

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **70**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2003**

Artículo:

El llanto lacerante de los lactantes con cólico. La infructuosa búsqueda del por qué

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Pediatría, 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*



Edigraphic.com

El llanto lacerante de los lactantes con cólico. La infructuosa búsqueda del por qué

(The irritable crying in the infantile colic. An unfruitful seeking of why)

El llanto por cólico en los lactantes se confunde con el que presentan cuando tienen hambre; pero los niños con cólico pueden tomar con avidez su alimento, se tranquilizan por breves minutos y luego llorar con mayor intensidad.

El llanto por cólico suele ser espasmódico, mientras que el llanto por hambre es continuo y prolongado.

L. Emmett Holt, Jr.
(1940)

Leopoldo Vega Franco

En este número aparece una interesante contribución acerca del dolor cólico de los niños lactantes. Su autor, el Dr. Norberto Sotelo, examina el mecanismo mediante el cual niños y adultos, perciben los estímulos dolorosos que generan una respuesta neurobiológica; es de esta manera que intenta buscar la explicación a uno de los problemas que, en mayor o menor grado, aquejan a los niños durante los primeros meses de la vida. Revisa también la información acerca de las causas que parecen estar asociadas al cólico y da cuenta del manejo y tratamiento de los niños que lo padecen. El tema es de particular relevancia en el ejercicio de la pediatría, por lo que es conveniente remover su historia escrita en años recientes y hacer algunas reflexiones acerca de lo que se conoce y aún se ignora.

Es lícito imaginar que aún antes de que el hombre desarrollara la habilidad de comunicarse oralmente, sus hijos expresaban con llanto sus quejas. Por la experiencia que se adquiere en su crianza, las madres, que suelen estar más cerca de los niños, adquieren la facultad de discriminar los diferentes matices del llanto de sus hijos, con los que expresan hambre o incomodidad (por la humedad del pañal, la forma en que están arropados, por frío o ruido intenso u otros motivos) o bien, algún malestar o dolencia. Por eso Holt,¹ en su libro de pediatría, de consulta obligada entre los médicos que ejercieron en la primera mitad del siglo pasado, al hablar del cólico destaca la diferencia entre el llanto por hambre de aquel que se le asocia a cólico, tal como se menciona en el epígra-

fe. Ahora, después de estudiar las propiedades acústicas del llanto por hambre y por cólico, se ha encontrado que las diferencias entre ambos, respecto a la extensión temporal del llanto y el número de chillidos que emiten, pueden atribuirse más bien al temperamento y disposición natural de los niños.²

Por circunstancias que pueden tener algún nexo, el año de 1954 marca un hito histórico en el estudio del cólico de los niños lactantes. Ese año aparecía la primera edición del libro de Aldrich y Aldrich titulado "Los niños son seres humanos"³, en el que los autores hacían notar que los lactantes lloran generalmente por hambre o por sentirse incómodos, por lo que afirman es fácil descubrir la causa que lo genera; pero cuando el llanto se prolonga de manera incesante es por el "**cólico de los tres meses**" o por un problema que amerita ser consultado a un médico. En ese mismo año, Illingworth⁴ publicó, con el título: "Cólico de los tres meses", un artículo en que señala que el nombre dado a este problema habitualmente desaparece en los niños a los tres meses de edad y él prefiere llamarlo "cólico vespertino". De él hizo años después, en 1979, una descripción que vale la pena transcribir,⁵ dice así: Pocos días después de haber nacido un niño, éste presenta episodios de llanto que son más frecuentes entre las 6 p.m. y 10 p.m.: su "cara se enrojece repentinamente, frunce el seño, levanta las piernas, empuña sus dedos y emite chillidos penetrantes", diferentes a los que manifiesta cuando tiene hambre o se siente incómodo. Estos episodios de llanto pueden con-

tinuar durante cinco minutos, o más, a intervalos regulares, a pesar de que los niños sean cargados en brazos. El ataque cesa de repente, pero los sollozos pueden continuar aún por varios minutos. Cuando está a punto de dormirse, obviamente agotado, le llega otro acceso; y así, continúa, a intervalos regulares, hasta alrededor de las 10 p.m. en que se queda dormido. Coinciendo en el año de 1954, Wessel⁶ propuso la forma de cuantificar el llanto que acompaña al "cólico de los tres meses"; sugirió como criterio medirlo en horas-día, días-semana, y semanas, fijó como límite para cada medición, **al menos tres horas, por tres días, por tres semanas**. Fue esta manera que cobró identidad lo que se conoce en los países anglosajones como "cólico del niño lactante" (*infantile colic*), descrito de manera objetiva por Illingworth.

Si bien el concepto de medir el llanto por horas, días y semanas, ha sido un criterio adoptado para la selección de casos, en investigaciones acerca de las causas del cólico y el tratamiento de los niños que lo padecen, el criterio para definir el diagnóstico es, en la práctica, poco útil en la consulta cotidiana. Aunque para ello pueden darse varias razones, basta con la presión ejercida por los padres, cuya ansiedad por corregir el problema que ha roto la tranquilidad de su hogar, exige del médico una pronta solución y no estarán muy dispuestos a medir los tiempos de llanto: en horas, días y semanas para tener un diagnóstico basado en tales criterios. También cabe pensar que los padres han buscado una solución a su problema consultando a otros pediatras sin que hayan visto alivio, en tanto que el niño ha avanzado en edad hacia los tres meses de edad; es pues el último médico que los padres consulten el que va a tener la suerte de ver que el bebé mejora, y los papás lo van atribuir a las indicaciones que prescritas por el doctor; éste ganará un paciente y probablemente pensará que el tratamiento o consejo que haya dado a los padres es adecuado para el manejo del cólico. Pero tal presunción estará lejos de ser correcta pues sólo en tres de cada veinte niños (85%) el cólico persiste más allá de los tres meses,⁷ denotando que subyace en su origen un problema de maduración en su neuromadurez.

Tal vez por el rigorismo que exige para el diagnóstico la definición de Wessel, otros autores han modificado estos criterios reduciendo el lapso de llanto a dos semanas o a una sola; algunos consideran sólo cuatro horas al día por una semana para hacer el diagnóstico y otros autores, con criterios más laxos, califican el cólico del lactante cuando los padres dicen que el niño llora de manera "inconsolable", o simplemente que "lloran mucho". Al menos de diez reportes seleccionados por Reijneveld et al⁸ dos siguieron el criterio de Wessel, cuatro adoptaron unos criterios parecidos a los de este autor y

en cuatro el diagnóstico se hizo por llanto persistente, por lo que su comunicación versa acerca de los niños con "**llanto excesivo del lactante**". Mediante un análisis de riesgo analizaron la fuerza de asociación entre el "llanto excesivo del lactante" respecto a algunos factores de la madre y la familia. Pretendían con ello ver si la diferente forma de definir a los niños con "llanto excesivo" podría variar ampliamente, tal como lo confirmaron, pero tal vez el hallazgo más relevante fue que en casi todos estos estudios la mayor frecuencia de bebés con "llanto excesivo" estuvo asociado significativamente con las madres fumadoras.

Claro está, que mientras haya criterios diferentes para definir el cólico, en estas revisiones sistemáticas habrá numerosos sesgos, por lo que en vez de aclarar el problema, lo oscurecen: sea por los criterios usados para definir los casos, por la edad de los niños incluidos en los estudios, por su edad de gestación, por su peso al nacer, y por numerosos factores inherentes a las familias de los niños, de sus padres y de todo aquello que concierne al ambiente sociocultural en que el bebé principia su vida. A este respecto, Lucassen et al,⁹ con base en un cuidadoso análisis acerca del diseño y los métodos seguidos en 139 reportes (87 en Medline y 52 en Embase) seleccionó 15 estudios prospectivos que por su metodología calificaban mejor; sin embargo, éstos diferían en cuanto al criterio de diagnóstico: unos hablaban de "cólico del lactante" y otros de "llanto prolongado". Así, después de la estricta selección de estos reportes aparentemente confiables, concluyeron su informe expresando que: es difícil obtener conclusiones válidas de publicaciones que incluyen una amplia "colección de entidades diferentes" en las que, además, hay disparidad de criterios en la selección de los casos en estudio.

En este mismo sentido, pero con criterios de selección menos rigurosos. Garrison y Chistakis¹⁰ escogió 22 reportes acerca del tratamiento de lactantes que padecen cólico. Revisó informes de ensayos clínicos aleatorios, aceptablemente controlados, nueve de ellos con un diseño doble ciego. Resumió los resultados obtenidos con fórmulas: de soya (soja), hipoalérgicas o enriquecidas con fibra; los hallazgos acerca del empleo de enzimas para la hidrólisis de la lactosa o la supresión de la leche; el uso de té de hierbas; el resultado de la administración de dimeticona, diclomina, metilescopolamina; y el empleo de un simulador de paseo en coche y otras medidas. Encontró que de 5% a 83% de los niños que fueron sometidos a un placebo mejoraron, aunque sólo en cinco de los 22 reportes examinados se siguió un diseño doble ciego; en dos, con éstos, una solución de sacarosa al 12% (a dosis de 2 mL) mostró ser efectiva, al menos por corto tiempo. Por otro lado, aunque algunos niños res-

ponden favorablemente a fórmulas hipoalérgicas (o de soya) no es una medida recomendable, a menos que haya algunas evidencias que hagan pensar al médico que el niño tenga hipersensibilidad a la proteína de la leche, o deficiencia de lactasa. Los medicamentos antiespasmódicos están proscritos y la respuesta a la dimeticona no es más efectiva que la que se obtiene con un placebo. Habrá que informar a los padres del problema y hacer las recomendaciones acostumbradas para crianza de los niños: cómo alimentarlos, cómo procurar que estén cómodos y cómo procurarles un ambiente saludable, evitando, entre otras cosas, que estén expuestos al humo del cigarrillo. Sin embargo, cada caso debe ser individualizado.

Tal parece que mientras se pretenda indagar **la causa** del cólico en los niños lactantes (en vez de **las causas** asociadas a este síndrome), no habrá respuestas al qué, porqué y cómo de esta dolencia. Mientras tanto, es deseable que todo médico tenga en mente que el diagnóstico de este tipo de dolor cólico, se hace por exclusión. Así, ante la sospecha de que un bebé lo padece, es preciso que busque intencionalmente aquellos datos que pudieran estar asociados a un problema clínico que necesita de una atención médica o quirúrgica, inmediata. Por eso es conveniente preguntar a la madre cómo es que toma el niño su alimento: si succiona y deglute bien, si ingiere el volumen de leche que acostumbra, si ha vomitado o tiene diarrea, y si su llanto es diferente al de costumbre; luego deberá ver si responde con irritación cuando se le toca o cuando es sostenido en brazos, si tiene fiebre, si su frecuencia respiratoria es acelerada o muestra dificultad para respirar, y si el abdomen está distendido y al palparlo manifiesta dolor.

Así pues, si se acepta que el llanto es la señal con la cual los lactantes expresan, desde el mismo momento en que nacen, incomodidad, malestar, dolor, y que es un

signo que cambia en los primeros meses de vida: a medida en que el bebé empieza a tener formas rudimentarias de expresión social (como la sonrisa), es sensato pensar que depende de la maduración del tejido nervioso. El hecho de que en las primeras semanas algunos bebés den señales exaltadas de que algo los aqueja, es, tal vez, porque en ellos subyacen algunas particularidades neurobiológicas de inmadurez: A medida que sus estructuras nerviosas maduran, posiblemente los sistemas que modulan las respuestas sensoriales, y la señal de llanto, funcionarán con mayor eficiencia.

Referencias

1. Holt LE Jr, McIntosh R. *Holt's Diseases of Infancy in Childhood*. 11 ed. New York: D. Appleton-Century; 1940: 245-5.
2. James-Roberts ISt. What is distinct about infants "colic" cries? *Arch Dis Child* 1999; 80: 56-62.
3. Aldrich CA, Aldrich MM. *Los niños son seres humanos. Una interpretación del desarrollo infantil*. 2^a ed. México: Prensa Médica Mexicana; 1960: 74-8.
4. Illingworth R. Three months' colic. *Arch Dis Child* 1954; 29: 165-74.
5. Illingworth R. *El Niño Normal. Los problemas de los primeros años de vida y su tratamiento*. 7^a ed. México: El Manual Moderno; 1982: 38-43.
6. Weesel MA, Cobb EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics* 1954; 14: 421-35.
7. Clifford TJ, Cambell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Sequela of infant colic: evidence of transient infant distress and absence of lasting effects on maternal mental health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 1183-8.
8. Rejneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Excessive infant crying: definitions determine risk groups. *Arch Dis Child* 2002; 87: 43-3.
9. Lucassen PLB, Assendelft WJJ, Eijk van JThM, Gubbels W, Douwes AC, Geldrop van WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child* 2001; 84: 398-403.
10. Garrison MM, Chistikis DA. Early childhood: colic child development and poisoning prevention. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics* 2000; 106: 184-90.

