



CAPÍTULO N0.51
CONSTIPACIÓN O ESTREÑIMIENTO:
Luis Manuel Avalos Chávez DCSP

OBJETIVO TERMINAL:

Al final del capítulo el lector será capaz de establecer diagnóstico, describir los síntomas, seleccionar tratamiento y proponer pronóstico en un caso clínico real o simulado de un lactante con síntomas de constipación.

OBJETIVOS CONDUCTUALES

- 1.-Establecer el diagnóstico de constipación.
- 2.-Evaluar la sintomatología y el diagnóstico en lactantes con constipación.
- 3.-Proponer tratamiento a un niño con síntomas y signos de constipación.
- 4.-Analizar el caso clínico y proponer el pronóstico en un niño con síntomas y signos de constipación.

DEFINICIÓN:

Se define como la disminución en la frecuencia de la defecación y la consistencia dura de las heces. Otros autores la definen como un retraso en la velocidad del tránsito intestinal (defecación). Estos parámetros cambian con la edad y el tipo de dieta, por lo que se debe tener cuidado al preguntárselos a los familiares.

INTRODUCCIÓN:

La constipación o estreñimiento es una enfermedad en niños y uno de los problemas más comunes de envió del Pediatra al Cirujano o al Gastroenterólogo Pediatras, hasta el 10 al 25%. Existe información de que los síntomas de estreñimiento y encopresis se presentan hasta en el 3% de las visitas de orientación higiénica en grandes centros pediátricos de pacientes ambulatorios (1). En caso de no ser tratado adecuadamente y a tiempo, un estreñimiento funcional o transitorio se convertirá en estreñimiento crónico, por eso es importante que el médico que atiende niños y que es el primero en ser consultado, esté bien capacitado en el manejo adecuado.

El tratamiento requiere un enfoque que combine el papel de médico como diagnosticador, desmitificador y educador, farmacoterapeuta, consejero y defensor del niño así como mediador entre él y sus padres (2).

EPIDEMIOLOGIA:

La constipación o el estreñimiento se presenta hasta en el 60% de los lactantes en el primer año de la vida, al principio es funcional hasta en el 95% de los casos.

Se desconoce la incidencia verdadera pero en el Hospital General de Zona 89 del Instituto Mexicano del Seguro Social se diagnostica un niño con constipación cada 3,000 consultas de Cirugía Pediátrica aproximadamente, existe el reporte en el Hospital General de Occidente de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco publicado en el Boletín del Colegio de Pediatría de Jalisco por Gallardo-Meza A y Cárdenas-Ruiz Velazco JJ (1) de 24 niños estudiados, de los que 19 fueron del sexo masculino y 5 del sexo femenino 6:1 a favor del sexo masculino, 7 presentaron constipación funcional, 17 constipación y encopresis entre éstos en 4 hubo impacto fecal verdadero. El tiempo promedio entre el inicio de la enfermedad y el tratamiento ellos lo calculan en 3.2 años.

FACTORES DE RIESGO DE CONSTIPACION:

1.- DIETARIOS:

- a) Ingestión exagerada de leche de vaca.
- b) Ingestión deficiente de líquidos en la dieta.
- c) Presencia de desnutrición.
- d) Dieta con alto contenido de azúcares o proteínas.
- e) Dieta con poco contenido de fibra.

2.- ORGANICOS:

- a) Enfermedades que causan dificultad en el secado de las heces.
 - I) Diabetes mellitus o diabetes insípida.
 - ii) Síndrome de Fanconi.
 - lii) Hipercalcemia idiopática.
- b) Lesiones del sistema nervioso central.
 - i) Hipotonía benigna congénita.
 - ii) Hipertonía con daño cerebral

- iii) Polineuritis
- iv) Poliomielitis.
- v) Mielodistrofias.

c) Anormalidades gastrointestinales.

- I) Enfermedad de Hirschprung
- ii) Estenosis anorectal.
- lii) Masas tumorales intrínsecas o extrínsecas
- iv) Situación anterior del ano.

d) Otros.

- i) Hipotiroidismo congénito.
- ii) Síndrome de Prune Belly

3.- ASPECTOS SOCIOMEDICOS:

- i) Constipación psicógena (mal llamada así).
- ii) Llevada coercitiva al retrete.
- iii) Coerción escolar o de campo

CAUSAS DE CONSTIPACION:

1.- ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL (95%).

2.- ESTREÑIMIENTO NEUROLÓGICO (2%).

Mielomeningocele (1:1,000 recién nacidos en EUA).
Parálisis cerebral infantil (10% en el ámbito internacional).
Enfermedad de Hirschsprung (1:5,000 recién nacidos en EUA).
Hipotonía.

3.- ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A LESIONES ANOMALAS (1%)

Fisuras anales.
Localización anterior del ano.
Estenosis y atresia anal (1:8,000 RN EUA)

4.- ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A TRANSTORNOS METABOLICOS (1%).

Hipotiroidismo (1:2,500 recién nacidos aquí en México)
Acidosis tubular renal.
Diabetes insípida
Hipercalcemia.

5.- ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR FÁRMACOS (1%).

Metilfenidato
Difenilhidantoína.
Imipramina.
Fenotiacinas.
Antiácidos.
Derivados de la codeína.

DIAGNOSTICO CLINICO:

Lo más característico de la constipación en sí, es que es acompañada de dolor abdominal (10-50%) y de complicaciones como periodos de incontinencia (70%) acompañada de periodos de diarrea más impacto (40-80%), e impactación con dilatación crónica del recto e infección de vías urinarias (15%) con reflujo vesicoureteral y obstrucción intestinal. Predomina en varones 25%, edad de inicio entre 1 y 5 años de edad en el 70%, gran volumen de heces en el 75%, conducta de retención en el 40%, tratamientos previos hasta en el 90%, distensión abdominal 20%, antecedentes familiares (10-50%), fracaso de control de esfínteres (30%), todos estos síntomas en el estreñimiento crónico por retención.

Vale la pena resaltar que en caso de enfermedad de Hirschsprung se puede sospechar desde el nacimiento por excreción de meconio por más de 48 horas de vida y síndrome de suboclusión intestinal que cede con medidas conservadoras y al tacto rectal con la ampolla rectal vacía a pesar de la distensión en niños preescolares o escolares, además ocurre en 1:5,000 de recién nacidos vivos.

DIAGNOSTICO PARACLINICO:

Los estudios más importantes son una radiografía de abdomen para valorar por una parte el diagnóstico y por otra para evaluar la evolución del tratamiento en conjunto con los familiares, además nos muestra la importancia, en caso de existir se considera normal cuando el índice recto colon es mayor de 1 entre ambos. Si se sospecha enfermedad de Hirschsprung debe practicarse una sigmoidoscopia con biopsia.

PATOGENIA:

Para efectuar la defecación es necesario un recto y un músculo puborectal normales al igual que los esfínteres interno y externo con una buena inervación desde estas estructuras hasta el sistema nervioso autónomo que también las inerva, el recto no guarda las materias fecales pero sí inicia el proceso de la defecación, mediante un impulso nervioso que inicia en el sigmoide y termina en el esfínter interno del recto relajándolo, si no es posible defecar se contrae el esfínter externo sin dejar salir el excremento, este esfínter es asistido por el músculo puborectal angulando el canal rectal y si es sostenido el esfínter interno disminuye y la urgencia de defecar desaparece.

En los niños cuando se desarrolló constipación también aparece incomodidad o dolor en la defecación. La causa más común de incomodidad o dolor es por una fisura anal resultante del uso posterior de termómetros, enemas o supositorios introducidos para defecar cuando las heces son duras.

La encopresis es la forma más grave de la constipación y se presenta cuando esta es crónica o por problemas psicológicos entre los familiares y el niño en cuestión.

TRATAMIENTO:

1.- Primero descartar causas orgánicas, a continuación

2.- Explicar la fisiopatología al paciente y a sus familiares.

- i) Cómo se forman y cómo hacer salir las heces.
- ii) Explicar cuál es el mecanismo de la constipación
- iii) Explicar los tres pasos que se necesitan para corregir la constipación.
- iv) Equipo de salud, familiares y paciente debe guardar una actitud de alcanzar la salud.

- v) Si logra defecar diario debe seguir con este hábito.

3.- Fase de limpieza del recto y colon.

- i) Enemas de fosfato hipertónico a 30 mililitros por kilogramo por día en lactantes menores, en niños de más de 20 Kg de peso 135 ml igual que un adulto (dos enemas para limpiar colon) .
- ii) Agregar a la dieta jugo de naranja y otros líquidos al gusto del paciente.
- iii) Agregar a la dieta alimentos con residuo (frutas, verduras, cereales con salvado y pan de trigo).
- iv) Posteriormente utilizar leche de magnesia de Phyllis 1-3 ml/kg en la noche o Psilum plántago.

4.- En resumen como lo señalan Gallardo-Meza A y Cárdenas-Ruiz Velazco JJ, los niños con constipación requieren:

- i) Enemas evacuantes. Uno diario si manchan el calzón diario, si lo hacen cada 3 días, enemas por 15 días, si lo manchan un día si y dos no, enemas de una semana a 15 días y si lo manchan cada semana, enemas 10 días con 30 ml x Kg de fosfato hipertónico (mejora el 85% de causa funcional).
- ii) Dieta con fibra basada en frutas, verduras y cereales.
- iii) Abundantes líquidos entre alimentos.
- iv) Educación para defecar, si se cumplen estos pasos durante 7 días, se nota mejoría en los pacientes.

PREVENCIÓN:

Los siguientes consejos en los incisos llevados a cabo son la base en la prevención de la constipación infantil, de preferencia antes de que sucedan o causen problemas deben ser informados a los padres:

- i) Orientación a la familia sobre una ablactación adecuada y a tiempo.
- ii) Información sobre modelos normales de defecación ya que persisten hasta en la ancianidad.
- iv) Diferenciar entre el esfuerzo que interviene en la defecación de conductas de "evitación" de la misma.
- iv) Detectar mediante una guía anticipada el momento en que el niño desea defecar.
- v) Dieta completa, variada y con residuo, por edad.
- vi) Informar que el control de los esfínteres se logra en promedio a los 3 años pero varía entre los 2 y los 6 años de edad.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Hatch TF: Encopresis y estreñimiento en niños. Clin Ped North Am 1988;2:281-308.
- 2.-Gallardo-Meza A y Cárdenas-Ruiz Velazco JJ: Manejo médico del paciente pediátrico con constipación y/o encopresis. Bol Col Ped Jal 1989:6-8.
- 3.-Levine MD: Encopresis. Its potentiation , evaluation, and alleviation. Clin Ped North Am 1982;29:315-330.
- 4.-van der Plas RN; Benninga MA; Taminiou JA; Büller HA: Treatment of defaecation problems in children: the role of education, demystification and toilet training. Eur J Pediatr, 1997 Sep, 156:9, 689-92
- 5.-Davidson M, Kugler MM, Bauer CH. Diagnosis and management in children with severe and protracted constipation and obstipation. J Pediatr 1963;62:261.
- 6.-Borowitz SM; Sutphen J; Ling W; Cox DJ: Lack of correlation of anorectal manometry with symptoms of chronic childhood constipation and encopresis. Dis Colon Rectum, 1996 Apr, 39:4, 400-5
- 7.-Lemoh JN, Brooke OG. Frequency and weight of normal stools in infancy. Arch Dis Child 1979;54:719.
- 8.-Langer JC; Birnbaum E : Preliminary experience with intrasphincteric botulinum toxin for persistent constipation after pull-through for Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg 1997;32:1059-61.
- 9.-Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. Gastroenterology 1993;105:1557.
- 10.-Loening Baucke V: Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with Treatment of chronic constipation of childhood [see comments]. Paediatrics, 1997;100:2 1, 228- 232
- 11.-Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. Pediatrics 1997;100:228.
- 12.-Tolia V; Lin CH; Elitsur Y : A prospective randomized study with mineral oil and oral lavage solution for treatment of faecal impaction in children. Aliment Pharmacol Ther, 1993; 7:5,523-9
- 13.-Silverberg M. Constipation in infants and children. Paed Gastroenterology 1987;11:43.
- 14.-Taubman B :Toilet training and toileting refusal for stool only: a prospective study. Pediatrics, 1997Jan 99:1, 54-8
- 15.-Ure BM; Holschneider AM; Schulten D et al: Intestinal transit time in children with intestinal neuronal malformations mimicking Hirschsprung's disease. Eur J Pediatr Surg, 1999; 9:2, 91-95
- 16.-Nurko S; Garcia Aranda JA; Guerrero VY; Worona LB : Treatment of intractable constipation in Children: experience with cisapride [see comments]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 1996; 22:1, 38-44
- 15.-Rappaport LA, Levine MD: The prevention of constipation and encopresis. A developmental model and approach. Clin Ped North am 1986; 33:281-907-918.