

Estreñimiento funcional en Pediatría: Revisión bibliográfica. Functional constipation in Pediatrics: Bibliographic review.

Thania Hernández Quirós¹, Allison Villachica Madriz².

1y 2 Licenciatura en Medicina y Cirugía Caja costarricense de seguro social, Cartago Costa Rica.

Contactos: taniahq94@gmail.com allivm06@gmail.com

RESUMEN

El estreñimiento es un problema común que se ve a lo largo de la infancia. Las intervenciones tempranas son importantes para evitar las complicaciones y realizar el manejo oportuno.

El diagnóstico se realiza por medio de los criterios de Roma IV y su manejo dependerá de la causa subyacente.

La introducción de alimentos sólidos, el entrenamiento de control de esfínteres y la entrada a la escuela, se mencionan entre los principales desencadenantes del estreñimiento funcional en la edad pediátrica.

Los lactantes con estreñimiento grave o recurrente y especialmente aquellos con síntomas desde el nacimiento, deben ser evaluados cuidadosamente por posibles causas orgánicas, incluyendo la enfermedad de Hirschsprung, anomalías anorrectales y fibrosis quística. La disquezia infantil es una causa común de síntomas similares al estreñimiento en bebés pequeños.

Las terapias tradicionales no farmacológicas incluyen los cambios en la dieta, específicamente el aumento del consumo de fibra.

Se requiere medicación para garantizar que las deposiciones blandas diarias sean indoloras y se vacíe por completo el colon rectosigmoide.

Para cumplir con el plan de tratamiento, los padres deben comprender las causas de la constipación funcional.

Palabras Clave: (estreñimiento, disquezia, funcional, anomalías anorrectales, esfínteres)

Cómo citar:

Hernández Quirós, T., & Villachica Madriz, A. Estreñimiento funcional en pediatría. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 5(5), Pág. 77-84. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.340>

Recibido: 04/jun/2021

Aceptado: 22/ago/2021

Publicado: 18/oct/2021



ABSTRACT

Constipation is a common problem seen throughout childhood. Early interventions are important to avoid complications and carry out timely management.

Diagnosis is made using the Rome IV criteria, and its management will depend on the underlying cause.

The introduction of solid foods, toilet training and school entry are mentioned among the main triggers of functional constipation in children.

Infants with severe or recurrent constipation, and especially those with symptoms from birth, should be carefully evaluated for possible organic causes, including Hirschsprung's disease, anorectal abnormalities, and cystic fibrosis. Infant dyschezia is a common cause of constipation-like symptoms in young babies.

Traditional nonpharmacologic therapies include diet changes, specifically increasing fiber in diet.

Medication is required to ensure that daily soft bowel movements are painless and completely emptied from rectosigmoid colon.

To be compliant with the treatment plan, the parents need to understand causes of functional constipation.

Keywords: constipation, dyschezia, functional, anorectal abnormalities, sphincters.

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia, siendo el estreñimiento funcional la forma más común de presentación, con una prevalencia de hasta un 95% del total de pacientes con ese diagnóstico (1). Corresponde a un trastorno en el que un niño presenta deposiciones poco frecuentes (dos o menos por semana), con defecación dolorosa o heces duras y de gran calibre que pueden requerir tensión excesiva (2).

El estreñimiento funcional describe una defecación persistentemente difícil, poco frecuente o aparentemente incompleta sin evidencia de una causa anatómica o neurológica primaria.

El estreñimiento afecta entre el 10% y el 30% de los niños y representa aproximadamente entre el 3% y el 5% de todas las visitas a pediatras.

El médico también tiene un papel importante en la identificación de la pequeña fracción de niños con causas orgánicas de estreñimiento. Las causas orgánicas del estreñimiento son más probables entre los bebés pequeños y entre los bebés y niños que presentan características atípicas o "signos de alarma" (1).

El objetivo de esta revisión es tener una herramienta práctica para la valoración de pacientes con estreñimiento sobre todo de causa funcional que es el tema en el que se centrará esta revisión. Esto con la finalidad de dar un manejo oportuno no solo farmacológico, sino además brindar las herramientas a los padres necesarias para manejar la patología de forma integral e individualizada (3).

MÉTODO

La presente revisión representa la literatura más relevante en cuanto constipación en la edad pediátrica. Para el mismo se realizó una selección de artículos, consultados en bases de datos, como Uptodate, Scielo, Science Direct, Clinical Key, así como manejos de la AAP y el NELSON, Tratado de Pediatría en su edición 21.

Los métodos de busca se establecieron a través de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social, se excluyeron de la revisión artículos que tuvieran más de 5 años de antigüedad.

Para la búsqueda se utilizaron palabras claves como: constipación, estreñimiento, defecación, patrón defecatorio y defecación dolorosa. Se utilizó además literatura con información científica en idioma inglés y español.

La literatura utilizada para la elaboración del presente artículo incluye introducción, epidemiología, patogenia, presentación clínica, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

Desarrollo del estreñimiento

El estreñimiento funcional corresponde a la causa más frecuente en los niños, se calcula una cifra alrededor del 95% de los casos en mayores de 1 año de edad y de los niños en edad preescolar.

Es importante tener muy en claro que existen también causas orgánicas, por lo que se debe especial atención a la historia clínica del paciente para que se logre identificar la causa. Sabiendo esto, el objetivo de la evaluación en un niño con estreñimiento crónico será distinguir las causas funcionales de las causas orgánicas (1).

El estreñimiento funcional describe una defecación que de forma persistente es difícil, incompleta y dolorosa, donde no existe evidencia de una causa anatómica o bioquímica primaria.

Existen criterios creados para el diagnóstico llamados criterios de Roma IV donde se describen 6 criterios y se deberán cumplir al menos dos de estos para hacer el diagnóstico. Estos criterios son el resultado de un consenso de expertos para definir el estreñimiento en particular desde la óptica de los ensayos terapéuticos (2).

Los síntomas que sugieren estreñimiento en niños incluyen evacuaciones infrecuentes, duras y dificultosas, en algunas ocasiones de diámetros grandes e incontinencia fecal (1).

El pico de presentación es en la edad preescolar, sin embargo, cuando se inicia el aprendizaje del control de esfínteres, también es bastante frecuente.

Su fisiopatología no es clara, aunque probablemente sea debido a causas multifactoriales que se detallarán más adelante (2).

Si se realiza el diagnóstico de estreñimiento, el siguiente paso será iniciar un tratamiento apropiado para la edad del paciente, con base en su cronicidad. En la práctica clínica será importante realizar la distinción de los pacientes con estreñimiento reciente y de los pacientes con estreñimiento crónico o de larga data > 3 meses (2).

Estreñimiento funcional

Es el responsable de más del 95% de las causas de estreñimiento en niños sanos (1).

Se define como la presencia de al menos 2 de los 6 criterios que describen la frecuencia, dureza y el tamaño de las heces, la incontinencia fecal o la retención voluntaria de las heces (1).

Los síntomas deben presentarse por al menos un mes en infantes o niños pequeños y al menos dos meses en niños mayores (1).

Es importante recalcar que este diagnóstico amerita la exclusión de causas orgánicas por lo que hay que valorar los posibles signos y síntomas de alarma para realizar un adecuado diagnóstico (1).

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología generalmente se relaciona a comportamientos retentivos, provocados por deposiciones dolorosas. La retención o la evitación también pueden ocurrir con asociaciones o sensaciones desagradables

con las deposiciones.

Otra de las causas fisiopatológicas que se describen es debido al enlentecimiento del tránsito a lo largo del marco colónico, a una disfunción que altera la evacuación rectal o a ambos mecanismos a la vez.

Los trastornos de la progresión a nivel del colon se ligan a una reducción de la actividad motora o paradójicamente a una hiperactividad motora.

La hipomotricidad se caracteriza por una disminución de la amplitud y de la frecuencia de las contracciones cólicas.

Otras de las causas que influyen en el enlentecimiento del tránsito son la falta de actividad física, déficit de fibras en la dieta, así como un aporte hídrico insuficiente.

Recientemente se cuestiona la importancia del microbiota intestinal que favorece un incremento de la metanogénesis y anomalías del metabolismo endoluminal de los ácidos biliares.

Existen otros trastornos que se han visto implicados en los trastornos de la evacuación rectal como lo es la disfunción de los esfínteres del ano, los trastornos de la estática pélvica posterior o una alteración de la necesidad defecatoria por hiposensibilidad rectal.

Las disfunciones esfinterianas o la disinergia anorrectal, que corresponde a la contracción paradójica del esfínter estriado del ano durante los esfuerzos defecatorios provocan también un obstáculo para la defecación.

Signos y síntomas agudos (1)

- Paso retrasado del meconio > 48 horas de vida
- Fiebre, vómito, o diarrea en los infantes pequeños, especialmente si hay historia de constipación o factores de riesgo para enfermedad de Hirschsprung
- Sangrado rectal no atribuible a fisura anal
- Distensión abdominal severa

Signos y síntomas crónicos (1)

- Constipación presente al nacimiento o en la infancia temprana
- Incontinencia urinaria o patologías de la vejiga urinaria
- Pérdida de peso o pobre ganancia de peso
- Retraso en el crecimiento
- Síntomas extraintestinales (especialmente déficit neurológico)
- Hallazgos físicos que sugieren un posible trastorno anorrectal
- Anomalías congénitas o síndromes asociados con la enfermedad de Hirschsprung
- Historia familiar de enfermedad de Hirschsprung

EVALUACIÓN

Los niños con estreñimiento pueden no presentar un cambio que se haga notorio en la frecuencia o consistencia de las heces. Generalmente se buscará atención médica con la historia de dolor abdominal, disminución del apetito, síntomas o disfunción urinaria, así como vómitos.

Es común que los padres desconozcan el patrón defecatorio de sus hijos y la descripción subjetiva puede no ser confiable en los niños menores de los 8 años de edad.

La escala de Bristol es una herramienta basada en la evidencia, útil para usar con los niños y sus padres para determinar con precisión la consistencia de las heces del niño.

Una historia clínica y un examen físico son herramientas diagnósticas en los cuadros de estreñimiento funcional.

Cuando se está evaluando a un niño con estreñimiento funcional, las recomendaciones actuales basadas en la evidencia no apoyan el examen digital anorrectal, a menos que haya algún criterio de ROMA IV o que el estreñimiento funcional sea incierto, que el menor presente signos o síntomas de alarma, o haya estreñimiento intratable (4).

Sin embargo, en casos donde se necesite identificar una causa orgánica, se decide realizar el examen digital anorrectal para buscar la presencia de sangre, tumor palpable, estenosis rectal o dolor anal localizado. Asimismo, el tacto permite detectar heces y su consistencia en el ámpula rectal, valorar el tono esfinteriano y la relajación de los músculos del piso pélvico durante el esfuerzo (2).

DIAGNÓSTICO

El abordaje diagnóstico de un paciente con estreñimiento debe comenzar con definir si se trata de un caso de estreñimiento funcional, el cual es la causa más frecuente en niños, o si se trata de más un estreñimiento secundario a una patología orgánica de fondo (5).

El primer paso será una historia clínica detallada donde se incluyan datos fundamentales tales como: momento de eliminación del meconio al nacer, período que recibió lactancia materna, si es que lo hizo, tipo de alimentación que recibe el niño, incluyendo contenido de fibra, tiempo de evolución del trastorno, el patrón de las evacuaciones (frecuencia, consistencia y tamaño), en este punto se puede utilizar la escala de heces de Bristol para una caracterización más objetiva. Tabla 1 (5) (6).

Tabla 1. Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida

Tabla 1. Escala de Bristol (6)

Además, es básico interrogar por la presencia de sangre en el inodoro o papel de baño, presencia de proctalgia, manchado de ropa interior, edad en la que el niño comenzó a controlar esfínteres y cómo fue esa experiencia, si el niño consume algún medicamento como codeína, diuréticos, imipramina o antiácidos, si en el hogar o en el centro educativo existe alguna situación o conflicto emocional que pudiera involucrar un componente al trastorno (6) (7).

La segunda parte del abordaje diagnóstico será efectuar un examen físico detallado. El mismo debe incluir elementos básicos como peso, talla del menor, se debe examinar minuciosamente el abdomen, palpar en busca de visceromegalias o fecalomas, también se debe inspeccionar región lumbosacra con el fin de detectar posibles malformaciones tales como zonas pilosas, fosita pilonidal, entre otras; que pudieran orientar hacia algún defecto de cierre del tubo neural. La exploración de región perianal en busca de fisuras y hemorroides también aporta información útil en el diagnóstico (5) (6) (7).

En muchas ocasiones, la presentación del estreñimiento presenta cuadros de dolor abdominal tipo cólicos que incluso pueden llegar a ser tan severos que ameriten una consulta al servicio de emergencias. En una serie de 83 pacientes en los Estados Unidos que acudieron a un servicio de urgencias por dolor abdominal, el 83% de ellos presentaba un cuadro de estreñimiento agudo o crónico no diagnosticado (8).

Finalmente, los demás estudios diagnósticos complementarios tales como biopsia rectal, manometría anorrectal, enema de bario, resonancia magnética de columna vertebral, se reservan en aquellos casos refractarios al tratamiento médico o cuando se sospeche de la existencia de alguna patología orgánica como causa del trastorno (5) (6) (7).

Tratamiento

El tratamiento del estreñimiento funcional abarca varias líneas con el fin de darle un manejo integral al trastorno. Uno de los puntos principales en el manejo del estreñimiento es la educación tanto del paciente como de los padres. Es importante, en la medida de lo posible que el niño pueda comprender, explicarle de manera sencilla el mecanismo fisiológico de la defecación con el fin de que pueda entender que el proceso de la defecación es algo normal y que no debe avergonzarse (9).

Como parte del entrenamiento inicial, una vez que el niño comprenda que el mecanismo de la incontinencia fecal es involuntario, será trabajar en la modificación del comportamiento, esto incluye sentarlos en el baño por al menos 10 minutos después de cada tiempo de comida, con el fin de aprovechar el reflejo gastrocólico. Este proceso requiere paciencia y que los padres comprendan que el avance será gradual y que en ocasiones habrá retrocesos (9) (10).

La Academia América de Pediatría aconseja que el entrenamiento del baño se inicia solamente cuando el niño esté listo y no antes, ya que el proceso podría resultar traumatizante para el menor. El menor debe ser capaz de caminar por sus propios medios hasta el baño o poder comunicar adecuadamente que tiene deseos de ir al baño, poder bajarse y subirse su ropa sin ayuda, lograr permanecer bien sentado en el sanitario. Es importante establecer un horario determinado para las evacuaciones y entablar un reforzamiento positivo por cada eliminación exitosa (10) (11).

Muchos niños comienzan a manifestar episodios de estreñimiento al entrar a clases, esto porque se rehúsan a utilizar el baño de la escuela porque lo consideran muy público o no se sienten cómodos defecando en otro sitio que no sea su hogar, esto contribuye a conductas retentivas que poco a poco llevan a acumulación de heces y finalmente a que desarrollen estreñimiento (12).

Otro aspecto fundamental en el tratamiento del estreñimiento funcional es la dieta. Se debe hacer énfasis en incrementar tanto la cantidad de líquido ingerido, así como la cantidad y la calidad de la fibra en los alimentos. El bajo consumo de dichos alimentos son factores de riesgo para el estreñimiento, por lo tanto: la recomendación es aumentar poco a poco su ingesta hasta niveles óptimos de acuerdo con la edad del niño. Para calcular el consumo diario apropiado de líquido, se puede utilizar como base la fórmula de Holliday-

Segar. La Academia Americana de Pediatría aconseja un consumo diario de fibra equivalente a la edad del niño más 5-10 gramos para mayores de 2 años hasta un máximo de 25-30 gramos (9) (13) (10).

Para los niños menores de 2 años, el aporte de fibra extra aún no se ha definido; se utiliza la fibra en alimentos como frutas, verduras y cereales de preferencia integrales, con consumo diario para ellos.

Como complemento de la dieta, los niños deben realizar actividad física de manera regular con una duración mínima de 60 minutos (13) (14).

El tratamiento farmacológico para efectos prácticos se puede dividir en una primera parte de desimpactación y una segunda parte de mantenimiento. La etapa de la desimpactación tiene como objetivo evacuar las heces impactadas en el ámpula rectal sin causar dolor, puede tardar 2-3 días y puede realizarse tanto por vía oral utilizando agentes como el polietilenglicol en dosis de 1-1.5 g/kg/día, como rectal empleando soluciones salinas o jabonosas, y en la comodidad del hogar (10) (15).

Para la fase de mantenimiento, existen varios laxantes que se pueden utilizar tales como: polietilenglicol, lactulosa, leche magnesiana, laxantes estimulantes como el bisacodilo. Las dosis de los mismos deben calcularse con base en la edad y peso corporal del menor. El polietilenglicol ha demostrado tener más beneficios que la lactulosa en cuanto a los movimientos intestinales y además es mejor tolerado que la leche magnesiana (10).

Las dosis de estos laxantes de administración diaria se deben ir ajustando hasta que sean capaces de inducir de 1-2 deposiciones blandas al día con el fin de lograr una evacuación intestinal completa. Una vez que el menor logre un patrón defecatorio aceptable, se debe continuar el tratamiento por la menos 2-3 meses más y se debe intentar en la medida de lo posible no suspender el tratamiento de inmediato para no generar un efecto rebote (15) (14).

La desimpactación manual no se aconseja y no se ha demostrado ningún beneficio adicional con la implementación de enemas diarios. Cuando nos enfrentemos a casos de estreñimiento refractario al tratamiento, se deben descartar primeramente las causas más obvias como uso de dosis subóptimas de los agentes farmacológicos o falta de adherencia al tratamiento por parte del menor, una vez descartadas entran en juego otras variantes como lo es la posible asociación entre casos de alergia a la proteína de la leche de la vaca/intolerancia a la lactosa; en estos pacientes se ha visto que la eliminación de lácteos en la dieta ha contribuido en una mejora de su patrón defecatorio (10) (16).

CONCLUSIONES

El estreñimiento funcional en pediatría es más común de lo que se cree y puede afectar a niños de cualquier edad. Es un desorden que muchas veces pasa desapercibido por los padres, por lo que un diagnóstico temprano es fundamental para evitar complicaciones.

Necesita un abordaje integral que involucre un compromiso por parte de los padres del menor para garantizar una adecuada adherencia al tratamiento y así ofrecerle una mejor calidad de vida al niño conforme crece y pasa por las diferentes etapas de su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. R sood M. Constipation in infants and children: Evaluation. UpToDate. 2021 March.
2. Ndjitoyp Ndam, Melchior, Ducrotté P. Estreñimiento. Clinical Key. 2018 septiembre; 22(3).
3. R Sood. Functional Constipation in infants, children, and adolescents: Clinical features and diagnosis. UpToDate. 2020 November.
4. Philichi. Management of Childhood Functional Constipation. Journal of Pediatric Health Care. 2018 January/February; 32(1).

5. Remes Troche JM, Chávez Barrera JA, González Ortiz, Heller Rouassant S, Montijo Barrios E, Velasco Lavín MdR, et al. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Evaluación y tratamiento del estreñimiento en población pediátrica. *Revista de Gastroenterología De México*. 2011; 76(2).
6. Bigliardi R, Zubiri CE, Ditaranto, Quinteros, Depretris L, Cueto Rúa, et al. Estreñimiento funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento. *Sociedad Argetina de Pediatría*. 2021; 119(1).
7. Worona Dibner. Constipación funcional en niños. *Revista de Gastroenterología De México*. 2010; 75(2).
8. Neuman MI. Causes of acute abdominal pain in children and adolescents. *UpToDate*. 2019 Agosto.
9. Casias A, Newton L. Functional Constipation: A case Report. *Journal of Pediatric Health Care*. 2020 January/February; 35(1).
10. De la Torre Mondragón, Hernández Vez. Estreñimiento funcional en pediatría. *Acta Pediátrica de México*. 2014 septiembre-Octubre; 35(5).
11. Turner TL. Toilet training. *UpToDate*. 2021 marzo.
12. R Sood M. Patient education: Constipation in infants and children (beyond the basics). *UpToDate*. 2020 enero.
13. Vandenplas Y, Devreker T. Functional Constipation in Children. *Jornal de Pediatria*. 2019 January/February; 95(1).
14. Sánchez Ruiz F, Gilbert JJ, Bedate Calderón P, Espín Jaime. Estreñimiento y encopresis. *Asociación Española de Pediatría*. 2010; Segunda edición.
15. Avelar-Rodríguez, Toro Monjaraz EM, Ramírez Mayans J. Constipación funcional en pediatría: Criterios de Roma IV, diagnóstico y tratamiento. *Acta Pediátrica de México*. 2018 enero; 39(1).
16. Jarvinen-Seppo KM. Milk allergy: Clinical features and diagnosis. *UpToDate*. 2021 marzo.