

PRESENTACION INUSUAL DEL ESTREÑIMIENTO

Nery Eduardo Solis ¹

RESUMEN

En este artículo, se enfocan los síntomas poco comunes y las manifestaciones menos frecuentes del estreñimiento crónico funcional en niños. Si bien los síntomas a los que se hacen referencia se encuentran descritos en la literatura actual, se desea destacar la importancia de estos casos que son un escaso porcentaje en la consulta del médico de familia y del pediatra, pero que pueden constituir un porcentaje elevado dentro de los niños con estreñimiento del gastroenterólogo pediatra si se diagnostican adecuadamente, llegando a conformar del 25% a 30%, de la consulta del gastroenterólogo, y puede constituir hasta el 50% o más del total de los niños con estreñimiento.

Palabras clave: Manifestaciones clínicas inusuales, Estreñimiento crónico funcional, Niños

INTRODUCCION

La definición del estreñimiento, es variable de acuerdo a la literatura consultada, y puede ser desde deposiciones duras y grandes, o disminución en la frecuencia de las deposiciones^{1,2}. En la actualidad el concepto y los criterios diagnósticos se basan en los criterios de Roma III³ y se dictan para menores y mayores de 4 años de edad. Siendo las diferencias en ambos grupos la edad, pues se considera que a una edad neurológica o cronológica de 4 años el paciente se encuentra capacitado para utilizar el inodoro; y en ambos grupos debe de incluir un mes con al menos dos de los siguientes: 1) Dos o menos

SUMMARY

In this paper, we focus on the symptoms, rare and less common manifestations of chronic functional constipation in children. Although the symptoms to which they refer are described in the literature, it would underline the importance of these cases are a small percentage of the doctor's family and pediatrician, but that may constitute a high percentage within of children with constipation pediatric gastroenterologist if diagnosed properly, leading to form 25% to 30%, of consulting gastroenterologist, and may constitute up to 50% or more of all children with constipation.

Key words: Unusual clinical manifestations, Functional chronic constipation, Children

deposiciones por semana en pañal o baño de acuerdo a la edad; 2) Al menos un episodio semanal de incontinencia después de aprender a ir al baño; 3) Historia de retención excesiva de heces; 4) Historia de deposiciones dolorosas y duras; 5) Presencia de una gran masa fecal en el recto; y 6) Historial de heces de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro.

EPIDEMIOLOGÍA

El 40% de los niños con estreñimiento funcional desarrolla los síntomas dentro del primer año de vida; y en el 16% de los niños de 22 meses de edad. Las deposiciones duras se presentan en 90% y deposiciones dolorosas se presentan en 70% y estos síntomas se presentan antes del rechazo a evacuar en el sanitario durante su entrenamiento⁴. En la población general la incidencia va desde un 0.7% hasta 29.5%⁵, en la consulta de pediatría ocupa el 3% y en la consulta de gastroenterología llega a ser hasta de 25%-30%; en el Hospital Materno Infantil de León Guanahuato en México; se registra en el 33% de las

1 MD. Pediatra. Gastroenterólogo y Nutriólogo. Hospital Materno Infantil de León Guanahuato, México

Recibido para publicación: enero 15, 2010

Aceptado para publicación: abril 1, 2010

consultas de Gastroenterología. La mayor incidencia se produce en el momento de la formación de los hábitos de ir al baño entre los 2 y 4 años de edad⁶. La mayoría de los niños con estreñimiento no tienen una enfermedad orgánica responsable de los síntomas; los criterios de Roma III fusionan las categorías «estreñimiento funcional» y «retención fecal funcional» para dar solo la categoría de estreñimiento funcional; siendo esta la causa más común de estreñimiento e incontinencia fecal en la infancia; y se manifiesta por deposiciones dolorosas con retención voluntaria de las heces; en un intento de tratar de evitar la defecación desagradable lo que conduce a una estasis fecal prolongada, endurecimiento de las heces y la formación de un círculo vicioso⁷. La incontinencia fecal es el paso de las heces en la ropa interior en lugares socialmente inapropiados en un niño de edad neurológica de al menos 4 años⁸⁻¹⁰. El término encopresis es un término psiquiátrico en el que se pone en riesgo el carácter funcional del estreñimiento, que en realidad tiene su origen en un aprendizaje inadecuado de ir al baño⁸ o en el padecimiento crónico sin tratamiento. En general un episodio agudo precede al curso crónico del estreñimiento, y los episodios agudos se pueden presentar en los cambios de la dieta; por ejemplo, de leche humana a leche de vaca; situaciones inapropiadas como el inicio temprano en el entrenamiento para usar el baño que es un factor que propicia la retención fecal y estreñimiento posterior¹¹.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La presentación clínica es diversa y la fisiopatología multifactorial (Tabla 1).

Los signos y síntomas pueden ser desde signos vagos como intervalos prolongados entre deposiciones hasta dolor abdominal, distensión abdominal, meteorismo, flatulencias excesivas, sangre en las deposiciones¹², además pueden incluir irritabilidad, saciedad temprana, disminución del apetito, los cuales desaparecen inmediatamente después de pasar un gran bolo de materia fecal³. Existen síntomas menos frecuentes que se pueden presentar de manera aislada en conjunto con distintas combinaciones y que se asocian directamente o

Tabla 1
Signos y síntomas de niños con estreñimiento crónico
Intervalos prolongados en las deposiciones
Dolor Abdominal
Deposiciones duras o gruesas
Distensión abdominal
Meteorismo
Sangre en las deposiciones
Impactación fecal
Masa abdominal palpable
Menor frecuencia
Encopresis o incontinencia fecal
Saciedad temprana
Disminución del apetito
Anorexia
Irritabilidad
Infección de vías urinarias
Enuresis
Fiebre
Vómito
Retención de heces
Hemorroides

parcialmente al estreñimiento; algunos padres acuden al servicio de urgencias por irritabilidad, llanto persistente asociado a disminución en la frecuencia del paso de las heces, o por hiporexia, saciedad temprana, vómito, fiebre o febrícula; en algunos casos acuden o son diagnosticados en urgencias con infección de vías urinarias, o sintomatología asociada como descarga vaginal y llama la atención esta forma de presentación por la forma aislada de los síntomas, en casos aun más escasos se presentan a consulta o se encuentran clasificados en consultas de medicina familiar o pediatría como pacientes enureticos sin afección orgánica, aun más, bajo tratamiento médico para enuresis. Otros síntomas aislados son la retención de heces detectado por los padres en un paciente que se sabe o no estreñado y la encopresis o fuga y que es enviado por incontinencia, cuando debutan con encopresis generalmente los padres asumen que se trata de un rechazo a utilizar el sanitario, o bien se corre el riesgo de que el paciente sea diagnosticado o clasificado bajo una enfermedad psiquiátrica o neurológica, al asociarse el síntoma con defecaciones en lugares socialmente no aceptados, las hemorroides asociadas a estreñimiento en la infancia son raras como manifestación aislada de estreñimiento^{13,14}.

Este escrito, se enfoca en síntomas poco comunes y en las manifestaciones menos frecuentes del estreñimiento. Si bien los síntomas a los que hacemos referencia se encuentran descritos en la literatura actual, queremos destacar la importancia de estos casos que son un escaso porcentaje en la consulta del médico de familia y del pediatra, pero que puede constituir un porcentaje elevado dentro de los estreñidos del gastroenterólogo pediatra si se diagnostican adecuadamente, llegando a conformar del 25% a 30%, de la consulta del gastroenterólogo, y puede constituir hasta el 50% o más del total de los pacientes estreñidos. En el Hospital Materno Infantil de León el estreñimiento ocupa el 33% de la consulta de gastroenterología, como es de esperarse la mayor parte de los pacientes que acuden para atención de este se manifiestan con la sintomatología habitual o más frecuente como el paso de heces retardadas, heces duras gruesas que tapan el inodoro, deposiciones dolorosas y pujo excesivo asociado al momento de evacuar y sangrado al evacuar. Se han detectado pacientes estreñidos que acuden al servicio de urgencias pediátricas o referidos a la consulta de gastroenterología por otros síntomas que sabemos están asociados al estreñimiento, como: vómito, fiebre, febrícula, hiporexia, plenitud temprana, encopresis o incontinencia, retención de heces, infección de vías urinarias asociadas a descarga vaginal, infecciones de vías urinarias, y enuresis; y que también pueden asociarse con enfermedades orgánicas.

El 30% de nuestros pacientes estreñidos ha tenido una presentación inusual, los cuales hemos dividido en 2 grupos: 1) los que acuden a solicitar consulta en el servicio de urgencias y 2) los pacientes referidos o captados en la consulta de gastroenterología enviados bajo otro diagnóstico como valoración multidisciplinaria de la enuresis (diagnóstico diferencial), hiporexia (el niño no quiere comer), infecciones urinarias de repetición asociadas a descarga vaginal (con manifestaciones radiológicas de gran contenido fecal y padres que refieren deposiciones normales o habituales), y hemorroides. De los pacientes que se diagnosticaron con síntomas poco usuales solo 3 (16%) de 18 se encontraron con datos de Impactación fecal y se aplicó enema

evacuante en los 3 como medida inicial en el manejo del estreñimiento, del mismo modo al interrogar a los familiares acerca de los hábitos y frecuencia intestinal de sus hijos los consideran como de características normales, y/o habituales. Los padres atribuyen estas respuestas (de estreñimiento) a que prácticamente toda su vida el paciente ha cursado con las mismas características en las heces y el patrón evacuatorio a pesar de que esto no sea lo común en la familia. El diagnóstico de estreñimiento conforma el 30% (33 pacientes) de la consulta de gastroenterología, de estos: 11 casos (34%) se clasificaron como estreñidos de presentación inusual y se pueden dividir en 2 grupos: 1) 6 pacientes (55%) que acudieron al servicio de urgencias con síntomas no asociados al estreñimiento o referidos por otro diagnóstico y el grupo 2) 5 pacientes (45%) captados o enviados a la consulta externa de gastroenterología como refractarios al tratamiento, o con sintomatología asociada poco habitual o con diagnóstico de otras enfermedades. Tabla 2 (grupo de presentación inusual).

La edad promedio de los pacientes fue de 52 meses teniendo pacientes desde el mes de edad hasta los 10 años de edad, 7 hombres (64%) y 4 mujeres (36%), el 100% de estos pacientes actualmente se encuentran asintomáticos, la hiporexia (36%) fue el síntoma más frecuente, con una edad promedio de 61 meses y varones en los 4 casos, un solo paciente ha tenido recaída pues suspendió transitoriamente el tratamiento, ha recibido 2 enemas como medida de abordaje y reinició del tratamiento, el paciente con retención de heces, se encuentra sin síntomas aun con tratamiento farmacológico, psicológico y aun no completa su entrenamiento en la utilización correcta del sanitario. Presentamos los casos de estos pacientes con manifestaciones inusuales de la sintomatología del estreñimiento, con síntomas que se pueden asociar a enfermedades orgánicas no relacionadas con el estreñimiento, éstos representan una parte menor del total de los estreñidos, sin embargo, es importante mantener en la mente del pediatra, del médico de familia y del gastroenterólogo pediatra estos síntomas, no debemos de perder de vista el hecho de que también se pueden asociar estos signos y síntomas al estreñimiento, y que es nuestra obligación descartar

Tabla 2. Características de niños con presentación inusual de estreñimiento crónico funcional						
Signo o síntoma	Edad	Sexo	Grupo	Referido por:	Motivo	Tratamiento actual
Irritabilidad	1m	Masculino	Urgencias	Papas		Glicerina y lactulosa
Retención de heces	3a	Femenino	Urgencias	Pediatría externo a urgencias	Refractaria 30 médicos	Leche de Magnesia y PEG
Infección de vías urinarias y descarga vaginal	3a	Femenino	Consulta	Pediatra	Masa palpable	Enemas (1) Lactulosa
Febrícula, hiporexia y vómito	10a10m	Masculino	Urgencias	Padres		Enemas (2) Lactulosa Leche de Mg
Infección de vías urinarias	4a	femenino	Consulta	Pediatra	Refractario a LM	Leche de Magnesia
Hiporexia	4a 3m	masculino	Consulta	Pediatra	NO quiere comer	Leche de Mg
Hemorroide	6a	masculino	Consulta	Por MF	Hemorroide	Leche de Mg
Enuresis	5a 6m	femenino	Consulta	Pediatra	Valoración integral enuresis	Enemas (1) Lactulosa 3 años con oxibutinina
Hiporexia	1a	masculino	Urgencias	Padres	Deja de comer al dejar de evacuar	Lactulosa
Hiporexia e impactación fecal	4a 3m	masculino	Urgencias	Pediatra interconsulta	Impactación ausencia de deposiciones por 6 días	Enema (1)
Crisis asmática y dolor abdominal	5a 9m	masculino	Urgencias	Pediatría interconsulta	Dolor abdominal	Leche de Mg

o confirmar y tratar adecuadamente esta entidad nosológica. Es evidente y se ha documentado la diferencia en el tratamiento entre el médico de familia y el pediatra, entre este mismo y el gastroenterólogo pediatra, la tasa de éxito en el tratamiento del estreñimiento entre los pediatras y los especialistas es de 57.8% vs 74.2% respectivamente¹³ y los factores asociados a los distintos tratamientos pueden ser originados por las formas de presentación o la severidad de la presentación de los síntomas;

debemos recordar y tomar en cuenta que una vez que refieren al paciente a un tercer nivel o al gastroenterólogo el paciente ya ha fallado con algún tratamiento y la severidad de presentación de los síntomas puede ser muy diferente a lo habitual por lo que demandará mayor acuciosidad diagnóstica y una mayor agresividad con los esquemas de tratamiento¹². Nunca debemos perder de vista que mientras mas temprano se inicia el tratamiento la tasa de éxito será mayor¹⁵ mientras mas tarde se

Tabla 3. Frecuencia de síntomas en niños con estreñimiento crónico funcional

sintoma	frecuencia
Hiporexia	3
Infección de vías urinarias	2
Retención de heces	1
Irritabilidad	1
Febrícula, vomito e hiporexia	1
Hemorroide	1
Enuresis	1
ASMA y dolor abdominal	1

diagnostica el estreñimiento el pronóstico de éxito en el tratamiento, de remisión en su totalidad de los síntomas siempre será menor, casi el 50% de los pacientes tratados por estreñimiento tendrán una recaída en los síntomas dentro de los 5 años de haber sido tratados con éxito^{16,17} particularmente cuando el inicio de los síntomas es entre 1 y 4 años de edad¹⁷ aun cuando la evidencia al respecto permanece en controversia¹² no debemos dejar de lado los efectos en la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad. La detección de los casos de estreñimiento de presentación inusual o con síntomas poco frecuentes o enfermedades no relacionadas estrechamente con el estreñimiento al momento de presentación de la enfermedad nos deben obligar a pensar en: la cronicidad de los síntomas, la aceptación y habituación a los mismos por el paciente y los tutores del paciente, y la adaptación de su calidad de vida a la constancia de los síntomas, todo esto indica que el paciente NO debe seguir padeciendo los síntomas durante toda su infancia, ni ser catalogado y tratado como otra enfermedad.

En conclusión, el pediatra y el gastroenterólogo pediatra deben tener la acuciosidad necesaria al realizar un interrogatorio y anamnesis adecuados para detectar los casos de presentación inusual del estreñimiento, y con esto incrementar el porcentaje que le corresponde a esta enfermedad en la consulta diaria de los especialistas. Asumimos pues que el estreñimiento podría tener una prevalencia aun mayor que lo descrito en la literatura, y por tanto los niños que padecen este síntoma pueden ser muchos más de los que sabemos al momento, condicionando que

las complicaciones de la enfermedad podrían también ser mas frecuentes de lo esperado. Ningún niño o adulto debería padecer de estreñimiento. Ningún padre o tutor debe considerar las características en las heces del estreñido como normales. Por lo tanto, la respuesta de los padres o el mismo paciente de que: siempre ha sido así para evacuar o que lo considera normal... debería dejar de existir.

Referencias

- Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Nurko S. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29: 612–626
- Benninga M, Candy DC, Catto-Smith AG. The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT) Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 273
- Rasquin A, DiLorenzo C, Forbes D. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130: 1527–1537
- Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. During Toilet Training, Constipation Occurs Before Stool Toileting Refusal *Pediatrics* 2004; 113: e520–e522
- van den Berg MM, Benninga MA, DiLorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2401–2409
- Loening-Bauke V. Chronic Constipation in Children. *Gastroenterology* 1993; 105: 1557-1564
- van Ginkel R, Reitsma JB, Buller Ha. Childhood constipation: longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterology* 2003; 125: 357-363
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth ed. Washington DC 1994
- Benninga MA, Buller HA, Heymans HS. Is encopresis always the result of constipation? *Arch Dis Child* 1994; 71: 186-193
- Loening-Bauke V. Encopresis. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 570-575
- Croffie JM, Joseph FF. Idiopathic constipation, Chop 46 Hypomotility disorders. *W Sanders Walker Pediatric Gastroenterology Diseases* 2003: 1001-1015
- Pijpers MA, Bongers ME, Benninga MA, Berger MY. Functional Constipation in Children: A Systematic Review on Prognosis and Predictive Factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 50: 256–268
- Newmann PZ, de Domenico JJ, Nogrady MB. Constipation and urinary tract infection. *Pediatrics* 1973; 52: 241–245
- O'Regan S, Yazbeck S, Hamberger B, Schick E. Constipation a commonly unrecognized cause of enuresis. *Am J Dis Child* 1986; 140: 260–261
- van den Berg MM, Benninga MA, DiLorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2401–2409
- Staiano A, Andreotti MR, Greco L. Long term follow up of children with chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 561–564
- van Ginkel R, Reitsma JB, Buller HA. Childhood constipation: longitudinal follow up beyond puberty. *Gastroenterology* 2003; 125: 357–563