funcional no especificado de otra manera

- *Cumplir los siguientes criterios al menos los 2 meses previos al diagnóstico:*
 - *Al menos 4 veces al mes tiene que incluir todo lo siguiente.*
1. **Dolor abdominal episódico o continuo que no ocurre solamente durante eventos fisiológicos (comidas, menstruación)**
 2. **Insuficientes criterios para etiquetarlo como síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional o migraña abdominal.**
 3. **Tras una evaluación médica apropiada el dolor no puede ser explicado por completo por ninguna otra condición médica.**

Tratamiento TFG relacionados con dolor abdominal

Tabla 6. Tratamiento de los trastornos gastrointestinales funcionales relacionados con dolor abdominal

- **Dispepsia funcional:**

- Evitar los fármacos antiinflamatorios no esteroideos
- Evitar los alimentos que agravan los síntomas: cafeína, zumos de frutas, alimentos picantes, alimentos grasos
- Antagonistas H₂
- Inhibidores de las bombas de protones
- Fármacos procinéticos: domperidona, cisaprida, eritromicina
- Intervención psicológica sobre el comportamiento

- **Síndrome del intestino irritable:**

- Aceite de extracto de menta
- Intervención psicológica sobre el comportamiento

- **Migraña abdominal:**

- Evitar los alimentos que contengan cafeína, aminos, nitritos
- Intervención sobre el comportamiento
- Fármacos: pizotifeno, propranolol, ciproheptadina, sumatriptán

- **Dolor abdominal funcional:**

- Intervención psicológica
- Antidepresivos tricíclicos

Trastornos funcionales de la defecación

H3a. Estreñimiento funcional

- *En el último mes, al menos 1 vez a la semana, debe cumplir 2 o más de los criterios siguientes (Roma III: en los 2 últimos meses)*
- En pacientes con criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome del intestino irritable,
 1. Realización de 2 o < deposiciones / semana en el baño en un niño con 4 o > años de edad.
 2. Al menos 1 episodio de incontinencia fecal / semana.
 3. Historia de posturas retentivas o excesiva retención fecal voluntaria.
 4. Historia de movimientos intestinales dolorosos o intensos.
 5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.
 6. Historia de heces de gran tamaño que pueden obstruir el baño.
- *Después de una evaluación médica adecuada los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra condición médica.*

H3b. incontinencia fecal no retentiva

- **En un niño con edad de desarrollo de al menos 4 años.**
- **Durante al menos un mes historia de los siguientes síntomas:**
 - **Defecación en lugares socialmente no apropiados**
 - **Ausencia de retención fecal.**
 - **Después de una evaluación médica adecuada los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad.**

Incontinencia fecal no retentiva

En estos pacientes a diferencia de lo que ocurre en el estreñimiento funcional

- **La frecuencia de defecación normal**
- **No evidencia a la palpación de masa fecal o abdominal palpable.**

La IF podría ser la manifestación de una alteración emocional en niños escolares (acción impulsiva desencadenada por un estado de ansiedad).

Puede ocurrir en niños que sufrieron abusos sexuales en la infancia.

**Actitud: identificar los factores estresantes . Tratamiento psicológico si precisa.
La terapia cognitiva se ha probado con éxito variable.**

Trastornos funcionales en el adolescente

Conclusiones

- **Prevalencia de TFGI elevada.**
- **Los adolescentes especialmente susceptibles.**
- **Conocer mejor la fisiopatología de estos problemas nos permitirá adecuar el enfoque diagnóstico terapéutico.**
- **Pueden coexistir mas de un trastorno.**
- **AF y AP de TFGI.**
- **Abordaje multidisciplinar.**



Muchas gracias