

Constipación en el niño. Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento.

Constipation in childhood. Some considerations on diagnosis and treatment.

José Bustelo Águila(1), Ana Lourdes García García(2) y Danay Sifontes Reinoso (3)

Resumen

Se realiza una revisión del tema “constipación” en niños, se incluyen las causas más frecuentes, algunos aspectos fisiopatológicos, diagnóstico y tratamiento con el propósito de consolidar los conocimientos sobre la enfermedad y lograr pautas de tratamiento uniforme. Se concluye que la constipación es una enfermedad frecuente en la infancia con elevada prevalencia en pre-escolares aunque puede verse a cualquier edad. La edad de inicio de la constipación y el tacto rectal resultan de gran utilidad para el manejo diagnóstico del caso y el tratamiento debe encaminarse hacia tres aspectos fundamentales: Eliminar la impactación rectal, evitar que reaparezca y estimular hábitos defecatorios normales.

Palabras clave: ESTREÑIMIENTO/diagnóstico, ESTREÑIMIENTO/terapia.

1. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Profesor Asistente. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesora instructora
2. Especialista de Primer Grado en Pediatría.

Introducción

La constipación (del latín constipatio=estreñimiento) es un síntoma, no un diagnóstico, cualquier concepto tiene algo de relatividad pues un niño puede tener deposiciones pastosas cada 3 o 4 días y eso como tal, no constituye una constipación. En general se considera constipación cuando existe dificultad de obtener una evacuación espontánea, periódica y suficiente de la totalidad o parte del contenido del intestino grueso (1).

La constipación tiende a autoperpetuarse, cualquiera que sea su causa, la presencia de heces voluminosas y endurecidas en el recto hace difícil e incluso dolorosa la evacuación, por lo que se establece un círculo vicioso. Esto genera ansiedad y causa, por lo general, un fuerte impacto emocional en el paciente y su familia (2).

Todos los autores revisados (2-5) coinciden en afirmar que en el 95 % o más de los niños estreñidos la causa está en relación con problemas funcionales o psicógenos íntimamente vinculados a trastornos dietéticos y en menor frecuencia es resultado de un proceso orgánico, de ahí que se resalte la necesidad de un adecuado trabajo de educación sanitaria y dietética para prevenir y evitar la constipación en ese gran grupo de niños cuya causa fundamental no es orgánica, es por eso que nos proponemos, con esta revisión actualizada, consolidar y unificar los conocimientos sobre el tema y seguir una pauta de tratamiento uniforme.

La búsqueda de la información utilizada en el presente trabajo se realizó a través de Internet (Infomed, sitios Webs, etc.) además en revistas científicas y libros relacionaos con el tema.

Desarrollo

Concepto:

Constipación: La demora o dificultad en obtener una deposición espontánea, periódica y suficiente de la totalidad o parte del contenido del intestino grueso, presente por 2 o más semanas.

Encopresis: Se trata de la expulsión involuntaria de las heces fecales formadas, semiformadas o líquidas que ocurre cuando existe una constipación funcional después de los 4 años de edad.

Incontinencia fecal: Es la expulsión de las heces como resultado de una lesión orgánica (malformación anal, trauma, etc.)

Causas de Constipación:

I.- No Orgánicas: Funcionales,
también denominada
estreñimiento por hábito o Psicógeno.
II.- Orgánicas:

Intestinales: -Enfermedad de Hirschprung Enfermedad de Chagas Pseudos-obstrucción.

Anales: Estenosis y atresias anales. Grietas y fisuras Localización anterior del ano Traumatismos ano-rectales.

Endocrinometabólicas. Hipotiroidismo. Acidosis tubular renal. Hipercalcemia. Diabetes insípida. Hipopotasemia.

Neuromusculares: Parálisis cerebral. Hipotonía muscular. Lesión de la médula. Musculatura abd.. Ausente.

*

Fármacos: Narcóticos y opiáceos Anticolinérgicos. Bario.

*

Otras: Ciego móvil. Intoxicación por Plomo. Botulismo. Esclerodermia.

Fisiopatología:

a) Constipación orgánica: Puede producirse fundamentalmente por dos causas. Trastornos en el llenado del recto o trastornos en el vaciado del recto. En el primer caso el éxtasis colónico resultante produce una desecación excesiva de las heces con ausencia de inicio de los reflejos rectales que normalmente desencadena la defecación, es el caso de la enfermedad. de Hirschprung, hipotiroidismo, opiáceos y también pueden incluirse las enfermedades que favorecen la deshidratación como la diabetes insípida (2,3). En la segunda posibilidad se puede dificultar el vaciamiento por inhibición de los reflejos de la defecación por diferentes causas o trastornos de la musculatura abdominal o del suelo pelviano, Ej. Trastornos neuromusculares y ano anterior (2).

b) Constipación funcional: La fisiopatología exacta no se conoce. No se explica por un solo mecanismo, sino que probablemente entren en juego factores constitucionales, hereditarios y psicológicos. Surge por lo común después de un problema agudo mal tratado, como por Ej. Una fisura anal que a su vez muchas veces es consecuencia de fecalomas producidos por malos hábitos alimentarios. Esto provoca una defecación dolorosa, entonces el niño por miedo evita defecar y retiene las heces, se inhibe el reflejo defecatorio y se acumula cada vez más materia fecal. Al repetirse la situación se crea un círculo vicioso (6-9).

En ocasiones el contenido acuoso del colon proximal se puede filtrar a través y alrededor de los fecalomas, siendo eliminadas por el recto sin que el niño se percate de ello, lo que se denomina encopresis involuntaria (5).

La causa orgánica de constipación más frecuente es el megacolon aganglionico o enfermedad de Hirschprung. Su incidencia es de 1/5000 y es más frecuente en el sexo masculino, puede detectarse desde el nacimiento, pero debe descartarse ante todo niño, cualquiera que sea su edad, con estreñimiento intenso. Se caracteriza por ausencia de células ganglionares en el plexo mientérico del colon y el 75 % de los casos no se extienden más allá del sigmoides, pero en el 25 % restante puede ser más larga la afectación y de estos el 10 % abarcan todo el colon (2).

Diagnóstico

De gran utilidad resulta, para el diagnóstico de una constipación, la confección de una buena Historia Clínica. Debe insistirse en la anamnesis de la ablactación del niño pues en ocasiones puede pasarse por alto aspectos de gran importancia, por ejemplo, la madre puede referirnos que le da al niño frijoles, vegetales y verduras, pero cuando preguntamos cómo, en que frecuencia y que cantidad, la respuesta puede ser interesante: "los frijoles una vez al mes, los vegetales en ocasiones y frutas la guayaba y el platanito (ambas astringentes)". El tipo de leche y la cantidad que ingiere el niño resulta también de gran importancia ya que todas las leches, con excepción de la materna, son constipantes (2-4).

Al examen físico reviste fundamental importancia el tacto rectal. Si encontramos un megacolon ocupado por materia fecal debe pensarse en una constipación funcional. Por el contrario, un recto pequeño y vacío nos orienta más bien hacia una causa orgánica (seudo-oclusiva como la enf. de Hirschprung). (Tabla 1) También pueden detectarse malformaciones anorectales como la estenosis por membrana anal y los tumores como el teratoma sacrocóxico.

Otra causa orgánica en la cual debe pensarse cuando se estudia un niño con constipación es el ano anterior, ya que resulta fácil de diagnosticar mediante el examen físico al determinar el índice ano/genital (Tabla 2).

La manométrica anorectal mide la presión del esfínter anal interno mientras se infla un balón en el recto. Normalmente la distensión rectal conduce a una relajación refleja del esfínter. Se debe indicar en las situaciones siguientes: (10)

* Enfermedad de Hirschprung.

* Constipación crónica rebelde al tratamiento.

* Para evaluar la capacidad voluntaria e involuntaria del esfínter y la sensibilidad rectal en la incontinencia rectal.

Alteraciones en la sensibilidad rectal y en la presión del esfínter anal interno.

* Para valorar la integridad del esfínter anal externo. (luego de una intervención quirúrgica)

* Algunos trastornos neurológicos.

* Contracción paradójica del suelo pelviano (anismos).

* Para biorretroalimentación (biofeedback anorrectal).

Otras pruebas: -Colon por enema.

-Electromiograma del esfínter anal.

Tratamiento: (de la constipación funcional)

Preventivo:

-Orientación a los padres.

-Hábitos de defecación normal.

-Dieta equilibrada rica en fibra dietética.

-Evitar consumo excesivo de leche.

-Ingestión adecuada de líquidos.

-Uso de frutas y vegetales en la alimentación del niño.

La fibra vegetal (7) es un conjunto de macromoléculas (polímeros fibrosos) que forman parte de la pared celular vegetal y que no pueden ser hidrolizadas por las enzimas digestivas del hombre.

La dosis diaria recomendada para los niños de fibra vegetal es igual a la edad en años más 5 y en los niños de más de 12 años y adultos de 30 gramos. En el lactante debe utilizarse con precaución, pues una dieta muy rica en vegetales puede producir distensión gaseosa por fermentación de la misma. Las dietas altas en fibra producen deficiencia de calcio, zinc, hierro, cobre, magnesio y fósforo.

Curativo

La casi totalidad de los niños con constipación crónica de tipo funcional se benefician con un plan terapéutico organizado y preciso. Se precisa de la cooperación de la familia y en general el tratamiento se base en: Eliminar la impactación fecal, evitar que reaparezca y estimular hábitos de defecación normales (2,3,7).

Los pacientes con una constipación simple pueden requerir únicamente medidas dietéticas, recomendándose una dieta adecuada de líquidos y añadir frutas y vegetales a las dietas, así como la creación de un hábito defecatorio regular.

Cuando el niño estreñido tiene megacolon y encopresis, el tratamiento debe ser más riguroso:

1.-Educación a los familiares y de ser posible, por la edad, al niño. En cuanto a la importancia de una dieta balanceada y rica en fibra, así como la administración de líquidos, no dar leche en exceso y lograr establecer un hábito adecuado de defecar.

2.-Debe realizarse la limpieza del colon eliminando todos los fecalomas existentes, para esto deben realizarse enemas evacuantes 1 ó 2 veces al día hasta que las deposiciones sean líquidas. Para esto se recomiendan en primer lugar los enemas de fosfatos hipertónico (normacol). Que pueden alternarse con enemas de aceite mineral. Pueden, en su defecto, utilizarse los enemas de suero fisiológico, aunque su efectividad no es la misma.

3.-Evitar la reacumulación fecal: En esta etapa tiene gran importancia la dieta, hábito defecatorio y laxantes (Leche de magnesio, Aceite mineral, Lactulosa, Sorbitol, etc.) de 1 a 3 ml x Kg x día. Este tratamiento puede mantenerse varios meses hasta lograr disminuir el tamaño del colon y el recto.

4.-Reacondicionar los hábitos normales del intestino. Tratar de que el niño defeque diariamente, preferiblemente utilizar el horario después de la comida para aprovechar el reflejo gastro cólico, debe dedicarse un tiempo prudencial (5 -15min.) a los intentos de defecación.

Puede utilizarse el refuerzo verbal y las recompensas selectivas, pero nunca el castigo. (3)

Abstract

A review of the subject on constipation in children is made, including the most frequent causes, some pathophysiological aspects, diagnosis and treatment in order to consolidate the knowledge on the disease and to obtain the guidelines of uniform treatment are included. We conclude that constipation is a frequent disease in childhood with high prevalence in pre-school children, although it can be seen at any age. The age of onset of constipation and the rectal tact are very useful for the management of diagnosis of the case and the treatment must be directed towards three fundamental aspects: to eliminate the rectal impactation, to keep it from being recurrent and to stimulate normal defecation habits.

Conclusiones

Por sí misma la constipación no produce efectos sistémicos ni orgánicos perjudiciales pero constituye un problema frecuente en la edad pediátrica.

Los niños son muy susceptibles ante cualquier cambio en su ambiente habitual y una defecación dolorosa puede ser el comienzo de la retención fecal.

-Las pruebas diagnósticas no suelen ser necesarias y se reservan para las afecciones severas.

-Aquellos en los que la constipación se inicia desde recién nacido y los que siendo mayores no mejoran, deben ser remitidos a consulta especializada.

-Es preferible prevenir que tratar la constipación lo que puede lograrse con una adecuada dieta y hábitos defecatorios normales.

Referencias Bibliograficas

1- Smith D, Derreti S. Constipation services for children Br J Nurs 2006; 15(4): 193-5.

2- Fragoso Trini, Díaz Tamara, González JR, Llorian María Elena, Luaces E, Armas A. Algunos aspectos fisiopatológicos, de prevención y tratamiento de la constipación en la infancia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 20(5-6): 64-86.

3.- Velasco CA. Actualización sobre estreñimiento crónico funcional en niños. Colomb Med 2005; 36(4): 55-61.

4.- Loering-Baucke V. Controversies in the management of cronic constipation. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2001; 32(sup 1): 538-9.

5.- Loering-Baucke V. Funcional fecal retention with encopresis in childhood. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004; 38(1):79-84.

6.- Madrid AM, Defilippi C. ¿Existe en la constipación idiopática severa un trastorno de la motilidad intestinal? Rev Med Chile. 2006;134(2):181-186.

7.- Fleitas KC. Efeito da fibra alimentar goma-cuar parcialmente hidrolizada sobre a regeneracáo. São Paulo; 2005.

8.-Pigot F, Siproudhis L, Aliaert FA. Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specializad consultation. Gastroenterol Clin Biol. 2005; 29(12): 1270-4.

9.-Santos Junior, Monteiro JC. Prolapso da reto: aspectos clinicos e cirúrgicos. Rev Bras Colo-Protol. 2005; 25(3): 272-278.

10.- Vieira E, Neta P, Lacoomba J, Laurenca D. Contribuição da manometria ano retal na avaliação da constipação intestinal crónica. Rev Bras ColoProctol. 2005; 25(4): 348-340.

Anexos

Tabla 1

Diagnóstico diferencial entre la Enfermedad de Hirschprung y la constipación funcional.

Historia clínica	Constipación funcional	Enf. de Hirschprung
Anamnesis		
-Inicio	Más de 2 años	Al nacimiento
-Expulsión de meconio	Normal	Retardado
-Episodios obstructivos	Escasos	Frecuentes
-Cólicos	Frecuentes	Solo en crisis
-Ambiente familiar	Alterado	Normal
-Defecación	Dolorosa	No dolorosa
-Encopresis	Frecuente	Ausente
Examen físico		
-Estado general	Conservado	Deficiente
-Distensión abdominal	Infrecuente	Sí, casi siempre
-Ampolla rectal	Ocupada con heces	Vacía
Radiología	Megacolon y megarecto	Segmento estrechado, recto pequeño
Biopsia	Normal	Ausencia de células ganglionares

Tabla 2

Índice ano/genital.

Sexo	Índice	Normal	Patológico
Femenino	Vulvo-anal / ano-coxis	0.34-0.36	Menos de 0.29
Masculino	Escroto-anal / ano-coxis	0.46-0.54	Menos de 0.42