

Trastornos gastrointestinales funcionales pediátricos (Roma IV)

ATENCIÓN PRIMARIA

M^a Laura Casado Sánchez, Mercedes Fernández Rodríguez, Carmen García Rebollar, Blanca de Juanes Toledo, María Soledad Martínez García, María Victoria Martínez Rubio, María Luisa Padilla Esteban, María Ángeles de Pando Bravo, Esther Ruiz Chércoles.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Josefa Barrio Torres, Gonzalo Botija Arcos, Yolanda Carmona Cifuentes, Miguel Ángel Carro Rodríguez, M^a Luz Cilleruelo Pascual, Raquel Checa Rodríguez, Sonia Fernández Fernández, Luis Grande Herrero, Carmen Miranda Cid, Enriqueta Román Riechmann, Nieves Romero Hombrebueno, Rafael Sánchez-Nebrada Arias, Enrique Salcedo Lobato.

Introducción

Evolución de los criterios diagnósticos: justificación Roma IV

Al carecer de marcadores biológicos objetivos, para definir los **trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF)** sólo pueden utilizarse síntomas. Los pacientes con TGIF se han identificado por su pertenencia a algunos de los subgrupos sintomáticos, basados principalmente en opiniones de consenso, mediante lo que en su conjunto se han venido a denominar "**criterios Roma**".

Criterios Roma II: incluían cuatro trastornos principales: vómitos, dolor abdominal, diarrea funcional y trastornos de la defecación. Su objetivo era normalizar las definiciones utilizadas por los pediatras para estos trastornos, con un lenguaje común para el manejo clínico y la investigación.

Criterios Roma III: distinguen dos grandes categorías según la edad, debido a las diferencias en el crecimiento y desarrollo. En los menores de 4 años predominan los trastornos que expresan alteraciones fisiológicas, de maduración y del desarrollo afectivo. La segunda categoría incluye los trastornos de los niños entre 4 y 18 años, trastornos más semejantes a los de los adultos y cuyo abordaje implicaría un enfoque biopsicosocial, con un objetivo principal que es normalizar la vida del paciente.

Dado que los criterios Roma se basan en una descripción de síntomas amplia y frecuentemente superpuestos, se ha cuestionado su utilidad como una herramienta clínica y se ha descrito su baja utilización y tasa de concordancia. La naturaleza multifactorial de estos trastornos, la fluctuación de los síntomas a lo largo del tiempo y las dificultades al aplicar categorías amplias a las molestias gastrointestinales explicarían esta falta de utilización. A todo ello se añadiría la necesidad de estudios de validación, ya que la mayoría de criterios están establecidos por consenso de expertos más que por disponibilidad de evidencia.

Criterios Roma IV: como respuesta a todo lo anterior, han sido establecidos los nuevos criterios, que constituirían la 4^a versión en 20 años (tercera para los criterios pediátricos). Se justifican por toda la información nueva disponible 10 años después de la publicación de los criterios Roma III. Estos criterios se han desplazando desde el consenso a la evidencia basada en el conocimiento científico, aunque el consenso (aproximación Delphi) será utilizado en ocasiones, cuando no haya evidencia disponible y sea necesaria la opinión de expertos. Se

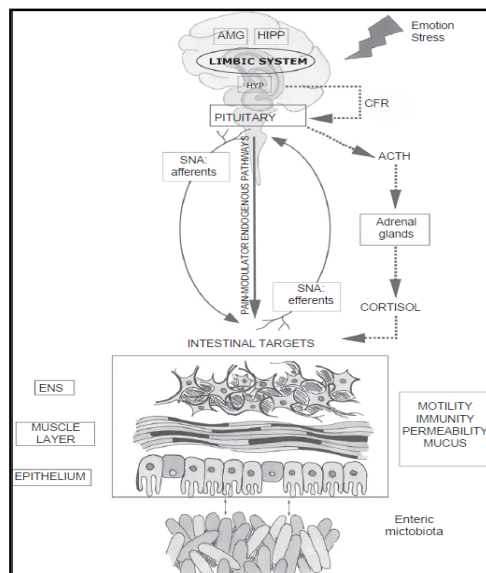
espera que los criterios Roma IV puedan superar la dicotomía funcional-orgánico que "estigmatiza" estos trastornos. Se asume en la actualidad la existencia de anomalías en la función inmune de la mucosa y en la microbiota y que la investigación en biomarcadores probablemente sea una característica fundamental para abordar estos trastornos. De hecho, los nuevos criterios se denominan "Trastornos de la interacción cerebro-intestino", **grupo de trastornos clasificados por síntomas gastrointestinales en relación con una combinación de la alteración en motilidad, sensibilidad visceral, inmunidad mucosa, microbiota intestinal y procesamiento del sistema nervioso central (SNC)**. Mantienen los dos grupos de edad: neonatos/niños pequeños y niños/adolescentes, con 20 TGIF en total, 7 en el primer grupo y 13 en el segundo grupo.

Fisiopatología

La posible fisiopatología de los TGIF ha evolucionado, pasando de ser considerados como trastornos principalmente psicosociales a implicar en el organismo a múltiples sistemas. En la actualidad se considera, para explicar su origen, el **modelo bio-psico-social**, que integraría los múltiples componentes biológicos y psicosociales de los TGIF a través de una compleja interacción entre **factores de vulnerabilidad genética, ambientales, psicológicos y psicosociales** que, junto con experiencias tempranas en la vida, de alguna forma configurarían la habilidad del sistema nervioso central y entérico para adaptarse a los cambios fisiológicos o de estrés.

Un TGIF sería el producto de las interacciones entre factores psicosociales y una fisiología intestinal alterada a través del eje cerebro-intestino. Este eje consiste en una comunicación bidireccional entre el sistema nervioso entérico y el central, ligando los centros emocionales y cognitivos del cerebro con las funciones intestinales periféricas. La red cerebro-intestino incluye el SNC, el sistema nervioso autónomo (SNA), el sistema nervioso entérico (SNE) y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) (Figura 1). Las emociones, pensamientos y percepciones influyen a nivel gastrointestinal en la secreción, sensación, motilidad, regulación inmune, inflamación mucosa y permeabilidad. En sentido inverso, una función gastrointestinal alterada puede influir en la percepción consciente y en los comportamientos. El tracto gastrointestinal está mandando constantemente señales al cerebro, señales aferentes que en un individuo sano no son percibidas conscientemente pero que en el caso de los TGIF se hacen conscientes y pueden conllevar cambios emocionales y en el SNA, con una respuesta exagerada tanto a estímulos nocivos como fisiológicos, respuesta conocida como hiperalgesia visceral. El eje HHS regula las respuestas viscerales e incluye hipotálamo, amígdala cerebral, tálamo medial, hipocampo y corteza anterior cingulada y es considerado como el coordinador de las respuestas de adaptación del organismo a cualquier tipo de factores de estrés, con un efecto final que es la liberación de cortisol. Los factores de estrés psicológico actuarían a través de este eje, habiéndose observado que el estrés físico y mental en pacientes con síndrome intestino irritable (SII) puede aumentar los niveles de citoquinas proinflamatorias a través del eje HHS y el SNA.

Figura 1. The gut brain axis. *M Carabotti et al. Annals of Gastroenterology (2015)*



Al eje cerebro-intestino se incorpora la **microbiota intestinal**, con un importante papel interaccionando no sólo con las células intestinales locales y con el SNE, sino también con el cerebro a través de diversos mecanismos, siendo el principal la modulación de la barrera intestinal, además de la producción de neurotransmisores locales y de la activación inmune de la mucosa. Al mismo tiempo distintos tipos de factores de estrés pueden modificar la composición y la biomasa total de la microbiota entérica. Estos efectos pueden ser mediados por sistemas eferentes neuroendocrinos (así SNA y eje HHS), tanto directamente a través de señales del huésped a la microbiota entérica o indirectamente a través del cambio en el medio intestinal. Factores de estrés físico y social pueden alterar así la colonización bacteriana, dando lugar a una flora patógena que condicionaría una situación proinflamatoria. Como se ha mencionado previamente, estas agresiones inflamatorias del tracto GI pueden alterar la percepción del dolor, constituyendo uno de los posibles mecanismos de la hiperalgesia visceral observada tras las infecciones GI y los procedimientos quirúrgicos.

Clasificación

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES EN NIÑOS PEQUEÑOS SEGÚN CRITERIOS ROMA IV

Según el **SÍNTOMA PREDOMINANTE** se consideran diferentes cuadro clínicos:

- G1. Regurgitaciones del lactante.**
- G2. Rumiación.**
- G3. Síndrome de vómitos cíclicos.**
- G4. Cólico del lactante.**
- G5. Diarrea funcional.**
- G6. Disquecia infantil.**
- G7. Estreñimiento funcional.**

NOTA: En negrita los cambios de **Roma IV** en relación a Roma III

G1. Regurgitaciones del lactante

Niños con edades comprendidas entre las 3 semanas y los 12 meses de edad en los que se den ambas circunstancias:

1. 2 o más regurgitaciones al día durante al menos 3 semanas.
2. Ausencia de náuseas, fallo de medro, dificultad en la alimentación/deglución, posturas anómalas, hematemesi, pausas de apnea o aspiración.

Cambios en los criterios diagnósticos

Los criterios actuales señalan que no existe una buena correlación entre la existencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico y el llanto o el comportamiento irritable del lactante. Estos síntomas dependen de la percepción subjetiva tanto de los cuidadores como del médico. En estos casos existe falta de evidencia en el uso de inhibidores de la bomba de protones.

G2. Rumiación

Tiempo de evolución **de al menos 2 meses de:**

1. Contracciones repetidas de los músculos del abdomen, diafragma y lengua, que provocan regurgitaciones del contenido gástrico hacia la boca. Estas regurgitaciones pueden a su vez ser deglutidas de nuevo o expulsadas al exterior.
2. Se dan tres o más de las siguientes condiciones.
 - a) Edad de inicio entre los 3-8 meses.
 - b) No hay respuesta al tratamiento antirreflujo.
 - c) No se observan signos de malestar en el niño.
 - d) Desaparece durante el sueño o cuando se relaciona con personas del entorno.

Cambios en los criterios diagnósticos

Se acorta el tiempo de evolución a dos meses para homogeneizarlo con el grupo de niños mayores y se elimina la náusea.

G3. Síndrome de vómitos cíclicos

Deben cumplir todos los criterios siguientes:

1. Al menos 2 o más episodios de vómitos paroxísticos incoercibles, de duración variable (horas o días) en un periodo de 6 meses.
2. **Son estereotipados para cada paciente.**
3. Los episodios están separados por semanas o meses con retorno al **estado basal de salud.**

Cambios en los criterios diagnósticos

El consenso actual Roma IV está de acuerdo con la evaluación clínica propuesta por las guías de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (NASPGHAN) aunque a diferencia de estas últimas siguen manteniendo en dos el número de episodios de vómitos mínimos necesarios para diagnosticar el cuadro. De esta manera se pretende facilitar un diagnóstico temprano, dada la repercusión en la calidad de vida del niño y de las familias. Se recomienda considerar diagnóstico diferencial con cuadros metabólicos, neurológicos y anatómicos, principalmente en menores de 2 años.

***Se elimina la náusea** de los criterios diagnósticos dada la dificultad de un niño pequeño de comunicar este síntoma.*

*Este consenso cambia el concepto de "estado habitual de salud" por "**estado basal de salud**", aclarando que esto último no implica necesariamente la ausencia de otros síntomas digestivos entre los episodios.*

G4. Cólicos del lactante

Debe cumplir TODOS los siguientes:

1. Inicio y finalización del cuadro **antes de los 5 meses de edad.**
2. Periodos recurrentes y prolongados de llanto, queja o irritabilidad referidos por los cuidadores, sin causa aparente, y que no se pueden ni prevenir ni resolver por dichos cuidadores.
3. No presentar fallo de medro, fiebre u otra enfermedad evidente.

Con fines de investigación clínica, se deben añadir también:

1. La presencia de llanto o queja referidos por su cuidador durante 3 o más horas al día, 3 o más días a la semana.
2. Medición prospectiva de 24 horas en las que se objetivan 3 horas de llanto

Cambios en los criterios diagnósticos

Se amplía la edad de 4 a 5 meses.

Los criterios Roma III anteriores seguían la regla del 3 de Wessel et al (llanto que aparece y desaparece repentinamente durante 3 o más horas al día al menos 3 días a la semana). Para la práctica clínica diaria, los criterios actuales obvian la necesidad de una duración mínima de horas (criterio arbitrario) o una frecuencia mínima a la semana (difícil de aplicar en la práctica diaria).

G5. Diarrea funcional

Debe cumplir los siguientes criterios:

1. **4 ó más deposiciones** abundantes no formadas, diarias, indoloras y recurrentes
2. Los síntomas duran más de 4 semanas.
3. El inicio se da entre los 6 meses y **los 5 años.**
4. No existe fallo de medro si la ingesta calórica es adecuada.

Cambios en los criterios diagnósticos

En este último consenso se elevan de 3 a 4 el número de deposiciones necesarias y se prolonga la edad de los 3 hasta los 5 años. Se elimina el criterio diagnóstico que requería que las deposiciones no se produjesen durante el sueño.

G6. Disquecia infantil

Niños **menores de 9 meses** que cumplan los siguientes criterios:

1. Al menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes del éxito **o fracaso** de la emisión de heces blandas.
2. No otro problema de salud.

Cambios en los criterios diagnósticos

Se amplía la edad de 6 a 9 meses y se añade que a pesar del esfuerzo puede existir un fracaso en la defecación.

G7. Estreñimiento infantil

Niños menores de 4 años que deben presentar durante 1 mes al menos 2 de los siguientes síntomas/signos:

1. Dos o menos defecaciones por semana.
2. Historia de retención fecal excesiva.
3. Historia de defecaciones dolorosas o duras.
4. Historia de heces de gran diámetro.
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.

En los **niños con adecuado control de esfínteres** se añaden los siguientes criterios adicionales:

6. Al menos 1 episodio por semana de incontinencia, después de la adquisición del control de esfínteres (habilidades para ir al baño).
7. Historia de heces de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro.

Cambios en los criterios diagnósticos

Los criterios actuales subdividen a los pacientes en niños sin control de esfínteres y con adecuado control de esfínteres. En estos últimos se tiene en cuenta la incontinencia fecal, no valorable en niños pequeños que usan pañales.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SEGÚN CRITERIOS ROMA IV

H1 Náuseas funcionales y vómitos:

H1a Síndrome de vómitos cíclicos.

H1b Náuseas funcionales y vómitos funcionales.

H1c Síndrome de rumiación.

H1d Aerofagia.

H2 Trastornos de dolor abdominal funcional.

H2a Dispepsia funcional.

H2b Síndrome del intestino irritable.

H2c Migraña abdominal.

H2d Dolor abdominal funcional - no especificado.

H3 Trastornos funcionales de la defecación.

H3a Estreñimiento funcional.

H3b Incontinencia fecal no retentiva.

Roma III enfatizaba que no debería haber evidencia de enfermedad orgánica (inflamatoria, anatómica, metabólica o neoplásica) que explique los síntomas. Ahora ha sido eliminado como criterio diagnóstico y se acuerda que no siempre es necesaria la realización de pruebas complementarias si con una evaluación médica apropiada se descarta que los síntomas puedan ser debidos a otra patología (**"los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada"**).

Se establece **la posibilidad** de que un paciente tenga más de un trastorno simultáneamente o de que tenga un trastorno funcional asociado a otra enfermedad.

Si **coexisten síntomas** se da más valor al predominante.

NOTA: En negrita los cambios de **Roma IV** en relación a Roma III

H1 Náuseas funcionales y vómitos

H1a. Síndrome de vómitos cíclicos

Debe cumplir todos los criterios siguientes:

1. Dos o más episodios de vómitos incoercibles y/o náuseas intensas que duran horas o días **en un periodo de 6 meses.**
2. Los episodios son **estereotipados** en cada paciente.
3. Los episodios están separados por semanas o meses con retorno al **estado basal de salud.**
4. **Los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.**

Cambios en los criterios diagnósticos

En los trastornos cíclicos se especifica que se debe volver al estado previo de salud entre los episodios, pero no es necesario estar asintomático entre las crisis. Por ejemplo, un paciente con vómitos cíclicos puede tener un estreñimiento funcional sintomático entre episodios. Si está presente a la vez también dolor abdominal, se considerará el síntoma predominante o más consistente para hacer el diagnóstico principal. Si predomina el dolor abdominal, debería ser considerado como migraña abdominal. El comité adopta para la evaluación clínica y el tratamiento las guías NASPGHAN 2008.

H1b. Náuseas y vómitos funcionales

H1b1. Náuseas funcionales

Durante los últimos 2 meses, debe cumplir todos los criterios siguientes:

1. Las náuseas molestas son el síntoma predominante; al menos dos veces por semana y generalmente no relacionadas con las comidas.
2. No se asocian constantemente con vómitos.
3. Los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

H1b2. Vómitos funcionales

Durante los últimos 2 meses, debe incluir todo lo siguiente:

1. En promedio, 1 o más episodios de vómitos por semana.
2. Ausencia de vómitos autoinducidos o criterios de un trastorno de conducta alimentaria o de rumiación.
3. Los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

Cambios en los criterios diagnósticos

En Roma IV se han incluido como nueva entidad respecto a Roma III los "trastornos de náuseas y vómitos funcionales" para el grupo de niños más mayores. La principal diferencia de este trastorno de náuseas y vómitos funcionales con la dispepsia funcional es que en estos casos nunca se asocia dolor mientras que en la dispepsia puede haberlo.

H1c. Síndrome de rumiación

Debe cumplir todos los criterios siguientes, como mínimo 2 meses antes del diagnóstico:

1. Regurgitaciones repetidas, después de las comidas, cuyo contenido se vuelve a tragar o se expulsa.
 - a) Empiezan justo después de la ingesta de la comida.
 - b) No aparecen durante el sueño.
2. Ausencia de arcadas.
3. **Los síntomas no pueden atribuirse a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada. Debe descartarse un trastorno de conducta alimentaria.**

Cambios en los criterios diagnósticos

Roma IV no limita el cuadro al adolescente y admite que puede afectar a niños más pequeños. En Roma III los síntomas tenían que aparecer al menos una vez por semana y en Roma IV no se exige. También elimina el criterio de que las regurgitaciones sean indoloras, así como la condición de que se haya hecho previamente un tratamiento habitual para el reflujo gastroesofágico.

H1d. Aerofagia

Debe cumplir **todos** los criterios siguientes, como mínimo 2 meses antes del diagnóstico:

1. Deglución **excesiva** de aire.
2. Distensión abdominal que **aumenta durante el día**.
3. Eructos repetidos y/o aumento de la flatulencia.
4. **Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.**

Cambios en los criterios diagnósticos

Roma IV elimina el criterio de que los síntomas se presenten al menos 1 vez por semana, con lo que el diagnóstico exige menos frecuencia de los síntomas que en Roma III.

H2 Trastornos de dolor abdominal funcional

Se **sustituye** el epígrafe "Dolor abdominal relacionado con trastornos funcionales gastrointestinales" por el de "Trastornos de dolor abdominal funcional".

H2a. Dispepsia funcional

Debe incluir al menos 1 o más de los siguientes síntomas durante **al menos 4 días al mes** y un mínimo de **2 meses antes del diagnóstico**:

1. Plenitud postprandial.
2. Saciedad precoz.
3. Dolor epigástrico o ardor no asociado con la defecación.
4. Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

Subtipos:

A. Síndrome de disconfort postprandial: Incluye una plenitud postprandial o sensación de saciedad precoz molestas que impiden terminar una comida normal.
Criterios de apoyo: la presencia de distensión en abdomen superior, náuseas postprandiales o excesivos eructos.

B. Síndrome del dolor epigástrico: Incluye un ardor o quemazón molesto localizado en epigastrio, que es lo suficientemente importante como para interferir con sus actividades normales.
No se trata de un dolor generalizado ni localizado en otra región del abdomen o tórax y no se alivia con la defecación o eliminación de eructos.

Criterios de apoyo:

- Dolor tipo ardor o quemazón no localizado a nivel retroesternal.
- Dolor normalmente desencadenado por la ingestión de alimentos, aunque puede ocurrir también en ayunas.

Cambios en los criterios diagnósticos

En la dispepsia funcional, se distinguen 2 subtipos de dispepsia que permitirán categorizar mejor el tipo de dolor. Se elimina la necesidad de que haya "dolor" al hablar de dispepsia funcional.

H2b. Síndrome de intestino irritable

Debe incluir todos los criterios siguientes al menos 2 meses antes del diagnóstico:

1. Dolor abdominal al menos 4 días al mes asociado con uno o más de los siguientes:
 - a) Relacionado con la defecación.
 - b) Cambio en la frecuencia de las deposiciones.
 - c) Cambio en la forma/apariencia de las deposiciones.
2. **En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve con la resolución del estreñimiento.**
3. **Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.**

Cambios en los criterios diagnósticos

El término "malestar/disconfort" que aparecía en la definición de SII según los criterios de Roma III, ha sido eliminado en los nuevos criterios.

La diferencia entre estreñimiento funcional y SII ha sido aclarada en los nuevos criterios. Se recomienda que los pacientes con estreñimiento asociado a dolor abdominal sean tratados inicialmente como estreñimiento. Si los síntomas se resuelven, tras el tratamiento del estreñimiento, se confirmará el diagnóstico de estreñimiento, pero si persisten el diagnóstico será un SII con estreñimiento.

H2c. Migraña abdominal

Debe incluir todos los siguientes criterios, **al menos en 2 ocasiones, en los 6 meses previos al diagnóstico:**

1. Episodios paroxísticos y agudos de intenso dolor abdominal periumbilical, **en línea media o de localización difusa que dura 1 hora o más** (debe ser el síntoma más grave y alarmante)
2. **Episodios separados por semanas o meses.**
3. El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades de la vida diaria.
4. El patrón de síntomas es estereotipado en cada paciente.
5. El dolor está asociado con 2 o más de los siguientes síntomas:
 - Anorexia.
 - Náuseas.
 - Vómitos.
 - Cefalea.
 - Fotofobia.
 - Palidez.
6. **Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.**

Cambios en los criterios diagnósticos

En Roma III los síntomas se debían repetir 2 veces en 1 año. Se ha ampliado el "dolor periumbilical" de Roma III por "dolor abdominal periumbilical, en línea media o de localización difusa".

Se sustituye en concepto "estado habitual de salud" que según los expertos podría malinterpretarse como un estado de salud asintomático por "estado basal de salud" que

indica mejor la posible existencia de otros síntomas gastrointestinales leves entre episodios.

Para aumentar especificidad al diagnóstico se considera que "los episodios deben ser estereotipados en cada individuo"

El diagnóstico no excluye que puede coexistir con este cuadro otro dolor abdominal no especificado entre los episodios.

H2d. Dolor abdominal funcional no especificado

Al menos los 2 meses previos al diagnóstico deben haber tenido 4 o más episodios por mes de todos los siguientes:

1. Dolor abdominal episódico o continuo que no solamente ocurre con eventos fisiológicos (comida/menstruación).
2. Criterios insuficientes para etiquetarlo de síndrome del intestino irritable, dispepsia o migraña abdominal.
3. Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

Cambios en los criterios diagnósticos

El término "dolor abdominal funcional no especificado" sustituye a "dolor abdominal funcional" (DAF), y se elimina el subtipo de "síndrome de dolor abdominal funcional".

H3 Trastornos funcionales de la defecación

H3a. Estreñimiento funcional

En el último mes, al menos 1 vez a la semana, debe cumplir 2 o más de los criterios siguientes, con criterios insuficientes para el diagnóstico del síndrome del intestino irritable:

1. Dos o menos deposiciones a la semana en el inodoro en un niño con edad de desarrollo de al menos 4 años.
2. Al menos 1 episodio de incontinencia fecal a la semana.
3. Historias de posturas retentivas o excesiva retención fecal voluntaria.
4. Historia de deposiciones duras o defecaciones dolorosas.
5. Presencia de gran masa fecal en el recto.
6. Historia de heces de gran tamaño que pueden obstruir el inodoro.

Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

H3b. Incontinencia fecal no retentiva

En un niño con edad de desarrollo de al menos 4 años y durante al menos un mes presenta los siguientes síntomas:

1. Defecación en lugares inapropiados en el contexto sociocultural del niño.
2. Ausencia de retención fecal.

Los síntomas no se pueden atribuir a otra enfermedad, después de una evaluación médica adecuada.

Cambios en los criterios diagnósticos

En Roma III la duración de los síntomas para el diagnóstico era de 2 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, Nurko S. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2016; 150: 1443-1455.
2. Carabotti M, Scirococa A, Masellib MA. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Annals of Gastroenterology* (2015) 28: 203-209.
3. Di Lorenzo C, Hyams JS, Saps M, et al. Algorithms Child/Adolescent. En: *Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders. Disorders of Gut-Brain Interaction*. Eds: Rome Foundation 2016; pags: 191-217.
4. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV - Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology* 2016;150:1257-1492.
5. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1456-1468.
6. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006: 130:1519-1526.
7. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130:1527-37.