

Trastornos gastrointestinales

T r a s t o r n o s g a s t r o i n t e s t i n a l e s

funcionales en pediatría

f u n c i o n a l e s e n p e d i a t r í a

Wilson Daza

Gastroenterólogo pediatra - Magíster en Nutrición Clínica
Director Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
Pediátrica (Gastronutriped)
Profesor asistente y director del Posgrado de Gastroenterología
Pediátrica, Universidad El Bosque

Paula Agudelo, Esperanza Páez

Residentes de pediatría tercer año, Universidad El Bosque

Silvana Dadán S.

Nutricionista - Magíster en Nutrición Clínica - *Fellow* en
Nutrición Pediátrica
Diplomada en Grasas en Nutrición Humana
Coordinadora de Nutrición Clínica (Gastronutriped)
Profesora asistente de los Posgrados de Pediatría y
Gastroenterología Pediátrica, Universidad El Bosque

Resumen

Los trastornos gastrointestinales funcionales figuran entre los motivos más frecuentes de consulta en pediatría y gastroenterología pediátrica. Se describen como las manifestaciones gastrointestinales crónicas y recurrentes que no pueden ser explicadas por una causa orgánica.

Luego de varios intentos para clasificar estas condiciones, en 1988 se realizó el primer consenso de expertos que publicó los criterios de Roma I, los cuales se han modificado a través del tiempo, incluyendo los trastornos pediátricos.

La última actualización se hizo en el año 2006, bajo la denominación de “criterios de Roma III”. Esta clasificación incluye seis (6) grupos de condiciones en adultos, siete (7) grupos en neonatos y lactantes y tres (3) grupos para

escolares y adolescentes, siendo los dos últimos el objetivo de esta revisión.

Palabras clave: dolor abdominal crónico, dolor abdominal recurrente, desórdenes gastrointestinales funcionales, criterios de Roma, síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional.

Introducción

Las manifestaciones digestivas en los niños son una causa frecuente de consulta en la práctica diaria; se estima que constituyen del 2 al 4% de la consulta pediátrica. Los síntomas pueden ser atribuidos a causas orgánicas o funcionales, siendo estas últimas las más frecuentes; de hecho, en menos del 10% de los casos se identifica una causa orgánica como origen de la sintomatología gastrointestinal.

Para la definición de estos trastornos funcionales, se utiliza la clasificación de Roma III,

actualizada en el año 2006, la cual diferencia entre los trastornos de adultos y los pediátricos, los que a su vez se dividen en trastornos para niños menores de cuatro (4) años, escolares y adolescentes.

Definición

Los *trastornos funcionales* se definen como una asociación de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes no explicados por alteraciones estructurales, bioquímicas o metabólicas. Constituyen un espectro amplio de enfermedades, incluyendo algunas que se relacionan con el nivel de desarrollo madurativo normal de los niños.

Involucran factores fisiológicos, psíquicos y culturales, que aumentan la percepción de los síntomas y alteran la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Estos trastornos implican un reto para el pediatra, residente de pediatría y médico general, porque es difícil el enfoque diagnóstico y, consecuentemente, su tratamiento.

Epidemiología

Una vasta mayoría de los síntomas gastrointestinales en pediatría tienen una etiología funcional. Algunos datos muestran que las causas orgánicas constituyen menos del 20% de las consultas por estos motivos. En general, la prevalencia de estos trastornos es variable, según la población evaluada, y en muchos casos está subestimada, debido a la falla en su diagnóstico adecuado.

En Colombia, no existen datos precisos respecto a la prevalencia de los trastornos gastrointestinales funcionales en pediatría. Sin embargo, al revisar retrospectivamente la casuística de la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Gastronutriped) (Daza W y cols.), se encontró que, de 1.890 pacientes incluidos (1997-2006), el 7% correspondió a consultas por dolor abdominal

recurrente en el primer período (1997-2001) y el 5% en el segundo (2002-2006).

El estreñimiento crónico funcional aumentó de un 5% en el primer período a un 14% en el segundo. Además, el síndrome de intestino irritable, que no estaba dentro de las primeras 10 causas de consulta de gastroenterología pediátrica hasta el año 2001, en el segundo período (2002-2006) aparece en el octavo lugar con un 4% del total de los pacientes evaluados.

Finalmente, Gastronutriped atendió a 287 pacientes con diagnóstico de estreñimiento crónico (27%) sobre un total de 1.102 consultas entre enero del 2007 a diciembre del 2008.

En un análisis retrospectivo previo (año 2000), observamos que la mayoría de nuestra población con estreñimiento crónico funcional debuta como dolor abdominal recurrente (51%).

Como parte de la transición epidemiológica que no escapa a las enfermedades digestivas, los datos disponibles en Colombia demostraron que el estreñimiento crónico infantil pasó de ocupar el séptimo lugar (frecuencia) en la consulta de gastroenterología pediátrica (período 1997-2001) al segundo puesto en el período 2002-2006 (Daza W y cols., 2008).

Antecedentes

La dificultad para explicar y describir los mecanismos implicados en las alteraciones gastrointestinales y la falta de métodos para identificarlas determinaron que las enfermedades funcionales se ubicaran como parte de los diagnósticos de exclusión, sin definir las como patologías verdaderas.

Con estos antecedentes, los criterios de Roma se crean principalmente para:

1. Generar guías y consensos de diagnóstico y manejo para los trastornos gastrointestinales funcionales.

2. Evitar consultas especializadas y exámenes de laboratorio o pruebas innecesarias.

Evolución de los criterios de Roma

La correlación entre la presencia de dolor abdominal y las alteraciones en los hábitos intestinales es un hallazgo que data de mediados del siglo XIX. El término de “síndrome de intestino irritable” (SII) apareció en 1930. En 1978, se observó que la asociación del dolor abdominal con los cambios en el hábito intestinal era más frecuente en los pacientes con SII que en los pacientes con causas orgánicas, de allí se derivaron los criterios de Manning.

En 1988, se realizó en Roma el *XIII Congreso Internacional de Gastroenterología*, de donde surge el primer consenso de SII; posteriormente se conformaron subcomités para el abordaje de todos los trastornos funcionales, agrupándolos en 21 entidades en 5 regiones anatómicas del tracto gastrointestinal, creándose los *criterios de Roma I* en 1994.

En 1997, la revisión de estos criterios incorporó un grupo de pediatras para definir los trastornos funcionales en los niños, con un consenso de 13 países y 60 investigadores que los modificaron y los denominaron *criterios de Roma II*, publicados en 1999. Posteriormente fueron modificados de nuevo luego de seis años de investigaciones, con 87 investigadores en 18 países, y publicados como *criterios de Roma III* en el 2006.

Criterios de Roma III

Los trastornos funcionales en pediatría no se reconocieron hasta la clasificación de Roma II en 1999, cuando se catalogaron según el órgano afectado.

En los criterios de Roma III se adicionan otros trastornos de adultos que no habían sido contemplados en los anteriores y se encasillan

con las letras de la A hasta la F, según el órgano afectado, y los trastornos funcionales pediátricos en los ítems de la G y la H. Las alteraciones de neonatos y lactantes se clasifican con la letra G en siete (7) grupos (tabla 1) y los trastornos de escolares y adolescentes se clasifican con la letra H en tres (3) grupos principales como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 1. Clasificación de Roma III para trastornos gastrointestinales funcionales en neonatos y lactantes

NEONATOS Y LACTANTES
G1. Regurgitación del lactante
G2. Síndrome rumiación infantil
G3. Síndrome vómito cíclico
G4. Cólico del lactante
G5. Diarrea funcional
G6. Disquecia infantil
G7. Estreñimiento funcional

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

Tabla 2. Clasificación Roma III para trastornos gastrointestinales funcionales en escolares y adolescentes

ESCOLARES Y ADOLESCENTES
H1. Vómitos y aerofagia
H1a. Rumiación adolescente
H1b. Síndrome vómito cíclico
H1c. Aerofagia
H2. Dolor abdominal
H2a. Dispepsia funcional
H2b. Síndrome intestino irritable
H2c. Migraña abdominal
H2d. Dolor abdominal funcional
H2d1. Sd. dolor abdominal funcional
H3. Estreñimiento e incontinencia
H3a. Estreñimiento funcional
H3b. Incontinencia fecal no retentiva

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

Adicionalmente, los criterios de Roma III hacen una modificación en el tiempo de duración de los síntomas no cíclicos de 3 a 2 meses; modificación que solo aplica para las condiciones *no* cíclicas de los escolares y adolescentes y no se maneja para los criterios de lactantes y neonatos.

Diferencias entre criterios de Roma III pediátricos frente a los de adultos

Los criterios de Roma III para niños a diferencia de la clasificación en adultos se basan en el síntoma principal y no están en función del órgano afectado. Así mismo, los criterios para niños menores de cinco (5) años dependen de factores relacionados con la maduración en la anatomía y fisiología gastrointestinal normal, e involucran factores intelectuales y afectivos.

Los criterios para escolares y adolescentes se aproximan más a los del adulto, incluyendo el enfoque biopsicosocial.

Otra reforma de los Roma III se relaciona con el énfasis en el enfoque biopsicosocial del paciente, así como en soportes vinculados con el rol de factores genéticos, ambientales, hipersensibilidad intestinal, motilidad, inflamación, sobrecrecimiento bacteriano y el eje intestino-cerebro, que aportan fundamentos científicos para estas patologías funcionales, posicionándolas en todos los contextos.

Los criterios de Roma II incluyeron algunos trastornos funcionales gastrointestinales que se presentan en los niños, aunque sin diferenciarlos por grupos de edad. Por el contrario, los criterios de Roma III incluyeron a lactantes y neonatos, ya que ellos presentan distintas condiciones consideradas como funcionales, sin causa orgánica definida, que se relacionan más con el proceso maduracional del niño pequeño.

Los trastornos funcionales en niños pequeños, normalmente, se acompañan de un crecimiento y desarrollo normales. La expresión

clínica en general depende de la edad, del grado de desarrollo madurativo, intelectual, afectivo y autonómico. La clasificación incluye siete (7) condiciones que se enumeran en la tabla 1 y que se describen a continuación.

1. Regurgitación infantil (G1)

La regurgitación se define como el retorno involuntario de contenido gástrico hacia la boca. En lactantes es frecuente encontrar regurgitación, considerada parte del proceso madurativo normal y no como una condición patológica. La regurgitación se diferencia del vómito, principalmente porque este último implica una expulsión forzada del contenido gástrico mediada por reflejos centrales.

El reflujo gastroesofágico se refiere al movimiento retrógrado del contenido gástrico. Los criterios diagnósticos para este trastorno funcional están mencionados en la tabla 3.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de la regurgitación del lactante

REGURGITACIÓN DEL LACTANTE
<p>Debe incluir TODOS los siguientes en lactantes sanos de 3 semanas a 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • >2 regurgitaciones al día al menos por 3 semanas. • Ausencia de náuseas, aspiración, apneas, hematemesis, dificultades alimentación o deglución, posturas anormales, falla de crecimiento.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benning MA, Davidson GP, Fleisher DF, Tamini J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

La regurgitación se presenta en la mayoría de los recién nacidos y va disminuyendo con la edad hasta desaparecer alrededor de los 12 meses, como parte del proceso madurativo normal. Toda regurgitación en mayores de 12 meses debe ser estudiada para descartar alteraciones anatómicas.

En la tabla 4 se mencionan los signos inusuales que orientan al diagnóstico de reflujo

gastroesofágico patológico y alteraciones anatómicas.

Debido a que la evolución natural de esta condición se caracteriza por una mejoría con el progreso en edad, el tratamiento está dirigido al alivio de los síntomas. Es de vital importancia la explicación a los padres para lograr una adecuada comprensión de la condición.

Tabla 4. Signos de alarma para regurgitación en neonatos y lactantes

SIGNOS ALARMA REGURGITACIÓN EN NEONATOS Y LACTANTES
Falla crecimiento.
Hematemesis.
Sangre oculta en heces.
Anemia.
Rechazo alimentación.
Dificultades deglución.
Llanto excesivo.
Apneas.
Aspiración.
Posturas anormales.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Tamini J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

2. Síndrome de rumiación infantil (G2)

Es un síndrome caracterizado por la regurgitación del contenido gástrico hacia la boca de forma voluntaria y autoinducida. Es diferente del síntoma funcional de rumiación que se asocia con reflujo gastroesofágico. Se considera un síndrome raro y es una emergencia psiquiátrica que se presenta en niños con privación emocional. El contenido regurgitado puede ser expulsado de la boca o masticado y deglutido nuevamente.

Puede presentarse en pacientes enfermos que se encuentran en ambientes que impiden

sus vínculos emocionales adecuados (hospitalizaciones prolongadas) o en niños sanos con mala interrelación con la madre o el cuidador sin vínculos adecuados.

Tabla 5. Criterios diagnósticos del síndrome de rumiación infantil

SÍNDROME RUMIACIÓN INFANTIL
Debe incluir TODOS los siguientes por lo menos tres meses:
<ul style="list-style-type: none"> • Contracciones repetitivas músculos abdominales, lengua y diafragma. • Regurgitación contenido gástrico hacia la boca (expulsión o deglución). • 3 o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Inicio entre los 3 y 8 meses. ▶ No respuesta al manejo de RGE. ▶ No se acompaña de náuseas o molestias. ▶ No ocurre durante sueño o actividad.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Tamini J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

El tratamiento incluye la adaptación a su propio ambiente. Los criterios diagnósticos se explican en la tabla 5 y, en general, se considera un diagnóstico de exclusión.

3. Síndrome de vómito cíclico (G3)

Consiste en episodios recurrentes estereotipados de náuseas y vómito que pueden durar horas o días, incluyendo períodos intercríticos. Los episodios ocurren generalmente en intervalos regulares, a la misma hora del día y de igual duración para cada paciente, con predominio en las noches y en las mañanas. El pico de presentación de los síntomas es matutino, disminuyendo la intensidad de los síntomas a medida que transcurre el día. Los criterios diagnósticos se encuentran en la tabla 6.

Puede acompañarse de palidez, dolor abdominal, cefalea, fotofobia, fiebre, taquicardia,

deposiciones sueltas, fiebre y leucocitosis. En la mayoría de los casos se puede identificar un agente desencadenante del cuadro clínico. Se ha asociado a síndrome de intestino irritable y migraña. Deben descartarse otras causas orgánicas, como infecciones virales, alteraciones endocrinas y metabólicas. Generalmente existe el antecedente familiar de síndrome de intestino irritable y migraña.

Tabla 6. Criterios diagnósticos del síndrome de vómito cíclico

SÍNDROME VÓMITO CÍCLICO
<p>Debe incluir los 2 siguientes desde el nacimiento hasta los 4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más episodios de vómito paroxísticos estereotipados y/o náuseas intensas que duran horas o días. • Retorno a estado de salud previo con intervalos libres de síntomas durante semanas o meses.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

El tratamiento consiste en determinar los desencadenantes para evitarlos. Dependiendo de la severidad de los síntomas, pueden usarse agentes como amitriptilina, fenobarbital y propanolol. Si la severidad de los síntomas lo amerita, puede justificarse una sedación durante el episodio agudo.

4. Cólico del lactante (G4)

Se define como un episodio paroxístico de irritabilidad y llanto en lactantes menores de cuatro meses de edad. Los episodios inician y terminan de manera súbita y tienden a presentarse en las tardes y en las noches. Generalmente ocurren en niños sanos con patrones de crecimiento normales. Los criterios diagnósticos se encuentran en la tabla 7.

Este trastorno está incluido dentro de los trastornos funcionales gastrointestinales por ser un motivo frecuente de consulta y

remisión a gastroenterología pediátrica, y, así mismo, para evitar diagnósticos y tratamientos innecesarios.

Existen múltiples hipótesis sobre la causa de estos episodios, pero no hay evidencia de que sean desencadenados por dolor abdominal o dolor en algún otro lugar, puesto que por definición no son generados por una causa orgánica. Se considera que pueden ser parte de la curva normal del llanto de los lactantes sanos y tienden a la resolución espontánea hacia el cuarto mes de vida.

El manejo primordial consiste en tranquilizar a los padres. Se pueden adoptar algunas medidas conductuales no analgésicas ni nutricionales que podrían disminuir o detener el llanto.

Tabla 7. Criterios diagnósticos del cólico del lactante

CÓLICO DEL LACTANTE
<p>Debe incluir TODOS los siguientes desde el nacimiento hasta los 4 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de llanto o irritabilidad paroxísticos que comienzan y cesan sin causa aparente. • Duración de 3 o más horas, ocurren más de 3 veces por semana, mínimo 1 vez por semana. • No hay falla de crecimiento.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

5. Diarrea funcional (G5)

Se considera una causa frecuente de consulta en la infancia y generalmente los padres acuden por diarrea de evolución prolongada o crónica. Se define como la presencia de deposiciones líquidas o semilíquidas en lactantes o preescolares, que tiene un inicio insidioso y no tiene repercusión en la curva ponderal.

Generalmente no produce impacto en el estado general del niño y se resuelve espontáneamente al llegar a la edad escolar.

Habitualmente, se observan deposiciones con moco y de características lientéricas (presencia de alimentos no digeridos).

Es importante interrogar la presencia de infecciones gastrointestinales previas, alergias alimentarias, uso de antibióticos o laxantes previo al inicio de los síntomas. Frecuentemente esta diarrea se encuentra relacionada con una ingesta de abundantes jugos de frutas (naturales o industrializados), bebidas carbonatadas y alimentos o bebidas con alto contenido de azúcares. Los criterios diagnósticos están referidos en la tabla 8.

En la mayoría de los casos no se requiere un tratamiento específico, ya que se resuelve espontáneamente. Deben evitarse las dietas restrictivas hipocalóricas que pueden afectar el estado nutricional de los niños. La educación de los padres es fundamental como parte del tratamiento.

Tabla 8. Criterios diagnósticos de la diarrea funcional

DIARREA FUNCIONAL
<p>Debe incluir TODOS los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más de 3 deposiciones abundantes no formadas sin dolor. • Síntomas por más de 4 semanas. • Inicio de síntomas 6-36 meses. • Deposiciones mientras el niño está despierto. • No falla crecimiento ingesta calórica adecuada.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

6. Disquecia infantil (G6)

El término disquecia se atribuye a los episodios de esfuerzo y llanto asociado con el paso de las deposiciones blandas; generalmente duran de 10 a 20 minutos y mejoran con el paso de la deposición. Se considera una condición benigna que inicia en los primeros meses de vida y se resuelve espontáneamente.

El proceso de la defecación requiere la coordinación entre el aumento de la presión intraabdominal y la relajación del piso pélvico. En estos niños, la disquecia infantil se ha atribuido a una falta en la coordinación de estos dos mecanismos, puesto que se considera que la defecación es un proceso de aprendizaje que se mejora al lograr el entrenamiento.

Debe evitarse el uso de estímulos rectales en estos pacientes, pues se consideran estímulos sensoriales artificiales que pueden alterar la defecación. Tampoco se requiere el uso de laxantes. Los criterios diagnósticos se encuentran en la tabla 9.

Tabla 9. Criterios diagnósticos de la disquecia infantil

DISQUECIA INFANTIL
<p>Debe cumplir los 2 siguientes en menores de 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodios de esfuerzos y llanto por 10 minutos antes deposiciones de blandas. • Ausencia de otros problemas de salud.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

7. Estreñimiento funcional (G7)

El estreñimiento es uno de los motivos de consulta más frecuente en la consulta externa de pediatría y urgencias. Es muy frecuente que se presenten síntomas por estreñimiento funcional en niños menores de dos años de edad. El pronóstico de estos pacientes es mejor a menor duración del estreñimiento y especialmente si el tratamiento se inicia antes de los dos años de edad.

La incontinencia fecal o encopresis es frecuente en los lactantes y niños pequeños con estreñimiento funcional; la retención fecal generalmente es secundaria al miedo de la evacuación por el paso doloroso de las heces gruesas y de gran tamaño. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico, y

normalmente no requiere soporte con laboratorios ni imágenes.

El inicio de la presentación se ha asociado a tres eventos en particular: el cambio de la leche materna por fórmula o introducción de alimentos sólidos, la fase en entrenamiento del control de esfínteres, ya que en ocasiones perciben la defecación como un proceso doloroso, y el inicio del colegio, por evitar la deposición en la jornada escolar.

Los niños que hacen retención fecal usualmente se presentan con posturas o actitudes retentivas como esconderse, flexionar las piernas y pararse en puntas de pies. La encopresis puede ser interpretada por algunos padres como episodios de diarrea.

El tratamiento incluye una fase de desimpactación fecal, uso de laxantes, modificación de hábitos y reentrenamiento con educación a los padres, enfocada principalmente para hacer perder el miedo a la defecación. Los criterios de estreñimiento funcional en niños pequeños están definidos en la tabla 10.

Tabla 10. Criterios diagnósticos del estreñimiento funcional

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL
<p>Debe incluir 1 mes con 2 de los siguientes en niños menores de 4 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <2 deposiciones a la semana. • 1 episodio encopresis/semana. • Historia de retención fecal excesiva. • Historia movimientos intestinales dolorosos o intensos. • Presencia fecalomas en recto. • Historia de heces de gran tamaño. • Síntomas que alivian con deposiciones.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

Trastornos gastrointestinales funcionales en escolares y adolescentes

Desde la introducción de los criterios de Roma II se incluyó un capítulo para pediatría, el cual establecía la duración de los síntomas gastrointestinales de tres meses (12 semanas) para la clasificación de los trastornos funcionales en niños. Con las modificaciones realizadas en Roma III, esta duración se redujo de 3 a 2 meses, ya que se consideraron suficientes para establecer el diagnóstico y facilitaba el abordaje clínico de estas patologías.

Según la nueva clasificación, los trastornos en niños escolares y adolescentes se dividen en tres grupos: los relacionados con vómito y aerofagia, el dolor abdominal recurrente y las alteraciones de la defecación, como está especificado en la tabla 2.

Vómito y aerofagia

1. Síndrome de rumiación del adolescente (H1a)

Este síndrome aparece como un trastorno funcional en pediatría a partir de los criterios de Roma III. Se define como un episodio de regurgitación sin esfuerzo que se presenta posterior al inicio de las comidas; al igual que el síndrome de los niños más pequeños, el material regurgitado puede ser nuevamente masticado y deglutido o expulsado fuera de la boca.

Estos episodios no ocurren en la noche y pueden durar hasta una hora. Se han relacionado con un aumento de la presión en algunos segmentos intestinales, denominados onda "r" en la manometría, lo cual se considera que puede ser secundario al aumento de la presión intraabdominal, por contracción de la musculatura abdominal; también se han asociado con retardo del vaciamiento gástrico.

Se han encontrado asociaciones con alteraciones psiquiátricas como depresión, trastornos de la alimentación, ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo hasta en un 30% de los casos. El manejo debe incluir un equipo multidisciplinario y terapias conductuales, que, en la mayoría de los casos, generan una recuperación adecuada. Los criterios diagnósticos están enumerados en la tabla 11.

Tabla 11. Criterios diagnósticos del síndrome de rumiación del adolescente

RUMIACIÓN ADOLESCENTE
<p>Debe incluir TODOS los siguientes 1 vez por semana 2 meses antes del Dx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regurgitaciones repetidas no dolorosas después de las comidas: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Se presentan 1 hora después de la ingesta. ▶ No ocurren durante el sueño. ▶ No responden tratamiento RGE. • Ausencia de náuseas. • Ausencia de procesos neoplásicos, metabólicos o inflamatorios que expliquen los síntomas.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

2. Síndrome de vómito cíclico (H1b)

Este síndrome se presenta de igual manera en niños pequeños y escolares o adolescentes (tabla 12). Los criterios de Roma III no consideran que deba hacerse una diferenciación según la edad y, por esto, los criterios son iguales en todos los grupos incluyendo el de los adultos.

El vómito cíclico se considera un precursor de la migraña y es uno de los trastornos cíclicos en niños que no requiere la presencia de los síntomas por dos meses para el diagnóstico, es una de las excepciones mencionadas anteriormente.

Tabla 12. Criterios diagnósticos del síndrome de vómito cíclico

SÍNDROME VÓMITO CÍCLICO
<p>Debe incluir los 2 siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más episodios de vómito paroxísticos estereotipados y/o náuseas intensas que duran horas o días. • Retorno a estado de alud previo con intervalos libres de síntomas durante semanas o meses.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

3. Aerofagia

La aerofagia se define como la deglución de aire que se asocia a síntomas gastrointestinales por presencia de aire intraluminal; se presenta frecuentemente en pacientes con alteraciones mentales hasta en un 8,8% y en niños normales en un 1,3%. Pueden ser ocasionados por ansiedad, pero también se ha visto en pacientes con cuadros respiratorios como el asma.

Esta condición normalmente no es identificada por los padres, y puede ser confundida con alteraciones en la motilidad intestinal o síndromes de malabsorción. Por lo tanto, es de particular importancia que el pediatra interrogue adecuadamente sobre la sintomatología, teniendo en cuenta que la distensión abdominal en este trastorno mejora durante el sueño.

El tratamiento implica el uso de medidas psicoterapéuticas para disminuir la ansiedad y evitar el consumo de bebidas carbonatadas y goma de mascar, que aumentan la aerofagia. Los criterios diagnósticos se encuentran en la tabla 13.

Dolor abdominal

El dolor abdominal recurrente o crónico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría. Se considera que la causa orgánica

de estos síntomas solo está presente en menos del 10-15% de los casos. Los trastornos funcionales relacionados con dolor abdominal son los más frecuentes de los que ocurren en pediatría.

Es importante conocer los signos de alarma listados en la tabla 14, los cuales deben estar ausentes en estas condiciones; estos signos de alarma aplican para los trastornos no cíclicos.

Tabla 13. Criterios diagnósticos de aerofagia

AEROFAGIA
Debe cumplir los 2 siguientes 1 vez por semana 2 meses antes del Dx:
<ul style="list-style-type: none"> • Deglución aire. • Distensión abdominal por aire intraluminal. • Eructos o flatulencia repetitivos.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

Tabla 14. Signos de alarma de dolor abdominal no cíclico en escolares y adolescentes

SIGNOS DE ALARMA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES
Dolor hemiabdomen derecho.
Dolor que despierta en la noche.
Disfagia.
Vómitos persistentes.
Sangrado gastrointestinal.
Perdida de peso involuntaria.
Retardo puberal.
Diarrea nocturna.
Artritis.
Alteraciones perianales.
Historia familiar de enfermedades TGI.
Disminución de la velocidad de crecimiento.
Fiebre no explicada.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

El dolor abdominal crónico o recurrente no se considera un diagnóstico específico y se refiere a una variedad de trastornos funcionales que lo ocasionan, como dispepsia funcional, migraña abdominal, síndrome de intestino irritable y dolor abdominal funcional; también incluye las causas orgánicas que causan dolor abdominal, las cuales no son el objetivo de esta revisión.

1. Dispepsia funcional (H2a)

Se estima que la prevalencia de dispepsia varía en los diferentes países entre un 3,5 y un 27% de los niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. En los criterios anteriores se requería la confirmación endoscópica como parte del diagnóstico de dispepsia; sin embargo, este criterio fue eliminado, ya que los niños presentan en forma menos frecuente hallazgos representativos en la endoscopia que los adultos.

La endoscopia debe ser reservada a aquellos pacientes con disfagia o con síntomas recurrentes que reaparecen al suspender la medicación, en busca de infección por *Helicobacter pylori*.

Los síntomas y signos que se consideran criterios diagnósticos para la dispepsia funcional se enumeran en la tabla 15.

Tabla 15. Criterios diagnósticos de dispepsia funcional

DISPEPSIA FUNCIONAL
Debe incluir TODOS los siguientes 1 vez por semana 2 meses antes del Dx:
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor o molestia epigástrica persistente o recurrente. • No alivia con deposición ni se asocia a cambio de frecuencia o al aspecto de las deposiciones. • Ausencias de procesos neoplásicos, metabólicos o inflamatorios que expliquen los síntomas.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

2. Síndrome de intestino irritable (H2b)

Este síndrome se define por los criterios mencionados en la tabla 16. Dentro de los síntomas que se consideran más relevantes para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable, se encuentran la alteración en la frecuencia de las deposiciones, definida por la presencia de más de cuatro deposiciones diarias o menos de dos veces por semana; la alteración en la forma de la deposición, con presencia de heces duras que alternan con deposiciones sueltas o diarreicas; la alteración en el paso de las heces con sensación de evacuación incompleta o urgencia, el paso de moco y la asociación con sensación de distensión abdominal.

En general, se considera que la frecuencia de presentación de esta entidad es mucho mayor en escolares y adolescentes, llegando incluso al 45%, siendo mucho menos frecuente en niños preescolares (0,2%).

Se ha documentado en algunos pacientes con este síndrome la presencia de hipersensibilidad visceral, que puede estar relacionada con factores infecciosos, inflamatorios, alérgicos, traumáticos y alteraciones en la motilidad intestinal y componentes genéticos.

Por la clara relación con eventos estresantes, se ha relacionado con alteraciones psicológicas de la respuesta ante situaciones de estrés, con ansiedad, depresión y otras quejas somáticas, que frecuentemente se asocian a los síntomas gastrointestinales.

La presencia de dolor abdominal y los criterios mencionados en presencia de una curva normal de crecimiento con adecuada ganancia ponderal, en ausencia de los signos de alarma ya citados, refuerzan la posibilidad diagnóstica de este síndrome.

Existen múltiples hipótesis sobre el tratamiento en estos pacientes, la mayoría de ellas

basadas en estudios en adultos, con evidencia insuficiente del efecto en niños. La intervención más importante es el adecuado diagnóstico y la explicación al paciente y la familia de la condición, que evitan la realización de exámenes y terapias innecesarias en estos casos.

Tabla 16. Criterios diagnósticos del síndrome de intestino irritable

SÍNDROME INTESTINO IRRITABLE
<p>Debe incluir TODOS los siguientes 1 vez por semana 2 meses antes del Dx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molestia abdominal o dolor asociado a 2 de los siguientes por lo menos 25% del tiempo: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Alivia con deposición. ▶ Inicio asociado a cambio en la frecuencia de deposiciones. ▶ Inicio asociado a cambio en la forma de las deposiciones. • Ausencia de procesos neoplásicos, metabólicos o inflamatorios que expliquen los síntomas.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

3. Migraña abdominal (H2c)

Esta condición es el otro trastorno funcional cíclico en niños y, al igual que el síndrome de vómito cíclico, se considera precursor de cefalea migrañosa. Algunos autores postulan que puede tratarse de un solo trastorno continuo. Afecta al 1-4% de los niños con una presentación mayor en el género femenino, con un pico entre los 10 y 12 años de edad.

Previamente se consideraba que debían presentarse tres episodios de dos horas de duración; con la nueva clasificación, se considera que dos episodios de una hora de evolución son suficientes para el diagnóstico.

La característica predominante de este síndrome es la presencia de dolor incapacitante, asociado a síntomas vasomotores y gastrointestinales.

Al igual que en cefalea migrañosa y vómito cíclico, se describen como mecanismos causales la alteración en la respuesta evocada visual, anomalías del eje hipotálamo pituitario adrenal y disfunción autonómica.

El tratamiento incluye evitar los factores desencadenantes y, en los casos de episodios recurrentes con importante impacto de calidad de vida, puede considerarse el uso de agentes profilácticos como en cefalea migrañosa. Los criterios diagnósticos se listan a continuación en la tabla 17.

Tabla 17. Criterios diagnósticos de migraña abdominal

MIGRAÑA ABDOMINAL
<p>Debe incluir TODOS los siguientes 2 o más veces en los últimos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodios de dolor abdominal paroxístico agudo intenso periumbilical mayor de 1 hora. • Intervalos entre episodios asintomáticos por semanas o meses. • Interfiere actividades normales. • Se asocia a 2 o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anorexia. ▶ Náuseas. ▶ Vómito. ▶ Cefalea. ▶ Fotofobia. ▶ Palidez. • Ausencia de procesos neoplásicos, metabólicos o inflamatorios que expliquen los síntomas.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

4. Dolor abdominal funcional (H2d)

En esta categoría se incluyen los niños que se presentan con dolor abdominal crónico o recurrente, que no completan los criterios diagnósticos mencionados anteriormente para los otros trastornos funcionales.

El síndrome de dolor abdominal funcional está constituido por un subgrupo de estos pacientes con dolor abdominal funcional que tienen alteración de la calidad de vida o síntomas somáticos asociados que hacen parte importante de la descripción por parte del paciente o los padres.

Se considera que existe una subestimación de la prevalencia de esta condición, ya que los criterios de Roma II eran más restrictivos y requerían la presencia de dolor abdominal continuo o alteración de la calidad de vida; con la modificación de los criterios de Roma III, se estima que la prevalencia puede ser mayor.

Al igual que en los otros trastornos funcionales, la elaboración de una adecuada historia clínica y un examen físico completo es indispensable. Es de especial importancia profundizar en el aspecto psicosocial, puesto que muchos de estos pacientes tienen síntomas como depresión, ansiedad y somatización relacionados con la presencia del dolor.

En este grupo de pacientes puede ser adecuada la realización de algunos exámenes de rutina como hemograma, uroanálisis y reactantes de fase aguda, en busca de causas orgánicas que puedan explicar el dolor abdominal, según el compromiso funcional que refiera el paciente o la familia.

El tratamiento debe ser enfocado con el abordaje biopsicosocial que se sugiere para estos trastornos funcionales, el cual incluye la adecuada explicación a los padres y el entendimiento de la condición. A continuación se describen los criterios diagnósticos tanto para el dolor abdominal funcional como para el síndrome de dolor abdominal funcional (ver tabla 18).

Alteraciones en la defecación

1. Estreñimiento funcional (H3a)

Esta condición incluye a todos los niños con estreñimiento que no es producido por una

causa orgánica. Representa el 3-5% de las consultas de pediatría y el 25% de la consulta de gastroenterología pediátrica.

Tabla 18. Criterios diagnósticos de dolor abdominal funcional y síndrome de dolor abdominal funcional

DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL
<p>Debe incluir TODOS los siguientes 1 vez por semana 2 meses antes del Dx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal continuo o episódico. • Criterios insuficientes para otros trastornos funcionales gastrointestinales. • Ausencia de procesos neoplásicos, metabólicos o inflamatorios que expliquen los síntomas.
SÍNDROME DE DOLOR INTESTINAL FUNCIONAL
<p>Debe incluir dolor abdominal funcional mayor del 25% de tiempo asociado a 1 o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración del funcionamiento diario. • Síntomas somáticos adicionales como cefalea, alteración del sueño o dolor de extremidades.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

En un alto porcentaje se encuentran datos de estreñimiento en la familia con un aumento de la incidencia si se trata de gemelos homocigotos. El pico de presentación se presenta entre los 2 a 4 años, relacionado con el entrenamiento para usar el baño y el control de esfínteres, con una prevalencia mayor en el sexo masculino.

Los estudios reportan que el éxito del tratamiento del estreñimiento en niños depende fundamentalmente del tiempo de duración de los síntomas, siendo mucho mejor en los niños en los que se realiza un diagnóstico más temprano.

Muchos de los pacientes con estreñimiento funcional presentan retención fecal voluntaria, que produce comportamientos retentivos en el niño como flexión de las piernas o tendencia al aislamiento; usualmente los padres no lo

perciben ni lo relacionan con el estreñimiento, por eso este punto siempre debe interrogarse al realizar la historia clínica.

Es importante tener en cuenta que los niños mayores con historia de estreñimiento crónico pueden no presentar estos comportamientos, ya que la retención fecal crónica produce dilatación del recto y no tienen necesidad de retener la materia fecal.

Otro síntoma muy frecuente en el estreñimiento es la incontinencia fecal, que ocurre hasta en el 84% de los pacientes, y es un marcador diagnóstico de estreñimiento en los niños. La presencia de deposiciones grandes, evacuación dolorosa y evitar la deposición se relaciona de manera directa con estreñimiento.

El interrogatorio debe incluir las características de la deposición, frecuencia, síntomas asociados y problemas urinarios o neurológicos, para tener el enfoque adecuado y descartar las posibles causas orgánicas. El tratamiento es igual al que se indica en todos los tipos de estreñimiento, incluyendo los de causa orgánica, ya mencionados anteriormente. Los criterios diagnósticos se especifican en la tabla 19.

Tabla 19. Criterios diagnósticos de estreñimiento funcional

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL
<p>Debe cumplir 2 de los siguientes en niños mayores de 4 años, por lo menos 1 vez por semana 2 meses antes del diagnóstico, en niños que no cumplen los criterios SII:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 2 de posiciones a la semana. • 1 episodio encopresis/semana. • Historia de posturas retentivas o retención fecal voluntaria. • Historia movimientos intestinales dolorosos o intensos. • Presencia de fecalomas en recto. • Historia de heces de gran tamaño.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

2. Incontinencia fecal no retentiva (H3b)

Se define como el paso repetido de materia fecal en lugares inadecuados (diferentes sanitarios) en un paciente mayor de cuatro años de edad que no tiene historia de retención fecal.

La prevalencia de esta condición se estima en un 4,1% en niños de 5-6 años de edad y un 1,6% en niños de 11-12 años de edad, con mayor frecuencia en el sexo masculino y en familias de bajos recursos económicos.

Durante el interrogatorio y el examen físico es indispensable descartar estreñimiento y retención fecal; la radiografía de abdomen puede ser útil para evaluar la presencia de materia fecal en los pacientes en los que existen dudas al examen físico y al interrogatorio, en los cuales generalmente no se encuentran masas fecales palpables al examen. Se describe que estos pacientes pueden tener mayores alteraciones comportamentales y en la asimilación de los problemas que los otros niños.

El tratamiento incluye entrenamiento y soporte psicológico, sin adoptar conductas punitivas, que pueden perpetuar los síntomas. Los criterios diagnósticos se encuentran en la tabla 20.

Conclusiones

Los trastornos gastrointestinales funcionales son uno de los motivos de consulta más frecuentes para el pediatra, residente de pediatría y gastroenterólogos pediatras, e implican por lo tanto un reto diagnóstico que requiere el adecuado conocimiento y entendimiento de estas condiciones clínicas.

Tabla 20. Criterios diagnósticos de incontinencia fecal no retentiva

INCONTINENCIA FECAL NO RETENTIVA
<p>Debe incluir TODOS los siguientes en niños con edad maduracional >4 años en los últimos 2 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deposición en lugares socialmente no apropiados al menos 1 vez al mes. • Ausencia de retención fecal. • Ausencia de procesos neoplásicos, metabólicos o inflamatorios que expliquen los síntomas.

Fuente: adaptado de Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.

Es fundamental tener claridad de los criterios diagnósticos y conocer todas las patologías de manera adecuada, para evitar la toma innecesaria de exámenes de laboratorio e imágenes y, así mismo, facilitar el diagnóstico y el tratamiento más apropiado para cada paciente.

Los criterios de Roma III ayudan al clínico a orientar los pacientes con trastornos funcionales dentro de la categoría adecuada según la edad de presentación, por lo cual deben tenerse como una herramienta a la mano en la consulta pediátrica. La adecuada implementación y uso de los criterios por parte de todo el personal médico que atiende niños permite realizar diagnósticos adecuados que facilitan la estimación de la incidencia y prevalencia de estas patologías.

Finalmente, es importante recordar que, aunque la mayoría de los síntomas gastrointestinales en niños son de origen funcional, deben interrogarse siempre los signos de alarma mencionados, que obligan al clínico a descartar causas orgánicas en estos pacientes.

Lecturas recomendadas

1. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP, Boyle JT, Gerson WT, Hyams JS, et al.; AAP Subcommittee; NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. Chronic Abdominal Pain in Children: a Technical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40(3):249-61.
2. Collins BS, Thomas DW. Chronic abdominal pain. *Pediatr Rev* 2007;28(9):323-31.
3. Daza W, Dadán S, Betancurt E, Gómez AI. *Epidemiology of pediatric gastroenterology in a referral Hospital of Colombia*. WCPGHAN 3 - World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Medimond; k816S5304;104-07.
4. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130(5):1519-26.
5. Miele E, Simeone D, Marino A, Greco L, Auricchio R, Novek SJ, et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics* 2004;114(1):73-8.
6. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130(5):1527-37.
7. Uc A, Hyman PE, Walker LS. Functional gastrointestinal disorders in African American children in primary care. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;42(3):270-4.
8. Veereman-Wauters G. The Quest for Light in the Misty Frontierland of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders: Act II: Rome III Criteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43(2):156-7.
9. Zolezzi A. Las enfermedades funcionales gastrointestinales y Roma III. *Rev Gastroenterol Perú* 2007;27:177-84.

examen consultado

15. Los trastornos funcionales:

- A. son síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes que no se asocian con alteraciones anátomo-estructurales
- B. de base sus síntomas pueden tener alteraciones bioquímicas o metabólicas
- C. incluyen varias enfermedades, algunas de ellas pueden depender de la madurez del tracto gastrointestinal del niño
- D. A es correcta
- E. A y C son correctas
- F. A, B y C son correctas

16. Los criterios de Roma:

- A. definen pautas de diagnóstico y abordaje desde el punto de vista funcional gastrointestinal
- B. correlacionan los trastornos funcionales según sitios anatómicos
- C. se han actualizado en dos oportunidades
- D. los Roma II y los Roma III son los únicos que incluyen criterios pediátricos
- E. todas las anteriores son correctas

17. En neonatos y lactantes:

- A. la regurgitación frecuentemente es patológica
- B. los trastornos funcionales por lo general cursan con crecimiento y desarrollo normales
- C. el cólico del lactante es de las entidades que se presentan más frecuentemente
- D. B y C son correctas
- E. la diarrea funcional y el vómito cíclico son dos condiciones que difícilmente suelen afectar a niños en esta edad
- F. A, C y E son correctas

examen consultado

18. En escolares y adolescentes:

- A. los trastornos funcionales asociados con dolor abdominal son los de menor frecuencia
- B. las entidades funcionales de diagnóstico más frecuente son las relacionadas con vómito y aerofagia, dolor abdominal recurrente y alteraciones en el hábito intestinal
- C. el dolor abdominal crónico incluye entidades tales como disquecia infantil, migraña y síndrome de intestino irritable
- D. el vómito y la aerofagia implican alteraciones como rumiación del adolescente, vómito cíclico y regurgitación
- E. A y C son correctas
- F. todas las anteriores son correctas

19. Para diagnosticar dolor abdominal funcional debe haber:

- A. dolor una vez por semana, como mínimo
- B. persistencia de este durante dos meses previos al diagnóstico
- C. procesos neoplásicos o metabólicos concomitantes
- D. A y B son correctos
- E. A, B y C son correctos
- F. ninguno de los anteriores es correcto

20. La regurgitación en mayores de 12 meses debe ser estudiada para descartar alteraciones anatómicas y/o enfermedad por reflujo gastroesofágico. Por lo tanto, constituyen signos de alerta:

- A. del niño
- B. la hematemesis
- C. la falla en el medro y la anemia
- D. las posturas anormales
- E. todas las anteriores
- F. B, C y D son correctas