



Caso clínico

Probiótico en apoyo del trastorno de la interacción del intestino-cerebro en lactante



Dr. Rodrigo Vázquez-Frias, MSc, PhD

- Gastroenterología y Nutrición Pediátrica
- Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas
- Hospital Infantil de México Federico Gómez
- Profesor de Pediatría, UNAM
- Academia Mexicana de Pediatría
- Vicepresidente Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (LASPGHAN)

Identificación e historia neonatal

Lactante menor femenino de 2 meses de vida extrauterina, traída a la consulta por llanto inconsolable y salida de leche, de forma frecuente, por la boca. Cuenta con antecedente de madre de 33 años con dermatitis atópica, aparentemente no alérgica, y padre de 32 años con obesidad y sin ningún otro antecedente hereditario de importancia. Es producto de la gesta núm. 1, normoevolutivo. Obtenida vía abdominal a las 38 semanas de gestación, de forma electiva, con un peso al nacimiento de 3320 g y una talla de 51 cm. Apgar 9/9, sin complicaciones perinatales aparentes. Primera evacuación presente en las primeras 24 horas de vida extrauterina y con evacuaciones meconiales de dos días de duración. Caída de cordón umbilical a los 15 días. Tamiz auditivo, tamiz metabólico ampliado y tamiz cardiológico normales.

Alimentada los primeros días con leche humana, pero a referir de la madre, como no producía suficiente, se completó con fórmula de inicio indicada por el médico de primer contacto, dándole entre 7 y 8 tiempos de alimentación al día. Tiene evacuaciones, casi todos los días, de consistencia formada. Se refiere que, en ocasiones, se pone muy roja y puja entre 5 y 10 minutos para poder evacuar, con consistencia formada (aunque no siempre), sin moco, ni sangre. Cuenta con vacuna de BCG y una dosis de hepatitis B. No tiene otro antecedente de importancia.

Padecimiento actual



Llanto e irritabilidad de 4 semanas de inicio, aproximadamente. Los episodios de irritabilidad suceden a lo largo del día, tienen predominio nocturno y no pueden ser resueltos por los cuidadores primarios (mamá y papá). Además, han aumentado en duración (hasta 5-6 horas) e intensidad.

Regurgitaciones desde la segunda semana de vida extrauterina, presentando entre 3-4 por día, inicialmente, e incrementando hasta 6 veces al día, sin estar precedida de arcos. Volumen reflujo de escasa a moderada cantidad.

No se refieren vómitos, fiebre, hiporexia, dermatosis o algún otro síntoma. El médico de primer contacto había prescrito, desde hace 3 semanas, inhibidor de bomba de protones de 2.5 mg, cada 12 horas, así como procinético, cada 8 horas, sin mejoría alguna.

Examen físico

A la exploración física se encuentra con frecuencia cardíaca de 122 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 34 por minuto, temperatura de 36.1 °C y tensión arterial de 88/62 mmHg. Activa y reactiva a estímulos. Buen estado de hidratación y coloración de tegumentos y mucosas. Cabeza normal, con fontanela anterior de 1 cm de diámetro, normotensa. Cuello normal. No hay datos visibles de dificultad ventilatoria. Cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas o visceromegalias, con peristalsis normal. Genitales fenotípicamente femeninos. Región anal normal. Extremidades normales. Reflejos primarios presentes.

Hipótesis diagnóstica y conducta

Ante el cuadro que presenta esta paciente y la ausencia de signos de alarma, así como una antropometría normal, con adecuado incremento de peso y talla, se **sospecha de trastornos de la interacción del intestino-cerebro** conocidos, previamente, como **trastornos funcionales gastrointestinales**, de acuerdo con los criterios de Roma IV, del tipo de regurgitación del lactante, cólico del lactante y, probablemente, disquecia¹.

Se explica la naturaleza benigna de estas condiciones y se responden las dudas y preocupaciones de la mamá y del papá. Se les explica en qué consisten cada uno de estos diagnósticos y la importancia de no sobre tratar a estos niños con medicamentos que no les sirven y que, potencialmente, pueden tener efectos adversos, sobre todo con la microbiota gastrointestinal. Se decide suspender medicamentos y se incentiva a que siga intentado dar leche humana, a libre demanda. Se recomienda una adecuada hidratación por parte de la madre y se receta un galactogogo. De forma adicional, se decide cambiar la fórmula infantil de inicio por una fórmula infantil de inicio con proteína optimizada, "tipo comfort", con la **cepa probiótica *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938**.

Evolución



Se revisa al mes siguiente, en la consulta de seguimiento. Los padres refieren que los episodios de irritabilidad y llanto han disminuido paulatinamente. Asimismo, refieren que las regurgitaciones han mejorado, disminuyendo, sobre todo, el número y la cantidad del volumen reflujo y que ya presenta entre 2 y 3 evacuaciones, todos los días, de consistencia pastosa, sin moco, sangre y sin eventos de pujo excesivo. A la revaloración, se constata adecuado incremento ponderal y de talla, sin algo adicional en la exploración física. Lamentablemente, ha disminuido el número de tomas de leche humana ya que la madre tuvo que regresar a laborar y aún persiste con baja producción. Se continúa con mismo manejo y cita el próximo mes para evaluar su evolución.

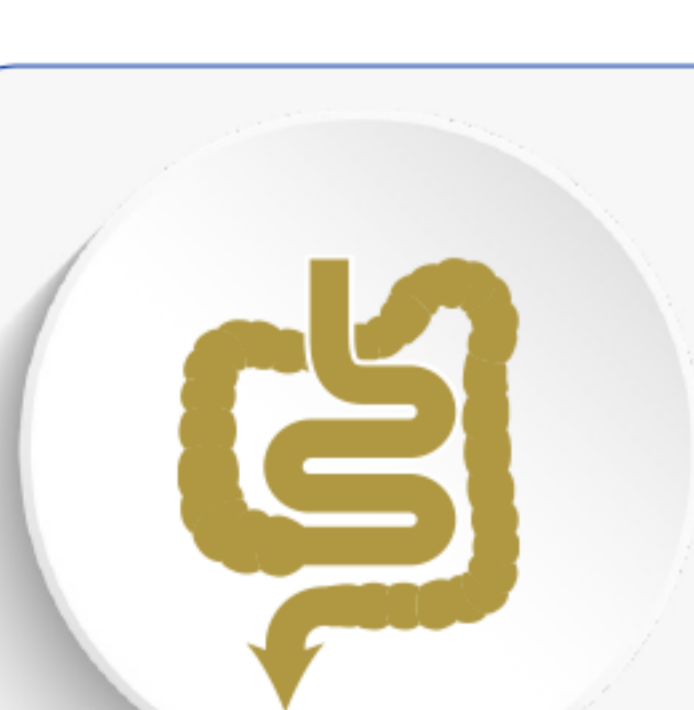
La evolución satisfactoria de esta paciente y de la dinámica familiar es debida, en gran parte, al reconocimiento temprano de los trastornos de la interacción intestino-cerebro conocidos, previamente, como trastornos funcionales gastrointestinales, de acuerdo con los criterios de Roma IV. Actualmente, existe cierta evidencia de que, al menos en algún subgrupo de lactantes con estos padecimientos, se presentan cambios en la microbiota y en la interacción de esta con el eje microbiota-intestino-cerebro^{2,3}.

Discusión

De acuerdo con el consenso de Roma IV y para propósitos clínicos, los criterios diagnósticos del cólico del lactante son: a) en un lactante menor de 5 meses de edad, cuando los síntomas empiezan y terminan; b) períodos recurrentes y prolongados de llanto o vocalización intermitente de malestar o irritabilidad reportada por los cuidadores, que ocurre sin una causa obvia y que no puede ser prevenida o resuelta por los cuidadores; c) sin evidencia de falla de crecimiento, fiebre o enfermedad¹.

Actualmente se sabe que es un padecimiento relativamente frecuente, 1 de cada 4 lactantes cursarán con cólico del lactante⁴, y que diversos factores contribuyen a su presentación, tales como factores del neurodesarrollo, factores gastrointestinales, incluida la microbiota, y factores psicosociales¹⁻⁴.

Aunque es un padecimiento que suele autolimitarse y que desaparece entre los 4 y 5 meses, existe cierta asociación del cólico del lactante con el ulterior desarrollo de otros padecimientos psicológicos o neuroconductuales y alérgicos en etapas posteriores, sin poder establecer una relación causal^{1,4,5}. Por lo que, al momento, parece una buena idea tratar de dar un manejo que impacte en disminuir este padecimiento, a través de la modificación de la microbiota.



De acuerdo con la guía de probióticos y prebióticos de la **Organización Mundial de Gastroenterología**, hasta el momento, la evidencia más fuerte para una cepa probiótica en el manejo de cólico de lactante es para el ***Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938**⁶. Esta cepa ha demostrado que puede ser útil para disminuir la duración y la intensidad de tiempo de llanto de los niños con cólico del lactante, además de que puede mejorar la regurgitación y la consistencia de las heces, haciéndolas más suaves⁷.

Por todo esto, ante la presencia de trastornos gastrointestinales en el lactante, es importante estar familiarizado con los trastornos de la interacción intestino-cerebro conocidos, previamente, como trastornos funcionales gastrointestinales, de acuerdo con los criterios de Roma IV, conocer su correcto diagnóstico, así como su manejo con las estrategias que actualmente demuestran evidencia de su utilidad, para proporcionar alivio a todo el entorno familiar.



NUTRE TODAS SUS POSIBILIDADES

Referencias:

1. Benning MA, et al. Gastroenterology. 2016;S0016-5085(16)00182-7. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.016.
2. Zeevenhooven J, et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2018;15(8):479-96. doi: 10.1038/s41575-018-0008-7.
3. Hofman D, et al. Nutrients. 2022;14(5):974.
4. Indrio F, et al. Nutrients. 2023;15(3):615. doi: 10.3390/nu15030615.
5. Loughman A, et al. J Dev Orig Health Dis. 2021;12(2):260-70.
6. Guarner F, Sanders ME, et al. World Gastroenterology Organization Global Guidelines [Internet]. 2023 [revisado el 03 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>.
7. Dargenio VN, et al. Benef Microbes. 2022;13(3):221-42. doi: 10.3920/BM2021.0151.

AVISO IMPORTANTE. Creemos que la lactancia materna es el comienzo nutricional ideal para los bebés y apoyamos plenamente la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios nutritivos adecuados junto con la lactancia materna continua hasta los dos años de edad. También reconocemos que la lactancia materna no siempre es una opción para los padres. Si los padres consideran no amamantar, los profesionales de la salud deben informarles que esta decisión puede ser difícil de revertir y que la introducción de la alimentación parcial con biberón reducirá el suministro de leche materna. Los padres deben considerar las implicaciones sociales y financieras del uso de fórmula infantil. La fórmula infantil siempre debe prepararse, utilizarse y almacenarse según las instrucciones de la etiqueta para evitar riesgos para la salud del bebé.