

# LACTANTE CON GASTROENTERITIS AGUDA

Dra. Elena Crehuá Gaudiza.  
Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.  
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

## 1. Presentación del caso

Lactante varón de 8 meses que consulta en urgencias de pediatría por deposiciones líquidas de un día de evolución y fiebre (máximo 38,5°C axilar). No vómitos. Asocia rechazo alimentario leve. Orina de características normales. Los padres refieren hábito estreñido habitual, pero desde el día anterior ha realizado 8-9 deposiciones líquidas abundantes, sin productos patológicos (sin sangre ni mucosidad). Diuresis conservada. No saben si ha perdido peso. La hermana de 2 años ha tenido recientemente un proceso de fiebre y diarrea en el curso de un brote en la guardería donde acude.

### • Antecedentes personales

El lactante procede de la tercera gestación de una madre sana de 31 años. Parto vaginal, edad gestacional 36 semanas. Embarazo controlado, sin patología. Periodo perinatal sin incidencias.

- Vacunación correcta según calendario, incluye Prevenar®, no vacunación frente al rota virus.
- Lactancia artificial desde el nacimiento con buena tolerancia. Introducción de alimentación complementaria según indicaciones de su pediatra de atención primaria sin intolerancias.
- No ingresos previos
- No alergias conocidas

### • Antecedentes familiares

- Madre de 31 años, sana
- Padre de 38 años, sano
- Hermana de 2 años sana, acude a guardería.

### • Exploración clínica:

Peso: 7700 g (p15, z score -1,04).  
T<sup>a</sup>: 38,2°; FC: 110 lpm; SatO<sub>2</sub>: 99%.

Buen aspecto general aunque algo decaído. Coloración normal, buen estado de nutrición. Saliva algo filante, sin pérdida del turgor cutáneo, signo del pliegue negativo. No signos de distrés respiratorio. Buena perfusión periférica, relleno capilar menor de 2 segundos. Buen tono y actividad. Fontanela anterior palpable de aproximadamente 1 cm, normotensa. Signos meníngeos negativos. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, no distendido. Otoscopia normal. Orofaringe normal.

### • Exploraciones complementarias:

- Antígenos de virus en heces: rotavirus positivo (adenovirus y astrovirus, negativos).
- Equilibrio ácido-base e iones en muestra capilar, normales.

## 2. Diagnóstico

- **Gastroenteritis aguda por rotavirus.**
- **Deshidratación leve.**

## 3. Tratamiento

En urgencias se ofrece suero de rehidratación oral hiposódico (SRO). Tras comprobar adecuada ingesta de 150 ml de SRO, se remite a domicilio con las siguientes pautas:

- Alimentación adecuada a su edad.
- Rehidratación oral (ofrecer SRO entre tomas con frecuencia, y tras cada deposición unos 80 ml).
- Paracetamol oral si presenta fiebre.
- **Vivomixx®, un sobre al día durante 10 días.**

## 4. Evolución

Al día siguiente, realiza 4 deposiciones blandas menos abundantes, con normalización progresiva de los síntomas. A las 48 horas, queda afebril. Adecuada tolerancia de SRO y de la alimentación. Tras 3 días se encuentra asintomático y con el ritmo intestinal normalizado con exploración clínica normal.

## 5. Resultado y discusión

La gastroenteritis aguda (GEA) es un problema frecuente en la infancia. La incidencia estimada en Europa es entre 0,5 y 1,9 episodios al año en niños menores de 3 años, con distribución estacional (más frecuente entre enero-marzo). La etiología más frecuente es infecciosa, siendo el agente causal más frecuente el rotavirus, siendo también frecuentes los norovirus, astrovirus y adenovirus. Rotavirus es también la primera causa de gastroenteritis de origen nosocomial. En países industrializados produce gran morbilidad, comportando un elevado número de consultas médicas u hospitalarias con el consecuente impacto socioeconómico. Esta situación epidemiológica está cambiando debido principalmente a la difusión de las vacunas frente a rotavirus, habiéndose observado una caída progresiva en su incidencia. En nuestro país la vacunación frente a rotavirus no forma parte aún del calendario obligatorio de vacunación, por lo que su cobertura es muy irregular.

El mayor riesgo de la GEA es la deshidratación, que ocurre con más frecuencia cuanto más pequeño es el niño. Por ello, el tratamiento va dirigido principalmente a mantener el estado de hidratación, siendo el principal pilar del tratamiento la rehidratación oral con una solución hiposódica, seguido de una reinstauración rápida de la alimentación completa para la edad. Sin embargo, la rehidratación no reduce el volumen de las heces ni acorta la duración del episodio.

Los probióticos, al administrarse en cantidades adecuadas, confieren un beneficio a la salud del huésped sin producir efectos adversos. **La mayor evidencia sobre la eficacia de los probióticos en Pediatría ha sido constatada en el tratamiento de la diarrea aguda infecciosa, siendo el efecto beneficioso más significativo en las diarreas producidas por rotavirus.** Utilizados a dosis apropiadas, han demostrado beneficios en el tratamiento de la diarrea aguda vírica como terapia coadyuvante a la rehidratación oral. Las dosis son muy variables dependiendo del producto, aunque en la mayoría de preparados pediátricos oscilan entre 5-10 billones de unidades formadoras de colonias por día. La duración óptima del tratamiento no está bien establecida, pareciendo apropiado mantener el tratamiento durante 5-10 días.

Los mecanismos implicados en el efecto beneficioso de los probióticos son la estimulación del sistema inmunitario, la competencia por los sitios de adherencia en las células intestinales y la elaboración de sustancias neutralizantes de microorganismos patógenos. Los probióticos aumentan la respuesta de la IgA secretora, mejorando la protección frente al daño del borde en cepillo de los enterocitos. Algunos de estos mecanismos operan simultáneamente y pueden ser diferentes, dependiendo de las propiedades del patógeno entérico y de la cepa de probiótico. Parece que los efectos beneficiosos son más notables cuanto más precozmente se administran los probióticos en el curso de la enfermedad, no evidenciándose efectos adversos con su administración.

Diferentes estudios muestran una reducción del volumen de las heces y de la duración de la diarrea, con menor riesgo de que la clínica persista tras 4 días. En general, existe consenso de que los efectos beneficiosos de los probióticos son específicos para cada cepa y no se deben extrapolar de unos a otros.

Según la ESPGHAN (2014), los probióticos con mayor evidencia de efectos beneficiosos en el manejo de la GEA junto con la rehidratación oral son *Lactobacillus rhamnosus GG* y *Saccharomyces boulardii* principalmente, además de *Lactobacillus reuteri* y *Lactobacillus acidophilus*.

Existen diferentes metaanálisis que evalúan la efectividad de los probióticos en el tratamiento de la GEA. La revisión sistemática Cochrane de Allen y colaboradores en 2010 encuentra efectos beneficiosos respecto al tratamiento de la diarrea aguda con múltiples cepas de probióticos, lo que sugiere un mecanismo común a todos ellos. En esta revisión, los autores evalúan 63 estudios controlados aleatorizados (ECA, N= 8014) que analizan la eficacia de los probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda en todas las edades, siendo la mayor parte de los participantes niños. Encuentran que los probióticos, como grupo, reducen la duración de la diarrea en aproximadamente 1 día (35 ECA, N=4.555, media -25h, intervalo de confianza (IC) 95%: 16-34) y el riesgo de diarrea pasados 4 días (29 ECA, N=2.853, RR=0.41, IC 95%: 0.32-0.53). En otro metaanálisis más reciente (Ahmadi et al 2015) incluyen 14 ECA (N=1.149), concluyendo que los probióticos son eficaces en reducir la duración de la diarrea.

No existe límite de edad para su utilización, al no haberse descrito efectos adversos con los mismos. Únicamente se deben utilizar con precaución en pacientes inmunodeprimidos, enfermos críticos o portadores de catéteres centrales, al haberse descrito algún episodio de sepsis en estos casos.

Por todo ello, la mayoría de las guías de recomendaciones para el tratamiento de la diarrea aguda en la infancia avalan su empleo, como las guías de ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition), de la SEGHP (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica) y la SEIP (Sociedad Española de Infectología Pediátrica).

**En el caso que mostramos, Vivomixx® ha contribuido a que la clínica se resuelva de forma rápida, sin complicaciones y sin efectos adversos asociados.**

## 6. Bibliografía

1. Ahmadi E, Alizadeh-Navaei R, Rezaei MS. Efficacy of probiotic use in acute rotavirus diarrhea in children: A systematic review and meta-analysis. *Caspian J Intern Med.* 2015;6(4):187-95.
2. Álvarez-Calatayud G, Pérez-Moreno J, Tolín M, Sánchez C. Clinical applications of the use of probiotics in pediatrics. *Nutr Hosp.* 2013;28(3):564-74.
3. Allen SJ, Martínez EG, Gregorio GV, Dans LF. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(11):CD003048.
4. Clinical Practice Guideline: Clinical efficacy of probiotics: review of the evidence with focus on children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006;43:550-7.
5. Costa i Pagès J; Polanco Allué I; Rodrigo Gonzalo de Liria C. Guía de práctica clínica. Gastroenteritis aguda en el niño. Guía multidisciplinar SEGHP-SEIP. 2010. Madrid: Ed Ergón.
6. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/ European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;59:132-52.
7. Piecik-Lech M, Shamir R, Guarino A, Szajewska H. Review article: the management of acute gastroenteritis in children. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;37(3):289-303.
8. Szajewska H, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Shamir R, Vandenplas Y, Weizman Z; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Use of probiotics for management of acute gastroenteritis: a position paper by the ESPGHAN Working Group for Probiotics and Prebiotics. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 58:531-9.
9. Vesikari T, Van Damme P, Giaquinto C, Gray J, Mrukowicz J, Dagan R, Guarino A, Szajewska H, Usonis, Expert Working Group. European Society for Paediatric Infectious Diseases/European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition evidence-based recommendations for rotavirus vaccination in Europe: executive summary. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 46(5):615-8.