

¿Es necesario retirar la lactosa en los niños con gastroenteritis aguda?

J. C. Buñuel Álvarez

CS de Villamayor de Gállego. Zaragoza. España.

El tratamiento de la gastroenteritis aguda (GA) en niños ha experimentado, a lo largo de los últimos años, diversas novedades: se han propuesto, junto a la rehidratación oral, diversos tratamientos como el racecadotril^{1,2} y diversos probióticos³. Al mismo tiempo, junto a estas novedades terapéuticas, se recomendaba la no retirada de la lactosa de la dieta del niño en los casos de GA no complicada. Recientemente se ha publicado una revisión sistemática (RS)⁴, que ha sido objeto de comentario crítico en la revista *Evidencias en Pediatría*⁵, cuyo objeto ha sido determinar si la retirada de la lactosa en niños con GA tiene alguna repercusión sobre la intensidad o duración de la GA.

Esta RS está realizada con el característico rigor metodológico de la Colaboración Cochrane; se definieron claramente la población de estudio, la intervención analizada y los resultados. La búsqueda se realizó en bases de datos amplias, sin restricción idiomática. El tipo de estudio fue adecuado al objetivo. Se amplió la búsqueda para localizar datos no publicados y se contactó con los investigadores. Se definieron los criterios de inclusión y exclusión de los estudios y se proporcionó el diagrama de flujo de selección. Los trabajos fueron seleccionados independientemente por dos autores, con el arbitraje de un tercero cuando fue necesario para resolver discrepancias. Dos autores clasificaron los trabajos según el riesgo de sesgo de selección. Se valoró la heterogeneidad de los datos. Por último, se realizó estudio de subgrupos y análisis de sensibilidad.

De 647 trabajos recuperados inicialmente, se seleccionaron 33 ensayos clínicos con 2973 participantes. Veintidós compararon la eliminación de la lactosa de la dieta (DSL) frente al contenido normal de lactosa (DL) y 11 compararon leches diluidas que contenían lactosa (DBL) con leches con contenido normal de lactosa (DL). La calidad de los estudios se valoró mediante la herramienta para evaluar el riesgo de sesgo de la CC, clasificándolo respectivamente como sesgo bajo, alto o incierto.

La diferencia media (DM) de la duración de la GA fue de -17,77 horas (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: -25,32 a

-10,21 horas) a favor de los niños que recibieron DSL en comparación con los de DL (la calidad de los estudios que evaluaron este resultado fue baja). El fracaso terapéutico fue 164/1000 en el grupo de niños con DSL frente a 85/1000 entre los que recibieron DL (IC 95%: 64/1000 a 112/1000), RR: 0,52 (IC 95%: 0,3 a 0,68) (calidad de estudios moderada). No existieron diferencias significativas en la duración de la diarrea entre los niños alimentados con leche con DBL frente a los que se alimentaron con leche con lactosa, pero sí en la disminución del fracaso terapéutico (riesgo relativo [RR]: 0,52; IC 95%: 0,39 a 0,68). Sí existieron diferencias en la duración entre DSL y DL tanto en los <12 meses (DM: -25,23 horas; IC 95%: -45,01 a -5,46 horas) como en los >12 meses (DM -16,08 horas; IC 95%: -24,21 a -7,94) y en los pacientes ingresados (DM -17,94 horas; IC 95%: -26,28 a -9,59), pero no en los ambulatorios (DM: -7,59 horas; IC 95%: -83,51 a +98,69). No existieron diferencias significativas en cuanto a necesidad de hospitalización, estancia hospitalaria, volumen o frecuencia de las heces y cambios en el peso.

Ante estos resultados nos encontramos con el ya conocido dilema: ¿significación estadística equivale a importancia clínica de los resultados? En el comentario crítico realizado en *Evidencias en Pediatría*⁵, los autores analizan detenidamente este último aspecto resaltando los resultados principales: disminución de la duración de la diarrea de unas 18 horas (-17,77; IC 95%: -10,21 a -25,32) en niños con dieta exenta de lactosa, así como un menor riesgo de fracaso del tratamiento (RR: 0,52; IC 95%: 0,39 a 0,68). No hubo diferencias en la necesidad de ingreso hospitalario, en los días de hospitalización ni en los cambios de peso, aunque los datos no se aportan de modo uniforme en todos los estudios.

Los beneficios fueron aún menores en niños con reducción de la ingesta de lactosa, con tan solo una discreta disminución del fracaso terapéutico (RR: 0,65; IC 95%: 0,45 a 0,94).

Por todo ello los autores del comentario crítico concluyen que el impacto clínico de excluir la lactosa de la dieta en un

niño con GA parece poco importante. Es más, aún es menor el de la reducción de su ingesta. A partir de los datos del estudio original es posible determinar que es necesario excluir la lactosa de la dieta en 12 pacientes (IC 95%: 9 a 20) para evitar un fracaso terapéutico, sin beneficios de importancia clínica como necesidad de ingreso, duración de la hospitalización, desnutrición o mortalidad, esta última no comunicada en ninguno de los estudios. El escaso impacto clínico y el bajo grado de evidencia de los resultados aportados por la RS⁴ aconsejan mantener las recomendaciones actuales de no restringir el consumo de lactosa de manera sistemática en lactantes con GA. En cualquier caso, los resultados observados solo serían aplicables a países de desarrollo económico medio o alto y al ámbito hospitalario, y no a niños de riesgo o que reciban lactancia materna, excluidos de la mayoría de los estudios.

A la vista de las pruebas actualmente disponibles, por lo tanto, no parece aconsejable la retirada de la lactosa en todos los niños con GA. Dicha retirada debería considerarse de manera individualizada, especialmente en aquellos niños con GA sin factores de riesgo pero con duración prolongada de la diarrea, por la posibilidad de haberse instaurado una intolerancia transitoria a la lactosa secundaria a la GA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leher P, Cheron G, Calatayud GA, Cezard JP, Castellon PG, Garcia JM, *et al.* Racecadotril for childhood gastroenteritis: an individual patient data meta-analysis. *Dig Liver Dis.* 2011;43:707-13.
2. Benito Herreros AM. Racecadotril en la gastroenteritis en niños: metaanálisis realizado con datos individuales de pacientes. *Evid Pediatr.* 2013;9:35.
3. Allen SJ, Okoko B, Martínez E, Gregorio G, Dans LF. Probióticos para el tratamiento de la diarrea infecciosa (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. MacGillivray S, Fahey T, McGuire W. Lactose avoidance for young children with acute diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;10:CD005433.
5. Molina Arias M, Ortega Páez E. ¿Es eficaz la dieta exenta de lactosa en la gastroenteritis aguda infantil? *Evid Pediatr.* 2014;10:24.