

## DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE E INTOLERANCIA A LA LACTOSA

Hospital Pediátrico Docente "William Soler"

Dr. Félix Alvarez Rodríguez\*, Dr. Wladimiro García Pérez\*\*  
y Dr. Lorenzo La Rosa Ócampo\*\*\*

Se realizó una prueba de sobrecarga de lactosa a 40 niños con síndrome de dolor abdominal recurrente. Se compara si la muestra observada concuerda con lo informado en la literatura acerca de esta entidad. Se recomiendan otros estudios con mayor casuística y métodos de diagnóstico de mayor precisión.

### INTRODUCCION

La intolerancia a la lactosa como causa de dolor abdominal recurrente (DAR) ha sido señalada recientemente por varios autores. Bayles *et al.* (1971) y más recientemente Liebman (1979) en una serie de 38 niños con DAR, utilizando el test de tolerancia a la lactosa (TTL), encontró 11 casos con curvas patológicas de glicemia, y obtuvo buena respuesta con dietas alácteas.<sup>1,2</sup>

Igualmente Barr, mediante técnica más cualitativa, realizando mediciones de hidrógeno espirado a los 30, 60 y 90 min. estudió una serie de 80 pacientes entre 4 y 15 años y observó que 32 de ellos presentaron pruebas positivas, con buena respuesta a la dieta sin lácteos.<sup>3</sup>

Ponno *et al.* (1981) encontraron resultados similares en adultos con dolor recurrente.<sup>4</sup>

Otras técnicas en el estudio de la intolerancia a la lactosa han sido: el tránsito intestinal baritado con adición del disacárido, cromatografía de azúcares en heces fecales y exámenes histoquímicos de mucosa intestinal.<sup>5-7</sup>

La frecuencia de DAR en los niños del grupo etario escolar, así como las observaciones informadas han motivado el presente estudio en una serie de pacientes con estas carac-

\* Especialista de I Grado en Pediatría.

\*\* Especialista de II Grado en Pediatría.

\*\*\* Residente de Pediatría.

terísticas, para lograr observaciones útiles y realizar estudios más representativos.<sup>8</sup>

## MATERIAL Y METODO

Se estudiaron prospectivamente 40 niños entre 5 y 14 años de edad, que concurren al Servicio de Urgencia o a la Consulta Externa del Servicio de Gastroenterología del Hospital Pediátrico Docente "William Soler".

Se siguieron los criterios de *Apley y Scott* para el diagnóstico sindrómico.<sup>6</sup>

A todos los niños, se les realizó una encuesta clínica que incluía antecedentes familiares y personales.

Además de los exámenes de laboratorios clínicos y otros acorde con las manifestaciones clínicas, a cada niño se le realizó una prueba de tolerancia a la lactosa, consistente en ofrecer por vía bucal 2 g de lactosa por kg de peso corporal en solución al 20 % (dosis máxima 50 g). Se tomaron muestras de sangre capilar en ayunas, a los 20, 40, 60, 90 y 120 minutos.

Se determinó la glicemia a cada muestra por el método de la glucosa-oxidasa y se consideró como patológica aquella prueba en la cual la cifra de glicemia no alcanzó los 1,11 mmol/L por encima del nivel en ayunas en cualquiera de las muestras obtenidas, dudosa entre 1,11 y 1,30 mmol/L y normal cuando sobrepasaba los 1,38 mmol/L.

Se realizaron observaciones clínicas 6 a 8 horas después de terminado el TTL.

A los niños con resultados patológicos se les realizó tránsito intestinal baritado con lactosa en la dosis de 80 g por m<sup>2</sup> de superficie corporal, para valorar la presentación de signos radiológicos de malabsorción intestinal.

Con el fin de valorar respuesta dietética, los pacientes con TTL patológicos se sometieron a una dieta sin leche o sus derivados, por un tiempo de 3 meses.

## RESULTADOS Y COMENTARIOS

La distribución por edad y sexo fue como sigue: 12 niños entre 5 y 8 años, 28 entre 9 y 14 años, 8 casos del sexo femenino y 32 del masculino.

La localización del dolor más frecuente fue en la región periumbilical y epigástrica, para el 72,5 % del total de niños.

Las manifestaciones clínicas asociadas con el dolor abdominal fueron: náuseas y vómitos (20 y 17,5 %), sudoración

y palidez (17 %) características informadas por otros autores.<sup>6,8</sup>

La respuesta patológica al TTL se observó en 11 niños; en 2 fue dudoso y en 26 normales (figura 1).

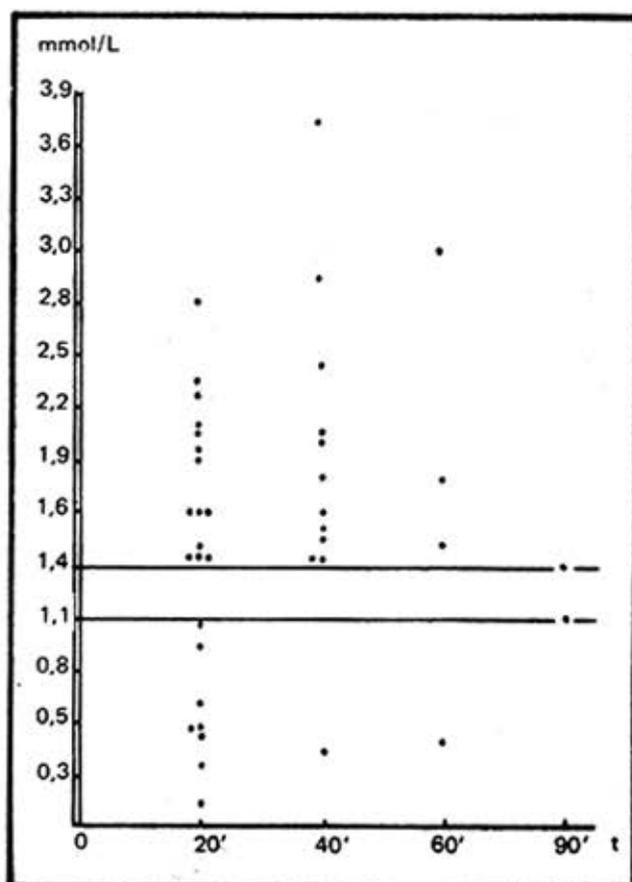


Figura 1. Distribución gráfica de la diferencia entre la cifra máxima de glicemia y la glicemia en ayunas durante la realización del test de tolerancia a la lactosa.

El tránsito intestinal baritado con adición de lactosa se realizó en 7 de los 11 niños con curvas de glicemia planas y fue positivo en todos ellos. Los signos radiológicos de malabsorción intestinal encontrados fueron: fragmentación de la columna de bario (100 %), dilución del contraste (71 %), dilatación gástrica y aceleración del tránsito (57 %) e hipersecreción y floculación (figuras 2 y 3).

Las manifestaciones clínicas después de realizado el TTL y el tránsito intestinal baritado con lactosa fueron en la mayoría de los casos algias abdominales, palidez y sudoración, 3 niños a quienes no se les realizó estudio radiológico presentaron cuadros diarreicos.



Figura 2. Tránsito intestinal con lactosa; signos radiológicos más frecuentes: segmentación de la columna de bario; dilución del contraste; aceleración en la velocidad del tránsito intestinal; retención gástrica y gas en el colon ascendente.

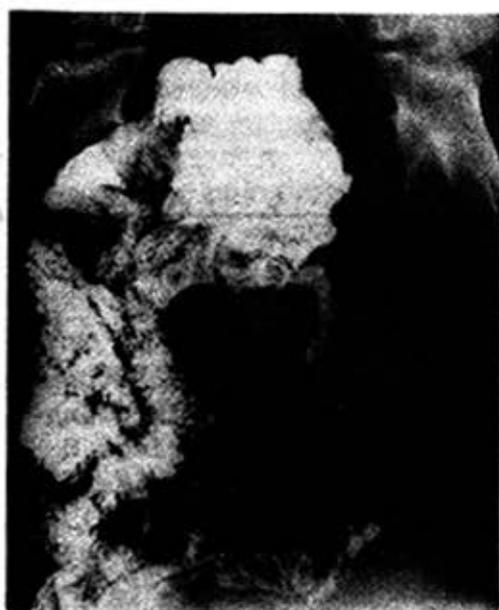


Figura 3. Tránsito intestinal con lactosa; signos radiológicos más frecuentes: persiste el contraste en las asas ileales; colon ascendente y transverso dilatado y dilución del contraste en ciego y colon ascendente.

La respuesta dietética en 9 pacientes de los 11 con TTL plana por un período de 3 meses fue satisfactoria; no se presentaron crisis de dolor en 5 niños (55 %), en 2 (22 %)

disminuyó la intensidad y frecuencia de las crisis y en los otros 2 no se observó mejoría.

En la serie estudiada se observó la frecuencia de la intolerancia a la lactosa en aquellos niños con DAR similar a la informada por otros autores<sup>2-4</sup> ya que existió concordancia entre las manifestaciones clínicas, el TTL y el tránsito intestinal con lactosa para el diagnóstico de intolerancia al disacárido. La dieta aláctea benefició a la mayoría de los niños con TTL patológica.

La intolerancia a la lactosa como causa de DAR en la población escolar parece ser un hallazgo frecuente. La realización de un número mayor de estudios empleando medios de diagnóstico más modernos contribuiría a brindar una mayor precisión en los hallazgos informados.

## SUMMARY

Alvarez Rodríguez, F. et al.: *Recurrent abdominal pain and intolerance to lactose.*

A lactose overload test was performed to 40 children with recurrent abdominal pain syndrome. The sample observed is compared with those reported in the literature on this entity, to find out if results agree. To carry out other studies with a larger casuistic and more accurate diagnostic methods, is recommended.

## RÉSUMÉ

Alvarez Rodríguez, F. et al.: *Douleur abdominale récurrente et intolérance au lactose.*

Une épreuve de surcharge en lactose est réalisée chez 40 enfants avec syndrome de douleur abdominale récurrente. Les résultats obtenus chez le groupe étudié sont comparés à ceux qui ont été rapportés dans la littérature médicale. Les auteurs recommandent la réalisation d'autres études comprenant un plus grand nombre de cas et des méthodes diagnostiques plus précises.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bayless, T. M.; S. S. Huang: Recurrent abdominal pain from milk and lactose intolerance. *Pediatrics* 47: 1029, 1971.

2. *Liebman, W. M.*: Recurrent abdominal pain in children, lactose and sucrose intolerance: a prospective study. *Pediatrics* 64: 43, 1979.
3. *Barr Ronald, G. et al.*: Recurrent abdominal pain of Child-hood due to lactose intolerance. *N Engl J Med* 300: 1440, 1979.
4. *Porro, G. et al.*: Recurrent abdominal pain and lactose intolerance. *Br Med J* 283: 301, 1981.
5. *Castañeda, C.*: Malabsorción de lactosa. Trabajo de terminación de Residencia, para optar por título de Especialista de I Grado en Gastroenterología. La Habana, 1972.
6. *Apley, J.*: The Child with recurrent abdominal pain. *Clin Ped North Am* 14: 16, 1967.
7. *Vázquez, B.; M. Amador*: Radiological diagnosis of lactose intolerance in children with chronic diarrhea. *Acta Paed Acad Sci Hung* 14: 51, 1973.
8. *Fernández, P.*: Dolor abdominal crónico en el niño de edad escolar. Trabajo de terminación de tesis. Villa Clara, 1980.

Recibido: 28 de enero de 1987. Aprobado: 23 de febrero de 1987.

Dr. *Félix Álvarez Rodríguez*. Hospital Pediátrico Docente "William Soler". Avenida de San Francisco y Perla, Altahabana, Ciudad de La Habana, Cuba.