

# CÓLICO, DISQUECIA Y REGURGITACIÓN DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO DE EDAD

*Colic, dyschezia and regurgitation in infants under one year of age*

**Carlos Alberto Velasco Benítez**

© <https://orcid.org/0000-0002-4062-5326>

Universidad del Valle

Cali, Colombia.

## Resumen

Según los Criterios de Roma IV (RIV), los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGFs) del lactante y preescolar, son una combinación diversa y variable de síntomas gastrointestinales recurrentes o crónicos que luego de una adecuada evaluación médica, no son atribuibles a otras condiciones médicas. Los tres principales DGFs del primer año de vida son el cólico hasta los 4 meses de edad, la disquecia hasta los 9 meses de edad y la regurgitación hasta los 12 meses de edad. La prevalencia de los DGFs en niños latinoamericanos menores de 4 años es del 40,5%; siendo la prevalencia para cólico del 10,4%; para disquecia del 3,2%, y para regurgitación del 8,0%.

**Palabras claves:** cólico, disquecia, regurgitación, lactantes, preescolar.

*Cita este capítulo / Cite this chapter*

Velasco Benítez CA. Cólico, disquecia y regurgitación del lactante menor de un año de edad. En: Villamarín Betancourt EA, Cubides Munévar AM, García Puerta M, Linero Terán A, editores científicos. Manual de Pediatría. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 15-29.

## Summary

According to the Rome IV Criteria (RIV), functional gastrointestinal disorders (FGIDs) in infants and toddlers are a diverse and variable combination of recurrent or chronic gastrointestinal symptoms that, after adequate medical evaluation, are not attributable to other medical conditions. The three main FGIDs in the first year of life are colic up to 4 months of age, dyschezia up to 9 months of age, and regurgitation up to 12 months of age. The prevalence of FGIDs in Latin American children under 4 years of age is 40.5%; being the prevalence for colic 10.4%; for dyschezia of 3.2%, and for regurgitation of 8.0%.

**Keywords:** colic, dyschezia, regurgitation, infants, toddlers.

## Introducción

Según los Criterios de Roma IV (RIV), los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGFs) del lactante y preescolar, son una combinación diversa y variable de síntomas gastrointestinales recurrentes o crónicos que luego de una adecuada evaluación médica, no son atribuibles a otras condiciones médicas. Entre estos DGFs se encuentran, el cólico del lactante, la disquecia del lactante, la regurgitación del lactante, el síndrome de vómito cíclico, el síndrome de rumiación de lactante, el estreñimiento funcional y la diarrea funcional (1).

La prevalencia de los DGFs en lactantes y preescolares norteamericanos es del 24,7% según los RIV (2); del 40,2% en menores de cuatro años en Latinoamérica (3) y del 40,5% en niños menores de cinco años en Colombia (4). En este capítulo revisaremos el cólico, la disquecia y la regurgitación del lactante menor de doce meses de edad.

## Cólico del lactante

### Definición

Según los RIV, se define cólico en un lactante menor cuando los síntomas se inicien y finalicen antes del quinto mes de edad, con períodos prolongados y recurrentes de llanto, irritabilidad o fussing (lactante inquieto, fastidioso, molesto), reportados por la persona que lo cuida y que se presentan sin una causa aparente y sin que puedan ser controlados por el cuidador. Para propósitos de investigación, los RIV, además de tener en cuenta los criterios clínicos previamente descritos, incluye que 1) quien cuida al niño reporte al lactante con llanto o fussing por tres o más horas por día durante tres o más días en siete días por medio de una entrevista de tamizaje telefónico o cara a cara con un investigador o clínico; y 2) este llanto o fussing debe ser confirmado mediante un seguimiento de 24 horas (1).

### Epidemiología

En una muestra de 259 niños colombianos menores de cuatro meses de edad, originarios de Cali (Valle), Florencia (Caquetá), San Andrés de Sotavento (Córdoba) y Bogotá (Cundinamarca), cuyos cuidadores respondieron el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos (QPGS), según los Criterios de Roma III (RIII), la prevalencia para cólico del lactante fue del 10,4% (4).

### Fisiopatología

Se han involucrado varios factores fisiopatológicos para la presencia de cólico del lactante como, factores ambientales, psicológicos y sociales; los cuales inician por hipersensibilidad y alergia alimentaria, así como problemas con la alimentación y disbacteriosis secundaria a microflora intestinal aberrante. Incluso se postula la teoría de la inmadurez neurológica del niño, así como alteraciones en la motilidad gastrointestinal. Las madres fumadoras han sido propuestas como factores que predisponen al cólico del lactante y reflujo gastroesofágico (5).

### Factores de riesgo

Se han propuestos diversos factores que favorecen la aparición del cólico del lactante, sin embargo, carecen de pruebas sobre su validez. Tales factores pueden ser divididos en tres grupos: gastrointestinales, biológicos y psicosociales (3).

**Tabla 1.** Cólicos del lactante. Atención primaria de pediatría (3).

Gastrointestinales	Biológicos	Psicosociales
Proteínas de leche de vaca Intolerancia a la lactosa Intolerancia a azúcares Inmadurez intestinal Motilidad intestinal Microflora fecal	Técnicas de alimentación Desregulación de la actividad motora intestinal Aumento de setoronina Tabaquismo materno	Comportamiento

Fuente: Ortega Páez E, Barroso D. Infant colic (3).

En un estudio del 2016, sobre la epidemiología de los trastornos gastrointestinales funcionales (TFGI) en niños pequeños, del total de 259 niños de 1 a 4 meses de edad colombianos que presentaban cólico, 27 de ellos fueron diagnosticados con TFGI (10.4%). Es importante resaltar su prevalencia, ya que el cólico fue considerado uno de los factores de riesgos para desarrollar TFGI a lo largo de la vida, (4).

### Cuadro clínico

El grupo de investigación Gastrohnutp de la Universidad del Valle realizó un estudio observacional analítico en el 2010 con 3060 niños menores de cinco años, de los cuales sólo 15 casos eran menores de cuatro meses (0.5%). Al aplicárseles el QPGS-RIV para identificar síntomas de cólico del lactante, se obtuvieron los indicadores que se presentan a continuación.

**Tabla 2.** Síntomas asociados al cólico del lactante (5).

Síntoma		N	%
Irritabilidad, inquietud o llanto (estrés) sin ninguna razón en la última semana		15	100
Tiempo en promedio y por día de irritabilidad, inquietud o llanto (estrés) sin ninguna razón	3 a 6 horas	8	53,3
	Mas de 6 horas	3	20
	Todo el tiempo	4	26,7
Días en promedio a la semana con irritabilidad, inquietud o llanto (estrés) sin ninguna razón	3 días	1	6,7
	4 días	4	26,7
	5 días	0	0
	6 días	1	6,7
	7 días	9	60
Sin fiebre		15	100
Ganancia de peso normal		15	100

Fuente: Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramírez Hernández CR, Saps M. A. (5).

### Diagnóstico

Para identificar lactantes menores de cuatro meses con cólico del lactante, el cuidador debe responder las siguientes preguntas del QPGS-RIV:

- En la última semana, su hijo(a) ¿ha estado irritable, inquieto(a) o llorando [estresado(a)] sin ninguna razón? (Si).
- En promedio y por día, su hijo (a) ¿cuánto tiempo está irritable e inquieto(a) [estresado(a)] o llora sin ninguna razón? ( 3 horas).
- En promedio, su hijo(a) ¿cuántos días a la semana está irritable,

inquieto o llora sin razón? (3 días).

- ¿Su hijo(a) tuvo fiebre la semana pasada? (No).
- ¿Su hijo(a) está ganando peso normalmente? (Si).

### Exámenes

No se requieren. Con una buena historia clínica y un examen físico es suficiente, enseñándole a los cuidadores los signos de alarma para descartar organicidad.

### Diagnósticos diferenciales

En general, los diagnósticos diferenciales deben ir enfocados a descartar enfermedad por reflujo gastroesofágico y alergia a la proteína de la leche de vaca; y se deben tener presente signos y síntomas de alarma como: regurgitación frecuente, vómitos, “episodios de tos”, síndrome de Sandifer, antecedentes familiares de atopía, síntomas respiratorios o dermatológicos de atopía (eccema, sibilancias), hemorragia gastrointestinal, retraso del crecimiento y distensión abdominal con meteorismo, con o sin eritema del pañal (5).

### Tratamiento

Hay varios estudios que incluyen el manejo medicamentoso con *Lactobacillus reuteri* DSM 17938.

**Tabla 3.** Estudios acerca del manejo medicamentoso con *Lactobacillus* con su característica y conclusión (6).

Autor, año	N	Característica	Conclusión
Savino, 2010	50	LM Exclusiva	<i>L. reuteri</i> DSM 17938 > placebo

<b>Autor, año</b>	<b>N</b>	<b>Característica</b>	<b>Conclusión</b>
Szajewska, 2013	80	LM exclusiva o > 50%	L. reuteri DSM 17938 > placebo
Sung, 2014	167	LM o FI	L. reuteri DSM 17938 lloró o estuvo inquieto 49' más que el placebo
Chau, 2015	52	LM	L. reuteri DSM 17938 con menores minutos de llanto e inquietud que el placebo
Mi, 2015	42	No doble ciego; LM exclusiva o > 50%	L. reuteri DSM 17938 > placebo
Partty, 2015	30	LM y FI; L. rhamnosus GG	Placebo > L. rhamnosus GG
Kianifar, 2014	50	LM; simbiótico	Simbiótico > placebo
Indiro, 2014	569	Prevención; LM y FI	A los 3 m: L. reuteri DSM 17938 con menor duración en el tiempo de llanto que el placebo

Fuente: Vandenplas Y, Gutiérrez Castellón P, Velasco Benítez C, Palacios J, Jaén D, Ribeiro H, et al. (6)

Desde el punto de vista nutricional, hay que tener en cuenta la modificación de la alimentación del lactante y probar una dieta de eliminación en la madre que lacta, excluyendo la leche de vaca y sus derivados lácteos, con la precaución de suplementar con calcio a la madre mientras lacta. Igualmente, como prueba terapéutica podrían utilizarse fórmulas parcialmente hidrolizadas e incluso extensamente hidrolizadas ante la sospecha de componente alérgico (7).

## **Disquecia del lactante**

### **Definición**

Según RIV se define disquecia en un lactante menor de nueve meses, quien al menos durante diez minutos presente esfuerzos y llanto antes del paso con o sin éxito de heces suaves; sin que el niño presente ningún otro problema médico (1).

### **Epidemiología**

En el estudio de base poblacional sobre la epidemiología de los trastornos gastrointestinales funcionales en niños pequeños del 2016 con 308 niños menores de cinco meses de edad de cuatro ciudades (Cali, Valle; Florencia, Caquetá; San Andrés de Sotavento, Córdoba, y Bogotá, Cundinamarca), según el QPGS RIII, la prevalencia para disquecia del lactante fue del 3,2% (4).

### **Fisiopatología**

Se ha propuesto que la falla para coordinar una presión intra-abdominal con la relajación de piso pélvico, conlleva a la disquecia del lactante (8).

### **Factores de riesgo**

En el estudio de base poblacional sobre la epidemiología de los trastornos gastrointestinales funcionales en niños pequeños –del 2016– muestra como posible factor de riesgo el ser hijo único (OR=3,01



$p < 0,02$ ) y ser primogénito ( $OR = 2,93$   $p < 0,02$ ) ya que en los diez lactantes colombianos menores de cinco meses de edad que según RIII presentaron disquecia del lactante, podría explicarse por una mayor atención a los síntomas del único hijo en la casa (4).

### Cuadro clínico

El grupo de investigación en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica Gastrohnp de la Universidad del Valle realizó un estudio observacional analítico en el 2010 con 3060 lactantes, de los cuales sólo 13 casos (0.4%) presentaron disquecia del lactante. Al aplicárseles el QPGS-RIV se obtuvieron los síntomas que se presentan a continuación.

**Tabla 4.** Síntomas asociados a la disquecia del lactante (4).

Síntoma		N	%
Lucha, se irrita o llora antes de defecar popó blando.		13	100
Tiempo promedio de lucha, irritabilidad y llanto antes de defecar popó blando.	10 a 20 minutos	5	38,5
	20 minutos	9	61,5

Fuente: Chogle A, Velasco Benítez C, Chanis R, Mejía M, Saps M. (4)

### Diagnóstico

El diagnóstico de disquecia del lactante se realiza por medio de las respuestas que da el cuidador de un niño menor de nueve meses en el QPGS-RIV:

- Su hijo(a), antes de hacer popó blando; ¿lucha, se irrita o llora antes de defecar? (Si).
- En promedio, su hijo(a), antes de hacer popó blando; ¿cuánto tiempo lucha, se irrita o llora antes de defecar? (10 minutos).

- Excepto por su dificultad para defecar, ¿el control del crecimiento y desarrollo (peso y estatura) de su hijo(a) ha sido normal? (Si).

### **Exámenes**

En general, para ningún DGFs no se requiere de paraclínico alguno. Una buena historia clínica y un examen físico evitan la toma innecesaria de exámenes. Se hace necesario enseñar a los cuidadores los signos de alarma para descartar enfermedad.

### **Tratamiento**

Tan solo se requiere de conversar con los padres y/o cuidadores del niño explicando lo benigno y transitorio del cuadro. No requiere de medicamentos.

## **Regurgitación del lactante**

### **Definición**

Según RIV se considera regurgitación en un lactante menor a un año de edad, por lo demás, sano, cuya sintomatología se presente entre las tres semanas de vida y los doce meses de edad, quien presente regurgitación, por lo menos, dos o más veces al día, por tres o más semanas de evolución; en ausencia de náuseas, hematemesis, aspiración, apnea, falla para crecer, dificultad para alimentarse o presentar posturas anormales (1).

### **Epidemiología**

En Cali (Valle), Florencia (Caquetá), San Andrés de Sotavento (Córdoba) y Bogotá (Cundinamarca), al entrevistar por medio del QPGS RIII a los cuidadores de 527 niños menores de un año de edad, la prevalencia para regurgitación del lactante fue del 8% (4).

### **Fisiopatología**

La podríamos resumir en los signos y síntomas que hacen la diferencia entre regurgitar y vomitar. La regurgitación, es el retorno súbito

de cantidades pequeñas del contenido gástrico a la faringe y boca en ausencia de náusea, arcada, síntomas autonómicos o de contracción muscular torácica o abdominal y es relatado por los cuidadores como “leche cortada” presente en las comisuras labiales. El vómito involucra los síntomas autonómicos, además de frialdad, sudoración, piloerección y pirosis, entre otros, y los cuidadores lo relatan como contenido alimentario en proyectil.

### Factores de riesgo

Según el estudio realizado en 527 niños colombianos menores de un año de edad, por medio de RIII, en los 42 niños con regurgitación del lactante, no se determinaron posibles factores de riesgo (padres separados/divorciados; hijo único; primogénito; historia intrafamiliar de DGFs y antecedente de diarrea previa) (4).

### Cuadro clínico

En los 51 lactantes colombianos menores de doce meses con regurgitación del lactante (1,7%) según el QPGS-RIV de los 3060 que fueron analizados por el Grupo de Investigación en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica –Gastrohnpup de la Universidad del Valle, se presentaron los siguientes síntomas:

**Tabla 5.** Síntomas asociados a la regurgitación del lactante (5).

Síntoma		N		N
Vómito o escupir todos los días en las últimas tres semanas		51	100	
Tiempo en promedio de vómito o escupir	Dos veces al día	9	17,7	
	3 a 10 veces al día	26	51	
	Más de 10 veces al día	16	31,3	

<b>Síntoma</b>		<b>N</b>		<b>N</b>
Control del crecimiento y desarrollo (peso y estatura) normal		51	100	
Ganancia de peso (1,7%) normal		51	100	

Fuente: Chogle A, Velasco Benítez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramírez Hernández CR, Saps M.(5)

### **Diagnóstico**

Según el QPGS-RIV se identifica un lactante menor de un año de edad con regurgitación, cuando el cuidador responde las siguientes preguntas:

- ¿Su hijo(a) ha estado vomitando o escupiendo todos los días en las últimas tres semanas? (Si).
- En promedio, en el día, su hijo(a) ¿cuánto tiempo vomita o escupe? (2 veces).
- ¿Además del vómito y la escupidera, su hijo(a) ha tenido alguna de estas molestias? (No): vómito con sangre; silbido del pecho (sibilancias) o dificultad para respirar; arcadas, sequedad, ganas de vomitar (náuseas); inclina la cabeza y el cuello hacia un lado por períodos largos de tiempo; problemas para tragar, y problemas para tomar leche materna o comer.
- Excepto por vomitar o escupir, ¿el control del crecimiento y desarrollo (peso y estatura) de su hijo(a) ha sido normal? (Si).
- ¿Su hijo(a) está ganando peso normalmente? (Si).

### **Exámenes**

No se requiere de paraclínicos más que la historia clínica y el examen físico, indicándole a los cuidadores los signos de alarma de organicidad.

### **Diagnósticos diferenciales**

Son propuestos los siguientes signos de alarma ante un niño con regurgitación: pobre ganancia de peso, llanto durante la alimentación,

irritabilidad, problemas en la alimentación, síntomas respiratorios recurrentes, disfonía, tos crónica, rechazo a la alimentación, atragantamientos frecuentes, palidez, tics y/o movimientos anómalos de cuello o cabeza al alimentarse, trastornos del sueño, hematemesis y melenas. Entre las patologías con las que hay que realizar el diagnóstico diferencial, están la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la alergia a la proteína de la leche de vaca, las anomalías congénitas de carácter quirúrgico (atresia de esófago, acalasia, hernia hiatal, anillo vascular, hipertrofia del píloro, membrana duodenal, membrana gástrica, malrotación intestinal, duplicación intestinal, quiste de colédoco, páncreas anular, bridas congénitas), las entidades que provocan efecto de masa a nivel de sistema nervioso central, enfermedades metabólicas y enfermedades renales/urológicas, entre otras (9).

### **Tratamiento**

El manejo de la regurgitación está enfocado a la frecuencia, al espesamiento y medidas generales como cambios de posición. Con relación a la frecuencia en la alimentación, se desea que un lactante eutrófico reciba entre 80 y 130 kcal/kg/día fraccionado en seis a ocho tomas por día, evitando el incremento en el volumen y así la posibilidad de sobrepeso y obesidad. El espesamiento en el niño que recibe biberón puede realizarse con cereal de arroz entre un 5% y 8% de concentración u ofreciendo fórmulas infantiles especiales anti-regurgitación que son espesadas con algarrobo, maíz, cártamo, etc. En general, no se requieren medicamentos.

### **Referencias**

1. Benninga M, Nurki S, Faure C, Hyman P, Roberts I, Schechter N. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterol Clin NA* [Internet]. 2016;150(6):1443–55. Available from: doi: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.016>.

2. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr* [Internet]. 2018;195:134–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.12.012>.
3. Ortega Páez E, Barroso D. Infant colic. *Pediatrics primary care* [Internet]. 2013 Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322013000300009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300009)
4. Chogle A, Velasco - Benítez C, Chanis R, Mejia M, Saps M. Multi-country cross-sectional study found that functional gastrointestinal disorders such as colic and functional dyschezia were common in South American infants Ashish. *Int J Lab Hematol*. 2016;38(1):42–9.
5. Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramírez Hernández CR, Saps M. A Population-Based Study on the Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Young Children. *J Pediatr* [Internet]. 2016;179:139-143.e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.095>.
6. Vandenplas Y, Gutiérrez Castrellón P, Velasco Benítez C, Palacios J, Jaen D, R; werty0' ibeiro H, et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants. *Nutrition* [Internet]. 2013;29(1):184–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2012.08.008>.
7. Guarino A, Canani RB. Probiotics in Childhood Diseases: From Basic Science to Guidelines in 20 Years of Research and Development. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;63(July):S1–2.
8. González Coquel S del C, Brochet Bayona C. Opciones de tratamiento del cólico del lactante. *Pediatría (Santiago)* [Internet]. 2015;48(3):61–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.10.001>.

9. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminau J. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1519–26.
10. Velazco Benítez CA. Actualización sobre enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en niños. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2014;29(1):55–62.