



LACTANTE CON LLANTO

Rocío Tamariz-Martel Moreno, Noelia Marcos Gómez

Servicio de Pediatría, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

INTRODUCCIÓN

Los bebés comunican y expresan su disconfort llorando. Este puede deberse a gran cantidad de razones que van desde el hambre o el deseo de atención hasta enfermedades que comprometen la vida⁽¹⁾. Un niño sano de 6 semanas llora una media de 3 horas al día⁽²⁾. El llanto puede considerarse patológico si los cuidadores del niño lo interpretan como diferente en calidad o duración sin una causa aparente, si persiste incontrolable después de un tiempo razonable o ambos.

La mayoría de las consultas por llanto en un Servicio de Urgencias se concentran entre las seis de la tarde y las seis de la mañana. En el momento de consultar, los padres suelen estar ansiosos, frustrados y faltos de sueño. Estas emociones contribuyen a hacer la evaluación del niño que llora más difícil.

En principio, el niño que consulta por fiebre y llanto ha de ser incluido en protocolos diagnósticos de síndrome febril acorde con su edad. En el niño afebril el diagnóstico diferencial es muy amplio e incluye cada sistema y órgano (**Tabla I**). Lo más importante es discriminar qué paciente presenta una patología importante subyacente y cuál un proceso banal. Es muy importante valorar cómo y cuándo se inició el llanto, si es o no consolable, la percepción de sus características por parte de los cuidadores del niño, la alimentación que este recibe y si su técnica es correcta, etc. Se puede decir, en general, que el llanto de aparición aguda obliga a descartar organicidad. Igualmente, un llanto recidivante puede deberse a patrones de hambre, frío o a cólicos del lactante.

Un estudio norteamericano reciente⁽³⁾, en niños menores de un año que consultaban por llanto en Urgencias, mostró que un 5% presentaba patologías relevantes, de las cuales la más frecuente era la infección de orina. Más del 60% de los casos se diagnosticaba solamente con la historia clínica y/o la exploración física y hasta un 15% de los pacientes lo hacía en una segunda visita a Urgencias. Sólo un 0,8% de los niños era diagnosticado a través de pruebas complementarias no guiadas por un cuadro clínico sugestivo que las indicase.

Tabla I. Diagnóstico diferencial del llanto en el niño

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo - Erosión corneal - Cuerpo extraño ORL - Fractura de cráneo - Dentición - Otitis aguda - Aftas orales, estomatitis, faringitis - Quemadura mucosa oral - Paniculitis • Cardiovascular <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia cardíaca congestiva - Taquicardia supraventricular - Endocarditis - Miocarditis - Infarto agudo de miocardio • Pulmonar <ul style="list-style-type: none"> - Infección respiratoria alta - Aspiración de cuerpo extraño - Neumotórax - Neumonía • Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> - Estreñimiento - Fisura anal/Hemorroides - Obstrucción intestinal - Invaginación intestinal - Vólvulo intestinal - Enfermedad de Hirschprung - Alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca - Reflujo gastroesofágico, esofagitis - Enfermedad celíaca - Apendicitis/Peritonitis • Genitourinario <ul style="list-style-type: none"> - Torsión testicular - Hernia inguinal incarcerada - Balanitis - Hidrocele - Retención urinaria - Infección de orina | <ul style="list-style-type: none"> • Musculo-esquelético <ul style="list-style-type: none"> - Torniquete en dedo por pelo o fibra sintética - Fractura - Osteomielitis - Artritis - Crisis vasoclusiva (drepanocitosis) - Dactilitis • Neurológico <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de abstinencia neonatal - Presión intracraneal aumentada <ul style="list-style-type: none"> › Hidrocefalia › Masas › Hemorragia intracraneal › Edema cerebral - Meningitis/Encefalitis - Hiperestimulación - Temperamento • Dermatológico <ul style="list-style-type: none"> - Quemaduras - Celulitis - Picaduras de insectos, urticaria - Dermatitis atópica - Mastocitosis • Tóxico-metabólico <ul style="list-style-type: none"> - Errores innatos del metabolismo - Hipoglucemia - Alteraciones hidroelectrolíticas - Hiperparatiroidismo - Feocromocitoma - Ingestión de tóxicos - Intoxicación por monóxido de carbono • Otros <ul style="list-style-type: none"> - Hambre - Cólico del lactante - Reacción a vacunas - Abuso |
|--|---|

Por tanto, hemos de considerar la historia clínica y la exploración física como la piedra angular en la evaluación del niño que llora, y las que deben guiar las exploraciones complementarias a realizar en estos pacientes. Es necesario desnudar por completo al paciente y realizar una exploración sistemática y muy cuidadosa, buscando una posible orientación diagnóstica⁽⁴⁾. Según algunos autores, se debe realizar una analítica de orina y urocultivo a los bebés menores de 3 meses, aunque no hayan presentado fiebre. Si el niño sigue presentando llanto tras la primera evaluación, y el cuadro es poco compatible con un cólico del lactante, parece prudente mantener al mismo en observación o incluso ingresarlo para investigaciones posteriores **(Algoritmo 1)**.

Entre los motivos de llanto en un lactante destacan, por su gran frecuencia, los cólicos del lactante por lo que se detalla a continuación.

CÓLICOS DEL LACTANTE

Concepto

No existe un concepto establecido, pero se caracteriza por llanto excesivo, de naturaleza paroxística, de predominio vespertino, sin causa identificada, entre las dos semanas y los cuatro meses de edad en un lactante sano⁽⁵⁾. Se puede estimar que cuatro de cada diez lactantes han padecido estos cólicos.

Etiología

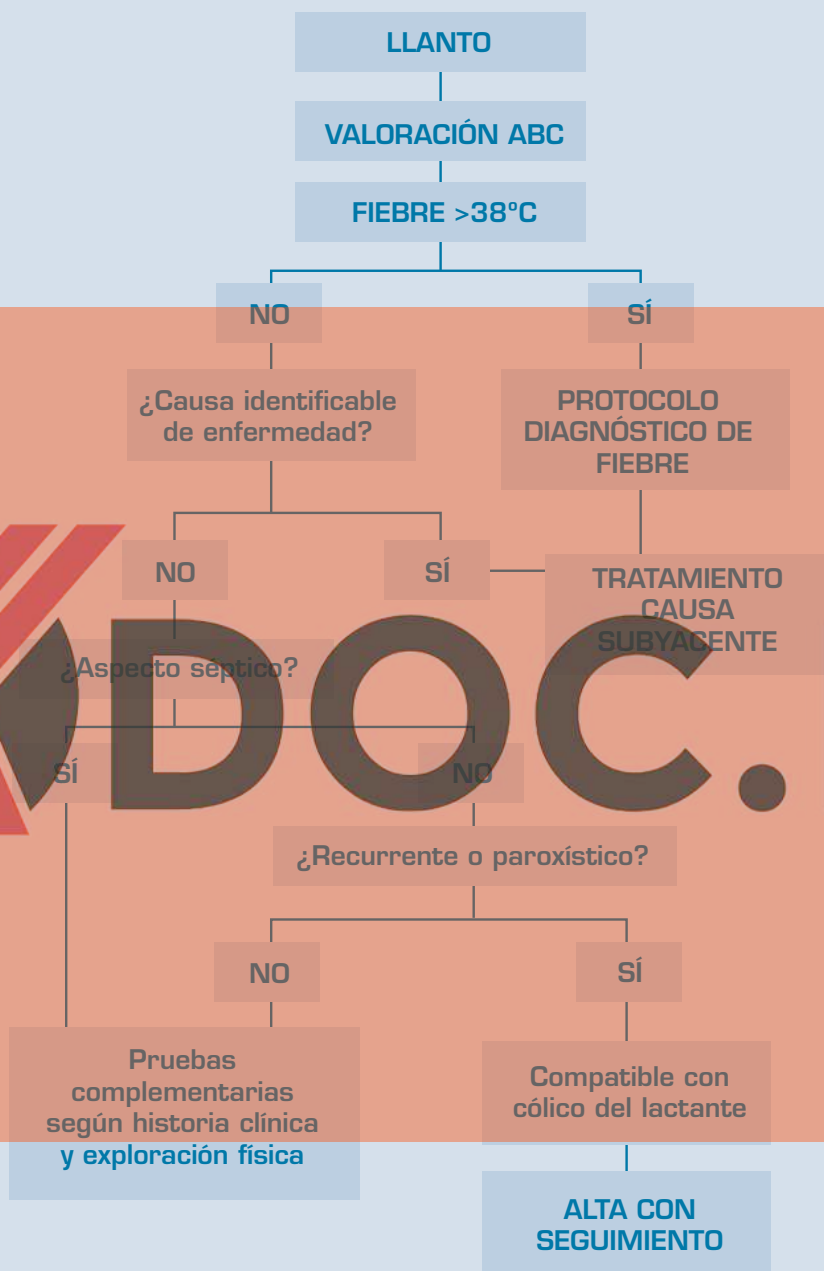
Es desconocida. Se han postulado varias teorías⁽⁶⁾ que explican su origen como consecuencia de las interacciones gastrointestinales (hipersensibilidad a componentes de la alimentación, gases intestinales, hipermotilidad intestinal, factores hormonales); y causas no gastrointestinales, “conductuales” (factores psicosociales de los padres, problemas de interacción padres-niños), sin que ello signifique patología en ninguno de dichos factores. Las más frecuentes son:

Causas digestivas

Debidas a la inmadurez del intestino. Se relaciona con una incompleta absorción de la lactosa con la consiguiente fermentación por parte de las bacterias intestinales y producción de gases. Los síntomas suelen resolverse a los cuatro meses, cuando la capacidad de absorción de la lactosa mejora.

Muchos progenitores relacionan el llanto con los gases, pero en realidad los gases son la consecuencia del llanto no la causa del mismo.

Algoritmo 1. Algoritmo de diagnóstico



Causas psicológicas

No en relación con problemas psicológicos del niño sino más bien con una conducta inadecuada de los padres ante el llanto del mismo. Padres ansiosos e inseguros en el manejo del mismo, que se agobian fácilmente. No puede afirmarse que sea la causa, pero sí que constituya un factor contribuyente. De hecho, se ha demostrado que cambios en estas conductas pueden reducir los episodios de llanto del bebé.

Causas alérgicas

Las alergias alimentarias⁽⁷⁾ se han relacionado como posible causa de un pequeñísimo porcentaje de casos, aunque actualmente no hay estudios concluyentes. Rara vez la causa de los cólicos es la intolerancia a proteínas de leche de vaca, con mejoría significativa tras la introducción de fórmulas especiales (hidrolizadas), que siempre deben ser prescritas bajo indicación médica.

Clínica

Los sospecharemos ante lactantes de menos de cuatro meses sanos, que presentan cuadros de paroxismos de llanto inexplicables, de predominio vespertino, de duración mayor de tres horas diarias y, al menos, tres días a la semana. El lactante encoge las piernas, acompañado de rubefacción facial y llora. El episodio cesa de forma espontánea, acompañado de normalidad entre las crisis.

Diagnóstico

De exclusión⁽⁸⁾. Se precisan tres síntomas principales y uno secundario.

Síntomas principales

- Llanto paroxístico (más de tres horas al día y más de tres días a la semana).
- Inquieto, molesto, irritable, agitado.
- Flexión de rodillas al abdomen.
- Vespertino.

Síntomas secundarios

- Parece hambriento, pero no se calma con la comida.
- Estreñimiento habitual.
- Meteorismo, timpanismo abdominal.
- Rubefacción facial.

Tratamiento

No existe tratamiento efectivo^(9,10), aunque podemos recurrir a medidas generales, tratamientos farmacológicos y pautas alimentarias para disminuir la sintomatología.

Medidas generales

- Lo más importante es convencer a los padres de que se trata de un proceso banal y pasajero.
- Si es preciso, se buscará el apoyo de los familiares, que pueden quedarse puntualmente con el niño y así los padres podrán descansar y tranquilizarse. También pue-

den hacer turnos alternos para dormir, con todo esto se intentará abolir el efecto psicológico.

- Técnica de alimentación: evitar la ingesta de aire durante las tomas. Si toma lactancia materna procurar no superar 20 minutos al pecho. El biberón se colocará lo más vertical posible para evitar entrada de aire o bien se pueden utilizar “biberones anticólicos” cuyo objetivo es el mismo, a través de un sistema de válvulas localizadas en la tetina, permiten controlar la entrada de aire cuando el lactante succiona, consiguiendo un flujo constante y unidireccional evitando su ingesta y posterior discomfort.
- Todo movimiento o ruido rítmico alivia las crisis: pasearlo en automóvil, ponerlo encima de una lavadora en funcionamiento, balanceo de la cuna, mantenerlo en la posición sentado hacia delante y darle masajes con suavidad durante las crisis. Para dar más tranquilidad al lactante se pueden emplear las “bañeras anticólicos” las cuales permiten adoptar una posición prenatal. Al estar cubierta una gran proporción del cuerpo por agua les proporciona comodidad y seguridad.
- No olvidar que el niño puede llorar por otros motivos como el frío, calor o hambre.

Medidas farmacológicas

Ningún fármaco ha demostrado ser eficaz, por lo que, en general, no se recomienda ningún tratamiento. La administración de antiflatulentos (dimeticona: 25-50mg/dosis, cinco minutos antes de las tomas) o aceite de anís se puede plantear en casos de padres con mucha ansiedad. Advertir de que el empleo de anís estrellado se ha relacionado con numerosos casos de intoxicación por su ingesta describiéndose numerosos efectos secundarios neurológicos y digestivos⁽¹¹⁾ por lo cual hoy en día está contraindicada su prescripción.

Alimentación⁽¹²⁾

No deben hacerse modificaciones de ningún tipo salvo que los cólicos sean muy llamativos y el pediatra sospeche como posible causa una intolerancia a proteínas de leche, aunque podemos recurrir a fórmulas anticólico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berry Brazelton. Crying in infancy. *Pediatrics* 1962;29:579-88.
2. Herman M, Le A. The Crying Infant. *Emerg Med Clin N Am* 2007;25:1137-59.
3. Freedman S, Al-Harthy N, Thull-Freedman J. The Crying infant: Diagnostic Testing and Frequency of Serious Underlying Disease. *Pediatrics* 2009;123:841-48.
4. Merkley K. The Crying Infant in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2006;32:535-40.
5. Adams LM, Davidson M. Conceptos actuales del cólico del lactante. *MTA Pediatría* 1988. p. 348-359.
6. Lozano MJ, Alonso J. Cólicos del lactante. V Curso de Asistencia Primaria en Pediatría. Santander: Universidad de Cantabria-Facultad de Medicina; 1989. p 93-102.
7. Iacono G, Carroci A, Montalto G, Cavataio F, Braigton E, Lovello D. Severe infantile colic and food intolerance: a long-term prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991;12:332-5.
8. Treem WR. Cólico del lactante. *Pediatr Clin North Am (Ed. Es.)* 1994;5:1119-1135.
9. Taubman B. Estudio clínico del tratamiento del cólico mediante modificación de la interacción entre los padres y el hijo. *Pediatrics (Ed. Es.)* 1984;18:365-370.
10. Parker S. Cólicos del lactante. En: Parker S, Zurkerman B. *Pediatría del crecimiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson-Little, Brown; 1996. p. 130-135.
11. De la Rubia Fernández L, Orizaola Ingelmo A, Hurtado Barace L, Lozano de la Torre MJ. Intoxicaciones por anís estrellado. *Anales Pediatría* 2009. p. 581-582.
12. Luchasen PL, Assendelft WJ, Gubbels, JW, van Eijk Jt, van Geldrop WJ, Knuistingh. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ* 1998;316:1563-1569.