

Dispepsia en el niño

José Antonio Ruiz

Jefe del servicio de Gastroenterología Pediatría del Hospital Garrahan, Ciudad Autónoma de Bs As, Argentina

De acuerdo a los criterios de Roma II para los trastornos funcionales en pediatría, la dispepsia funcional se describe como: 1) dolor o disconformidad en el centro del abdomen superior de, al menos, 12 semanas de duración-que no necesitan ser consecutivas-dentro de los últimos 12 meses en niños lo suficientemente maduros como para poder referir los síntomas; 2) no evidencia (incluida la endoscopia) de enfermedad orgánica que pudiera explicar los síntomas; 3) no evidencia de que la dispepsia se alivie con la defecación o se asocie con el comienzo en un cambio de la frecuencia o forma de las deposiciones.

La única diferencia en la definición respecto de los adultos es en referencia a la edad adecuada para poder expresar el dolor; la cual ronda los cuatro años.

La dispepsia funcional puede ser subdividida en: a) dispepsia similar úlcera cuando el dolor centrado en el abdomen superior es el síntoma predominante; b) dispepsia similar dismotilidad cuando el síntoma predominante es una sensación displacentera o no dolorosa, la cual puede ser caracterizada o asociada a plenitud abdominal, saciedad precoz, sensación de distensión o náuseas; c) dispepsia no específica cuando los síntomas no cumplen totalmente los criterios para dispepsia similar úlcera o similar dismotilidad.

Otros aspectos diferentes de la dispepsia en el niño respecto del adulto son: la prevalencia, la forma en que el niño manifiesta el dolor o la forma como lo expresa y, debido a la baja prevalencia de la úlcera gastroduodenal en la edad pediátrica, las indicaciones para realizar una endoscopia.

La prevalencia de la dispepsia funcional depende de la población estudiada (edad, individuos enfermos vs población general), del método de encuesta y diagnóstico utilizado (cuestionario vs entrevista vs endoscopia), de la duración del período de observa-

ción y de la amplitud con que se defina la dispepsia. La prevalencia aumenta con la edad.

Miele, sobre una población de 9.600 niños (edad de 0 a 12 años), evaluó trastornos funcionales gastrointestinales tales como regurgitación, desórdenes en la evacuación, intestino irritable y dispepsia funcional, y encontró una prevalencia muy baja, del 0,5%, pero él mismo en la discusión hace una crítica: que su población está formada en parte por pacientes menores de cuatro años en los cuales no existe la dispepsia. Hyam realizó una encuesta escolar entre 507 adolescentes en edad de 13 a 18 años encontrando una prevalencia del 5 al 10%. Es interesante la experiencia que hizo De Giacomo en una población escolar de 808 niños en edades de 6 a 19 años. Encontró una prevalencia del 7,2% (el 90% de éstos eran mayores de 10 años) y pudo diferenciar que el 3,5% tenían dispepsia del tipo úlcera like y el 3,7% dispepsia tipo dismotilidad.

En un consenso reciente, basado en la evidencia de la Academia Americana de Pediatría y de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, se acordó que hay evidencia limitada, pero consistente, en que los niños con dolor abdominal recurrente, dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable y migraña abdominal tienen patrones de síntomas que pueden ser diferenciados unos de otros. El consenso cuestiona los criterios de Apley por carecer de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico y recomienda los criterios de Roma II para diferenciar estos cuadros de dolor.

Es importante por la frecuencia que tiene el dolor abdominal recurrente en pediatría hacer un diagnóstico diferencial con la dispepsia siguiendo los criterios de Roma II, los cuales definen al dolor abdominal recurrente como dolor difuso, que puede ser continuo o frecuente, que no está relacionado con eventos fisiológicos (comida, menstruación, defecación), que produce una disminución en la actividad diaria y no es fingido por el niño. En general es periumbilical; el paciente puede dormirse con el dolor, pero no se despierta de noche.

Respecto de los síntomas dispépticos, Hyam publicó que en una población de 257 pacientes con edades entre 5 y 19 años con dolor abdominal, 127 pacientes (48%) cumplían los criterios para dispepsia funcional según Roma II.

De éstos, el 26% tenían síntomas símil úlcera like, 15% símil dismotilidad y 7% dispepsia no especificada. Es importante señalar que se realizó endoscopia debido a la intensidad de los síntomas en 56 pacientes de los 127 y en ninguno se diagnosticó úlcera gastroduodenal, lo cual indica la baja prevalencia de la úlcera gastroduodenal en pediatría.

Según la Sociedad Europea de Gastroenterología y Hepatología pediátrica, se debe realizar una endoscopia en niños con síntomas dispépticos cuando hay pérdida de peso, vómitos, persistencia o recurrencia de los síntomas -sobre todo del dolor, aún después de un tratamiento de prueba- y cuando hay alteración de la calidad de vida.

Finalmente, debemos considerar la relación entre la dispepsia funcional y el dolor abdominal recurrente con la gastritis por *H. pylori*.

Kalach, en Francia, recientemente ha publicado un trabajo donde estudia la relación de la gastritis por *H. pylori* con síntomas dispépticos en pediatría. Evaluó 100 niños en edad de 6 a 17 años con criterios de Roma II para dispepsia funcional a los cuales se le realizó endoscopia por síntoma persistente de dolor. Se detectó *H. pylori* en la mucosa gástrica por cultivo e histología: 26 niños fueron positivos y 74 negativos. Los grupos fueron apareados por años de edad, sexo, educación, nivel socioeconómico y características de los síntomas y no se encontraron diferencias estadísticas entre los dos grupos con respecto a los síntomas dispépticos y al dolor. No se diagnosticó úlcera gastroduodenal en ningún paciente. La conclusión es que no hay síntomas característicos en la dispepsia funcional entre *H. pylori* positivos y negativos, y que existe una baja prevalencia de úlcera gastroduodenal.

El consenso que se llevó a cabo en Budapest en 1998 del grupo de trabajo europeo sobre la infección por *H. pylori* en pediatría y la declaración basada en la evidencia de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología y Nutrición pediátrica del año 2002 coinciden en que el *H. pylori* debe ser erradicado cuando existe: úlcera duodenal o gástrica, linfoma MALT o gastritis atrófica con metaplasia in-

testinal; no existiendo evidencia que demuestre una relación entre la gastritis por *H. pylori* y la dispepsia funcional o el dolor abdominal funcional recurrente, y por lo tanto, no se justifica la búsqueda de *H. pylori* en estos pacientes.

Referencias

- Rasquin-Weber A, Hyman P E, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut 1999;45:II60-II68.
- Chitkara D K, Delgado-Aros S, Bredenoord A J, et al. Functional Dyspepsia, upper gastrointestinal symptoms, and transit in children. J Pediatr. 2003;143:609-613.
- Hyams J S, Davis P, Sylvester F A, et al. Dyspepsia in children and adolescents: a prospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000;30:413-418.
- Di Lorenzo C, Colletti R, Lehmann H, et al. Chronic abdominal pain in children: a clinical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal pain and NASPGHAN Committee on abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;40:249-261.
- Kalach N, Mention K, Guimber D, et al. Helicobacter pylori infection is not associated with specific symptoms in nonulcer-dyspeptic children. Pediatrics 2005;115:17-21.
- Hassal E. Peptic ulcer disease and current approaches to Helicobacter pylori. J Pediatr 2001;138:462-468.
- Gold B, Colletti R, Abbott M, et al. Helicobacter pylori Infection in children: Recommendations for Diagnosis and Treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000;31:490-497.
- Drumm B, Doletzko S, Oderda G. Medical Position paper: report of the European Paediatric Task Force on Helicobacter pylori on a Consensus Conference, Budapest, Hungary, September 1998. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000;30:207-213.