

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume 65

Número
Number 4




Octubre-Diciembre
October-December 2002

Artículo:

Cólico infantil. Consideraciones actuales sobre un viejo problema

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)



Cólico infantil. Consideraciones actuales sobre un viejo problema

Alfredo Espinosa Morett,* Beatriz Anzures López*

RESUMEN

El presente es un trabajo de revisión que trata acerca de un problema cotidiano en la consulta, tanto del pediatra como del médico general que atiende niños. Para la mayoría de los profesionales se trata de un padecimiento muy menor, que no amerita mayor interés, prueba de lo cual es la escasa información que aparece en la literatura científica; en especial en nuestro medio. Para las madres, los cólicos de sus bebés pueden constituirse en el problema central de su existencia, demandando —con sobrada razón— su atención inmediata, lo que ocasionalmente puede resultar en tratamientos inadecuados que conduzcan a poner en peligro a los pequeños. En estas líneas se presenta una breve reseña histórica, así como los conocimientos más recientes acerca de la etiología y terapéutica de este ancestral problema.

Palabras clave: Cólico infantil, dispepsia del lactante.

ABSTRACT

This is a review paper about a common, everyday and bothersome problem that concerns both the pediatrician and the general practitioner that treats children. The vast majority of physicians consider this as a minor condition that needs no special attention and the few papers that are occasionally published in scientific journals seems to prove it. The mother's perception is completely different. They feel that their infant's colic pain is certainly a real and alarming condition and call for strong therapeutic measures that sometimes could eventually cause even more harm than good. We present in these lines a brief historical review together with some of the latest discoveries in this ancient condition.

Key words: Infant colic, infant crying.

Vale la pena reflexionar, de vez en cuando, sobre ciertas entidades nosológicas que a fuerza de convivir con ellas cotidianamente terminan por dejar de ocupar nuestra atención o, peor aún, por parecernos intrascendentes o banales. Podría ser cierto, sí, para nosotros, pero no para quien las padece.

En este caso hablamos de los bebés, que por su misma naturaleza no pueden expresarse y nos obligan a servirles como intérpretes. Los bebés sólo saben llorar. Las causas de su llanto son —por decir lo menos— numerosas. El llanto del momento de nacer nos parece a los médicos casi música celestial y tie-

ne una función útil, literalmente vital. Pero después del nacimiento, llorar implica casi de seguro alguna molestia propioceptiva y los llantos se perciben diferentes para quien alerte el oído. Las madres sensibles aprenden con rapidez primero que nada a distinguir el llanto de su propio hijo y después a saber cuándo la protesta es causada por hambre, incomodidad, dolor o simplemente por aburrimiento, para llamar su atención. Los médicos —hemos de confesarlo— nos hallamos muy a la zaga de las progenitoras. Sólo cuando aprendemos a ser lo suficientemente modestos podemos comenzar a intuir como ellas y llegar a detectar con el tiempo —y no siempre— la razón del sufrimiento de los niños.^{1,2}

Una de las causas más importantes y frecuentes de llanto y de incomodidad para los pequeños lactan-

* Unidad de Pediatría. Hospital General de México, OD.

tes, de angustia y sufrimiento para sus madres y de frustración para sus médicos lo constituye la presencia de los llamados “cólicos”. Es este dolor del que nos ocuparemos en este trabajo, haciendo abstracción de las numerosas otras entidades posibles de originarlo.

A través del tiempo han existido numerosas sinonimias para este trastorno. Un ilustre pediatra mexicano, Don Alfonso G. Alarcón nos las enumera en su clásico texto desde hace nada menos que 71 años:³ “dispepsia de nacimiento”, “enfermedad espasmódica”, “diátesis espasmódica”, “diarrea disérgica” o “intolerancia por leche materna”. Él mismo acuñó el término con el que se le conoció por décadas y que todavía se encuentra vigente en más de un texto de los nuestros.^{4,5} Pero dejémoslo con sus palabras:

Bajo el nombre de “Dispepsia transitoria de los lactantes” he hecho la descripción clínica de una afección habitual en los recién nacidos y los lactantes menores de noventa días, caracterizada por un grupo sintomático definido: hipo, regurgitaciones, vomituras [sic], cólico, diarrea o estreñimiento, meteorismo, y eritema glúteo... Se trata de un padecimiento propio de la mayoría de los niños menores de 90 días, que es de observación corriente, pero que aún no ha sido catalogado como padecimiento aparte... La observación de los niños de esta edad a través de 20 años me ha llevado a la convicción de que el grupo sintomático a que me refiero constituye una afección característica, digna de la autonomía”.

Su descripción original permanece indemne a través de los años, ubicando su inicio alrededor de la tercera semana de vida y su final cerca del tercer mes.

Illingworth⁶ a mediados del siglo ya pasado se refiere al mismo cuadro como “cólico vespertino” por su tendencia a presentarse de preferencia en dicho horario y lo retrata magistralmente:

La historia típica es la siguiente: durante el ataque su cara enrojece, frunce el entrecejo, estira sus miembros inferiores, emite gritos agudos, en nada parecidos a gritos de hambre o de soledad... Estos ataques pueden continuar de dos a veinte minutos y no calman cuando se coge al niño. Generalmente terminan de repente, aunque muchas veces continúa gimiendo duramente unos minutos más. Cuando está a punto de quedarse dormido, porque está extenuado, comienza con otro ataque. Así continúa con nuevos ata-

ques hasta las diez de la noche en que se queda ya dormido... (Ojalá y así fuera siempre por el bien del bebé y la paz y tranquilidad del hogar. Acotación al margen).

Hasta aquí la presentación del cuadro clínico. Todos los médicos lo conocen (o pretenden conocerlo). Poco añaden los textos clásicos más recientes^{7,8} excepto que las crisis de llanto pueden mejorar con la expulsión de gases o heces o les denominen como “gastroenteroespasmos” o más simple y llanamente como “cólicos del lactante”. Lo que resulta verdaderamente impresionante es constatar cómo a estas alturas del avance, por lo demás increíble, en tantas áreas del conocimiento médico todavía no se cuenta con una explicación que satisfaga por entero la etiología de un problema tan universal, tan molesto y tan angustiante.

Para el Dr. Alarcón³ la causa del padecimiento es la “espamocidad” [sic] propia del bebé, “que se debe a la vida subcortical del niño pequeño por las insuficiencias fisiológicas de que nace afecto” y cuyo fondo patogénico es el “vagatonismo”. En pocas palabras, que debido a la carencia del freno cortical, la vida del bebé se rige por influencia del sistema vegetativo, lo que hace del pequeño un “organismo vagotónico” [sic] en el que lo que existe es una total anarquía funcional, cuya consecuencia obligada es un trastorno en la mecánica digestiva que deriva en un “estado dispéptico” característico. No en balde su denominación de “dispepsia transitoria del recién nacido” y el bautizo de su obra magna como “Bajo el régimen vago: el vagatonismo fisiológico del lactante”.

La influencia del pensamiento del Dr. Alarcón permeó por muchos años. Es posible percibirla aún hoy día. Su razonamiento era por demás transparente y su lógica irreductible: si el problema radica en un “hipervagotonismo” su control debe lograrse con el antídoto previsible: anticolinérgicos, léase atropina y derivados. En sus palabras:... “El resultado corresponde a lo previsto. La atropina administrada a dichos niños, a la dosis de 2 a 5 centésimas de miligramo, veinte minutos antes de cada tetada suprime la afección en un plazo corto, cuya duración es proporcional a la antigüedad del padecimiento”

Para Illingworth,⁶ la causa del padecimiento es desconocida, pero contribuye mucho con descartar numerosas teorías que se hallaban en boga a mediados de los 60 como sobre o hipoalimentación; alimentos demasiado “pesados” o diluidos; demasiado calientes o fríos; exceso de grasas, carbohidratos o

proteínas; malformaciones congénitas del aparato digestivo; intoxicación por plomo; hernias inguinales; cólicos ureterales; sífilis; “toxinas de fatiga procedentes de la madre” o técnicas de alimentación defectuosa, sin precisar algún error en particular.

Del imperio del caos neurovegetativo propio del lactante a culpar a las madres no faltaba más que un pequeño paso, mismo que Wessel y colaboradores saltaron en 1954 en un artículo que impactó seriamente a la comunidad científica de su época⁹ en el que, literalmente; asientan que el dolor cólico es el resultado de... “una combinación de hipertensión congénita por parte del lactante junto a una acusada ‘tolerancia primaria de tipo ansioso’ en la madre”. Para ellos, la familia resulta “culpable” en 22 casos de una serie de 48 niños afectados de cólicos afirmando que: “La inquietud paroxística es probablemente una de las respuestas somáticas más precoces a la presencia de tensión en el medio ambiente”... Para colmo de males las madres de los niños coliquientos demostraron tener: “... una relación materno-filial más pobre, mayores conflictos interpersonales, mayor preocupación sobre su capacidad en cuanto a su papel femenino, un equilibrio marital menos adecuado y menos amor materno.” (Nada más, pero tampoco nada menos. Acotación al margen). Para terminar de denostar a las madres (por si faltara) durante muchos años los cólicos se relacionaron con la menstruación materna, como si alguna sustancia desconocida elaborada durante este periodo los ocasionara, lo que ha quedado totalmente descartado.

Otro psicoanalista de la época de nombre Bruce, J. (citado por Illingworth) de plano se lanzó a fondo afirmando: “De una cosa estoy seguro, y es que generalmente estos niños no sienten tanto dolor como aparentan tener o como se figuran sus padres que tienen.” (Lo cual, con todo respeto —pensamos nosotros—, es por lo menos una afirmación temeraria).

Aunque se cuente con pocos elementos objetivos para valorar el impacto de ciertas condiciones ambientales sobre la existencia de enfermedades orgánicas,² existe por lo menos la evidencia —a través del tiempo— del impacto de algunas diferencias en el funcionamiento familiar en el desarrollo futuro de sus miembros. Parece ser que las familias de niños que presentan cólicos severos tienen más problemas que aquellas cuyos niños no lo sufrieron. Un estudio muy interesante llevado al cabo en Finlandia¹⁰ muestra que revaloradas tres años después de ser vistas por primera vez, en un estudio prospectivo controlado, las familias y los bebés que presentaban cólicos severos se mostraban menos satisfechos con sus acti-

vidades cotidianas, así como con el tiempo que podían compartir juntos, en relación con los bebés que no presentaban cólicos y sus familias. Los bebés colicosos mostraban —a largo plazo— más problemas con el sueño y crisis de llanto.

¿Hasta dónde un bebé llorón, demandante e impertinente puede alterar la existencia de una familia y conducirla a una situación subóptima en el futuro?; ¿o será que existen de veras factores en las familias que inducen la molestia en el crío y esto desata un círculo vicioso de llanto e incomodidad que trasciende la etapa inicial de lactancia? Parece prudente —a falta de pruebas fehacientes— dedicar una mayor atención a estos bebés llorones y a sus familias.^{11,12}

En contrapartida, parece ser que las madres que se muestran más solícitas con sus bebés y les atienden justo cuando empiezan a manifestar la crisis de llanto —particularmente cuando los toman en sus brazos y les cargan— el tiempo de llorar disminuye en razón directa del tiempo que se dilatan en empezar la “terapia” contra el cólico¹³⁻¹⁵ que pareciera además la más barata, accesible y razonable: cargarlos, hablarles suavemente, en una palabra (como ejemplo de un mexicanismo explícito): “apacharlos”.

Dejando a un lado las teorías psicológicas y enfocados directamente en aspectos orgánicos, existe una fuerte corriente —de hace unos 20 años a la fecha— que se empeña en explicar la génesis de los cólicos como un problema de intolerancia a la leche de vaca.¹⁴ De acuerdo con esta teoría, hasta el 71% de los niños cuyas madres consumen regularmente leche de vaca presenta cólicos, cuya magnitud se encuentra directamente relacionada con la mayor o menor ingesta de leche por sus progenitoras, contra sólo el 43% de bebés que lo presentan cuando sus madres reciben una fórmula con soya en vez de la leche de vaca. El mismo efecto se encuentra en los bebés alimentados con fórmulas “maternizadas”, cuyas molestias desaparecen al modificar su dieta por leche de soya.

La confirmación de esta tesis parece lograrse a través de estudios cruzados doble ciegos y que la causante del trastorno es la proteína del suero de la leche, lo que puede probarse proporcionando a las madres una dieta libre de leche de vaca, pero administrándoles por separado dichas proteínas del suero, especialmente beta lactoglobulina.^{14,16}

Recientemente se ha comprobado que la administración de sustitutos de la leche a base de suero hidrolizado muestra un buen resultado, particularmente en niños que padecen cólicos severos.¹⁷ Con base

en esta fórmula se demuestra una considerable reducción en el tiempo que los bebés ocupan en llorar durante el día (cerca de una hora menos en promedio en el curso de las 24 horas), lo que se considera un resultado clínicamente relevante.^{16,18}

La hidrolización puede ser parcial o extensa, siendo mejores los resultados mientras más extenso se logre el proceso de hidrolización, lo que igualmente contribuye a disminuir la probabilidad de alergia.¹⁸ Existen más de 25 proteínas en el suero de la leche, siendo las más alergénicas la caseína, la alfa lactoglobulina y la beta lactoglobulina, a lo que habría que agregar la existencia de otros posibles ofensores como aditivos y contaminantes: nitritos, sulfitos, metales, pesticidas, etcétera.

Una manera práctica de conocer si el problema se puede achacar al fenómeno alérgico es suspender la administración de fórmula láctea y sustituir con harina de soya o alguna fórmula hipoalérgica y observar si los síntomas desaparecen. Transcurrido un tiempo prudente (aproximadamente un mes) volverse a administrar la fórmula posiblemente ofensora y si los síntomas reaparecen la incógnita se despeja.¹⁸

Lo que los pediatras observamos en la consulta cotidiana es el cambio constante de fórmulas. No es raro que nos lleguen después de varios intentos infructuosos por desaparecer las molestias a base de variar las marcas de los mismos productos, lo que puede ser reflejo de ignorancia de los profesionales, que desconocen que un mismo producto se expende bajo diferentes nombres comerciales, o de la ilusión materna alentada por el influjo poderoso de la propaganda.¹⁹

Existen evidencias, por demás convincentes, de que la alternancia de fórmulas no guarda ninguna ventaja, si acaso como efecto placebo.^{20,21}

En fechas aún más recientes se ha podido comprobar, sin lugar a dudas, la relación causa-efecto entre la presencia de cólicos en el bebé y el hábito de fumar en sus progenitoras.²² Las cifras son por demás elocuentes. Cuando las madres fumaron durante la gestación, sus bebés tuvieron cólicos severos en proporción de dos a uno en relación con las no fumadoras, lo que se aúna al de por sí grave problema conocido de menor peso al nacer de estos bebés y de su mayor riesgo de muerte súbita en la infancia; por no mencionar el excesivo número de infecciones de vías respiratorias altas y de otitis media en niños ya mayores expuestos al humo de tabaco en el hogar.

Para concluir: han pasado muchos años desde los primeros estudios con carácter científico acerca de

este ancestral cólico de la infancia. Las investigaciones se multiplican y con ello las especulaciones y la incertidumbre. Lo que es un hecho es que sabemos menos de lo que nos gustaría. Lo que es un hecho también es que cuando existen tantas teorías es que no hay una sola certeza que las unifique.

Muchas cosas llaman la atención, pero algunas son particularmente intrigantes ¿por qué se inician a una edad determinada (no antes de las dos a tres semanas) y terminan también en un plazo relativamente fijo de tres a cuatro meses a lo más? ¿Por qué lo sufren por igual los alimentados con pecho o fórmula? ¿Por qué su aparición no guarda relación con la edad, la escolaridad o el nivel socioeconómico de la madre, ni con su estado civil, ni con épocas del año, ni con el sexo de los bebés ni con su peso al nacer?

Podríamos seguirnos cuestionando. Creemos que con lo asentado basta. Este pequeño drama del llanto cotidiano nos debería tornar más sensibles y modestos. En épocas de auge, del genoma humano, de biología molecular y sofisticaciones por el estilo, la verdad es que ignoramos mucho de lo esencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brazelton T. Crying in Infancy. *Pediatrics* 1962; 29: 579-588.
2. Carey W. "Colic" Primary excessive crying as an infant-environment interaction. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31: 993-1005.
3. Alarcón A. *Bajo el Regimen Vagal*. El vagotonismo fisiológico del lactante. México: Ed Niplos, 1940; 103-108.
4. Valenzuela R, Luengas J, Marquet L. *Manual de pediatría*. 10a ed. México: RH Valenzuela, 1982; 62.
5. Torroella JM. *Pediatría*. México: Editorial Francisco Méndez Oteo. 1977; 161.
6. Illingworth R. *El niño normal*. 4a ed. Cuba: Instituto Cubano del Libro, 1969; 64-73.
7. Nelson W, Behrman R, Vaughan V. *Textbook of pediatrics*. 13th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1990; 136-137.
8. Oski F. *Principles and practice of pediatrics*. Philadelphia, PA: JB Lippincot, 1990; 706-708.
9. Wessel M, Cobb J, Jackson E, Harris G. Paroxysmal fussing in infancy sometimes called "Colic". *Pediatrics* 1954; 14: 421-434.
10. Rautava P, Lehtonen L, Helenius H, Sillanpaa M. Infantile colic: Child and family three years later. *Pediatrics* 1995; 96: 43-47.
11. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics* 1984; 74: 998-1003.
12. Taubman B. Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soymilk protein for the treatment of infant colic syndrome: a Randomized trial. *Pediatrics* 1988; 81: 756-760.
13. Hunziker U, Barr R. Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986; 77: 641-648.

14. Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: A double-blind study. *Pediatrics* 1982; 70: 7-10.
15. Barr R, Mc Mullan S, Spiess H et al. Carrying as a colic "Therapy". A randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991; 87: 623-630.
16. Jakobsson I, Lindberg T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breastfed infants: A double-blind crossover study. *Pediatrics* 1983; 71: 268-271.
17. Lothe L, Lindberg T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants. A double-blind crossover study. *Pediatrics* 1989; 83: 262-266.
18. Lucassen P, Assendelft W, Gubbels J et al. Infantile colic: Crying time reduction with a whey hydrolysate: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 2000; 106: 1349-1354.
19. Forsyth B, Mac Carthy P, Leventha PJ. Problems of early infancy, formula changes and mother's beliefs about their infants. *J Pediatr* 1985; 106: 1012-1017.
20. De Boissieu D, Dupont C. Time course of allergy to extensively hidrolized cow's milk protein in infants. *J Pediatr* 2000; 136: 119-120.
21. Forsyth B. Colic and the effect of changing formulas: a double-blind, multiple crossover study. *J Pediatr* 1989; 115: 521-526.
22. Sondegaard Ch, Henriksen T, Obel C. Smoking during pregnancy and infantile colic. *Pediatrics* 2001; 108: 342-346.

Dirección para correspondencia:

Alfredo Espinosa Morett

Amores 854

Col. Del Valle

03100 México, D.F.

Tel: 55 75 11 04