

TOMANDO DECISIONES EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL DEL LACTANTE

MAIRA PATRICIA SÁNCHEZ-PÉREZ, M.D.¹, CARLOS ALBERTO VELASCO-BENÍTEZ, M.D.²,
OTTO GERARDO CALDERÓN-GUERRERO, M.D.³, MARÍA MERCEDES NARANJO-VERGARA, M.D.⁴

RESUMEN

Los desórdenes de la defecación que se pueden presentar en los lactantes son la disquesia y el estreñimiento funcional. La historia clínica debe corroborar el buen estado de salud del niño, sin olvidar siempre la búsqueda de ciertos signos y síntomas que descarten alguna patología importante de base. La aparición del estreñimiento luego de la introducción de los cereales, puede orientarnos hacia la presencia de una enfermedad celíaca. Si hay antecedentes alérgicos en primera línea de consanguinidad, hay que sospechar una alergia a la proteína de leche de vaca. De igual manera, hay que tener en mente otras posibles patologías. El examen físico debe evaluar los parámetros de crecimiento normal, el examen abdominal, la inspección de la región perianal, el examen de la región lumbosacra, el examen neurológico y neuromuscular de las extremidades. El manejo incluye educación a los padres, probióticos y prebióticos, fórmulas infantiles especiales y medicamentos.

Palabras claves: Estreñimiento funcional, Definición, Manejo, Lactantes

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento funcional (EF) es la cuarta parte de las causas de consulta en gastroenterología pediátrica¹. Según Van de Berg², existe una prevalencia estimada del 3% en el mundo occidental. Aproximadamente el 40% de los niños con EF, desarrollan síntomas durante el primer año de vida³.

¹Pediatra. Gastroenteróloga. Magister en epidemiología. Fundación Valle del Lili. Centro Médico Imbanaco. Profesor asistente. Co-investigadora Grupo de Investigación Gastrohnp. Universidad del Valle. Cali, Colombia

²Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Director del Grupo de Investigación Gastrohnp. Universidad del Valle. Cali, Colombia

³Pediatra. Gastroenterólogo. Clínica Materno Infantil Los Farallones. Docente. Pontificia Universidad Javeriana. Profesor asistente. Universidad del Valle. Cali, Colombia

⁴Pediatra. Gastroenteróloga. Clínica Materno Infantil Los Farallones. Docente. Universidad Libre. Cali, Colombia
Educación continua apoyada por Danone Nutricia Colombia

Recibido para publicación: octubre 15, 2013
Aceptado para publicación: abril 30, 2014

SUMMARY

Defecation disorders that can occur in infants are dyschezia and functional constipation. The history should confirm the good health of the child, without ever neglecting the search for certain signs and symptoms that disregarding any significant pathology. The occurrence of constipation after introducing cereals may orient towards the presence of celiac disease. If allergic history in the first degree, suspect an allergy to cow's milk protein. Also, keep in mind other possible pathologies. The physical examination should assess the parameters of normal growth, abdominal examination, inspection of the perianal region, examination of the lumbosacral region, neurological and neuromuscular examination of the extremities. Management includes parent education, probiotics and prebiotics, special infant formula and drugs.

Key words: Functional Constipation, Definition, Management, Infants

Kocaay et al.⁴, describen el número de deposiciones que pueden ser consideradas como normales en niños menores de 3 años de edad: 2 defecaciones/día en el grupo de 13-24 meses, 1 defecación/día o 1 cada 2 días en los niños entre 37-72 meses y 1 defecación en 3 días en el grupo de 25-36 meses de edad, datos consistentes con lo relatado por otros autores⁵⁻⁸. En este mismo estudio, se encontró que los lactantes menores a 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna, tenían mayor número de deposiciones, que los niños que no eran alimentados solamente con leche materna⁴.

1.DEFINICIÓN

Según Hyman et al.⁹, los desórdenes de la defecación que se pueden presentar en los lactantes son la disquesia y el estreñimiento funcional (EF). La disquesia, incluye en un lactante sano menor de 6 meses de edad, llanto e incomodidad al menos durante 10 minutos previos a la evacuación de heces de consistencia blanda⁹. Los síntomas se inician al mes de vida y resuelven espontáneamente luego de unas semanas¹. El EF, según los Criterios de Roma III⁹, debe

incluir durante 1 mes de evolución al menos 2 de los siguientes criterios diagnósticos en un lactante hasta los 4 años de edad: 2 o menos defecaciones por semana, al menos 1 episodio por semana de incontinencia fecal luego de poseer entrenamiento para ir al inodoro, historia de retención excesiva de heces, historia de dolor al defecar o movimientos intestinales difíciles, presencia de una masa fecal grande en el recto e historia de deposiciones de gran diámetro que obstruyen el inodoro, que pueden acompañarse de irritabilidad, inapetencia y/o saciedad temprana, que desaparecen inmediatamente luego del paso de una deposición grande.

2. SEÑALES DE ALARMA

La historia clínica del lactante menor de 12 meses de edad, debe corroborar el buen estado de salud del niño, sin olvidar siempre la búsqueda de ciertos signos y síntomas que descarten alguna patología importante de base.

Entre las diversas señales de alarma que se deben considerar están los antecedentes familiares, el momento de la expulsión del meconio, las curvas de crecimiento y desarrollo, y signos y síntomas que nos hagan pensar en una entidad de tipo orgánico.

Se debe siempre preguntar por historia familiar de enfermedades gastrointestinales como enfermedad de Hirschsprung, alergia alimentaria, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca o enfermedades urinarias; de anomalías de órganos como la tiroides, la paratiroides y los riñones, o de enfermedades sistémicas del tipo fibrosis quística, que pueden predisponer al lactante a presentar alteraciones en su hábito intestinal¹.

Es de vital importancia preguntar respecto al momento de la primera evacuación, pues un retraso superior a las primeras 72 horas de nacimiento, nos debe orientar a la presencia de la enfermedad de Hirschsprung (EH)^{1,3,5-9}. La expulsión del meconio en recién nacidos sanos a término ocurre en el 99% en las primeras 24 horas, sin olvidar sin embargo, que un 50% de los niños con EH evacúan meconio en las primeras 48 horas de nacidos^{1,3,5}.

La detención del crecimiento, asociado a otros síntomas, nos orienta hacia ciertas enfermedades específicas, como por ejemplo, la presencia de síntomas

respiratorios concomitantes podrían sugerir una fibrosis quística.

La identificación de algunos signos y síntomas, como el sangrado rectal, debe obligarnos a descartar fisuras anales secundarias al estreñimiento. La presencia de abdomen prominente con vómito biliar o inmediatos “en proyectil” a la alimentación son características clínicas de enfermedades obstructivas.

3. HISTORIA CLÍNICA

La aparición del estreñimiento luego de la introducción de los cereales, puede orientarnos hacia la presencia de una enfermedad celíaca. Si hay antecedentes alérgicos en primera línea de consanguinidad, a pesar que algunos estudios no muestran una clara evidencia, pero que por opinión de expertos se describe una posible asociación, hay que sospechar una alergia a la proteína de leche de vaca (APLV), que de ser positivos, requiere de la instauración de una dieta de eliminación del alérgeno durante 2 a 4 semanas, esperando mejoría en el patrón defecatorio del lactante. De igual manera, hay que tener en mente otras posibles patologías como hipotiroidismo, hipercalcemia, hipocalemia, diabetes mellitus, drogas, tóxicos (opioides y anticolinérgicos, antidepresivos, quimioterapia, ingestión de metales pesados, intoxicación por vitamina D), malformaciones anatómicas, ano imperforado, estenosis anal, masas pélvicas, anomalías del cordón espinal, anomalías de la musculatura abdominal (Prune belly, gastrosquisis, síndrome de Down) y pseudoobstrucción intestinal crónica (neuropatía visceral o miopatías), entre otros¹.

4. EXAMEN FÍSICO

El examen físico debe evaluar los parámetros de crecimiento normal, el examen abdominal (tono muscular, distensión, masa fecal), la inspección de la región perianal buscando anomalías anatómicas (posición anal, estenosis anal, ano ectópico, fisuras anales, entre otros), el examen de la región lumbosacra (hendidura, mechón de pelo, desviación de línea interglútea, agenesia sacra, aplanamiento glúteo), el examen neurológico identificando el reflejo cremastérico y anal, y el examen neuromuscular de las extremidades¹.

5.MANEJO

Educación a los padres. Es preciso enseñar a los padres sobre la evacuación normal en los niños de acuerdo a las diferentes edades, el comportamiento de la consistencia y la frecuencia de las heces y la identificación en los cambios evacuatorios relacionados con la alimentación con leche materna exclusiva o con fórmula infantil, recordando que el niño lactado exclusivamente presenta evacuaciones muy frecuentes o con cada lactada o incluso, espaciarse tanto como 1 evacuación cada 1 o 2 semanas. En el lactante que es alimentado con fórmula infantil, hay que enseñar acerca de su preparación y tipo de fórmula; en el lactante que ya recibe alimentación complementaria, hay que educar sobre el tipo de alimentos a ofrecer, los que podrían provocar heces de consistencia más dura y estreñimiento.

Probióticos y prebióticos. El estudio de Massi et al.¹⁰, sugiere que los probióticos tienen actividad en la relajación del colon proximal, siendo éste el mecanismo de acción en la regulación de la motilidad intestinal¹⁰. Tabbers et al.^{11,12}, no encontraron evidencia que soporte el uso de probióticos del tipo *Lactobacillus* ni de prebióticos en el manejo de niños con estreñimiento. Coccorullo et al.¹³, al suplementar niños con el probiótico *Lactobacillus reuteri* (DSM 17938) identifican una elevada frecuencia de defecaciones a las 2, 4 y 8 semanas de tratamiento, sin cambios notables en la consistencia. Se han encontrado algunos estudios que indican que *L. casei rhamnosus* Lcr35 y el *Bifidobacterium breve*, pueden ser benéficos al incrementar la frecuencia de las heces y mejorar su consistencia^{16,17}. En adultos, la suplementación con *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 ó *Lactobacillus casei* Shirota, ó *Escherichia coli* Nissle 1917 favorece la frecuencia de las deposiciones y su consistencia; no obstante, los niños sólo se benefician con el uso de *Lactobacillus casei rhamnosus* Lcr35 y no con *L. rhamnosus* GG¹⁸⁻²⁰.

Fórmulas infantiles especiales. Koo et al.¹⁴, y Bongers et al.¹⁵, han demostrado que el uso de fórmulas infantiles especiales con base a proteínas de suero parcialmente hidrolizado, fortificadas con prebióticos y sin la adición de grasas vegetales, caracterizadas poseer el ácido palmítico en las posición central sn-2 en forma predominante, producen heces más suaves y frecuentes en los lactantes.

Medicamentos. En niños impactados, es posible considerar el uso de laxantes orales, siendo el más

recomendado y con mejor respuesta, la lactulosa¹.

Prevención. Indrio et al.²¹. En un estudio clínico aleatorizado concluyen que el uso de *L. Reuteri* DSM 17938 durante los tres primeros meses de vida reducen desórdenes gastrointestinales funcionales dentro de ellos el estreñimiento.

REFERENCIAS

1. Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 58: 258–274
2. Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101: 2401–2409
3. Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. NASPGHAN. Evaluation and treatment of constipation in children: summary of updated recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatric Gastroenterol Nutr* 2006; 43: e1-e13
4. Kocaay P. Normal defecation pattern, frequency of constipation and factors related to constipation in Turkish children 0-6 años. *Turk J Gastroenterol* 2011; 22: 369-375
5. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol* 2003; 23: 624–628
6. Jung PM. Hirschsprung's disease: one surgeon's experience in one institution. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 646–651
7. Tejjavej A, Siripoonya P. The times of passage of the first urine and the first stool by Thai newborn infants. *J Med Ass Thailand* 1984; 67: 86–88
8. Weaver LT, Lucas A. Development of bowel habit in preterm infants. *Arch Dis Child* 1993; 68: 317–320
9. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiou J, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterol* 2006; 130: 1519-1526
10. Massi M. Effects of probiotic bacteria on gastrointestinal motility in guinea-pig isolated tissue. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 5987-5994
11. Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY. Constipation in children. *Clin Evid* 2010; 4: 1-18
12. Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Nonpharmacologic Treatments for Childhood Constipation: Systematic Review. *Pediatrics* 2011; 128: 753-761
13. Coccorullo P, Strisciuglio C, Martinelli M, Miele E, Greco L, Staiano A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infants with functional chronic constipation: a double-blind, randomized placebo-controlled study. *J Pediatr* 2010; 157(4): 598–602
14. Koo WW, Hockman EM, Dow M. Palm olein in the fat blend of infant formulas: effect on the intestinal absorption of calcium and fat, and bone mineralization. *J Am Coll Nutr* 2006; 25: 117-122

15. Bongers ME, de Lorijn F, Reitsma JB, Groeneweg M, Taminau JA, Benninga MA. The clinical effect of a new infant formula in term infants with constipation: a double-blind, randomized cross-over trial. *Nutr J* 2007; 6: 8
16. Tabbers MM, de Milliano I, Roseboom MG, Benninga MA. Is *Bifidobacterium breve* effective in the treatment of childhood constipation? Results from a pilot study. *Nutr J* 2011; 23: 19
17. Bekkali, NL, Bongers M EJ, Van den Berg MM, Liem O, Benninga MA. The role of a probiotics mixture in the treatment of childhood constipation: a pilot study. *Nutr J* 2011; 6-17.
18. Chmielewska A, Szajewska H. Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 69–75
19. Bu LN, Chang MH, Ni YH. *Lactobacillus casei rhamnosus* Lcr35 in children with chronic constipation. *Pediatr Int* 2007; 49: 485–490
20. Banaszekiewicz A, Szajewska H, Banaszekiewicz A. Ineffectiveness of *Lactobacillus GG* as an adjunct to lactulose for the treatment of constipation in children: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Pediatr* 2005; 146: 364–369
21. Indrio F, Di Mauro A, Riezzo G, Civardi E, Intini C, Corvaglia L, et al. Prophylactic Use of a Probiotic in the Prevention of Colic, Regurgitation, and Functional Constipation. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatric* 2014; E1-E6

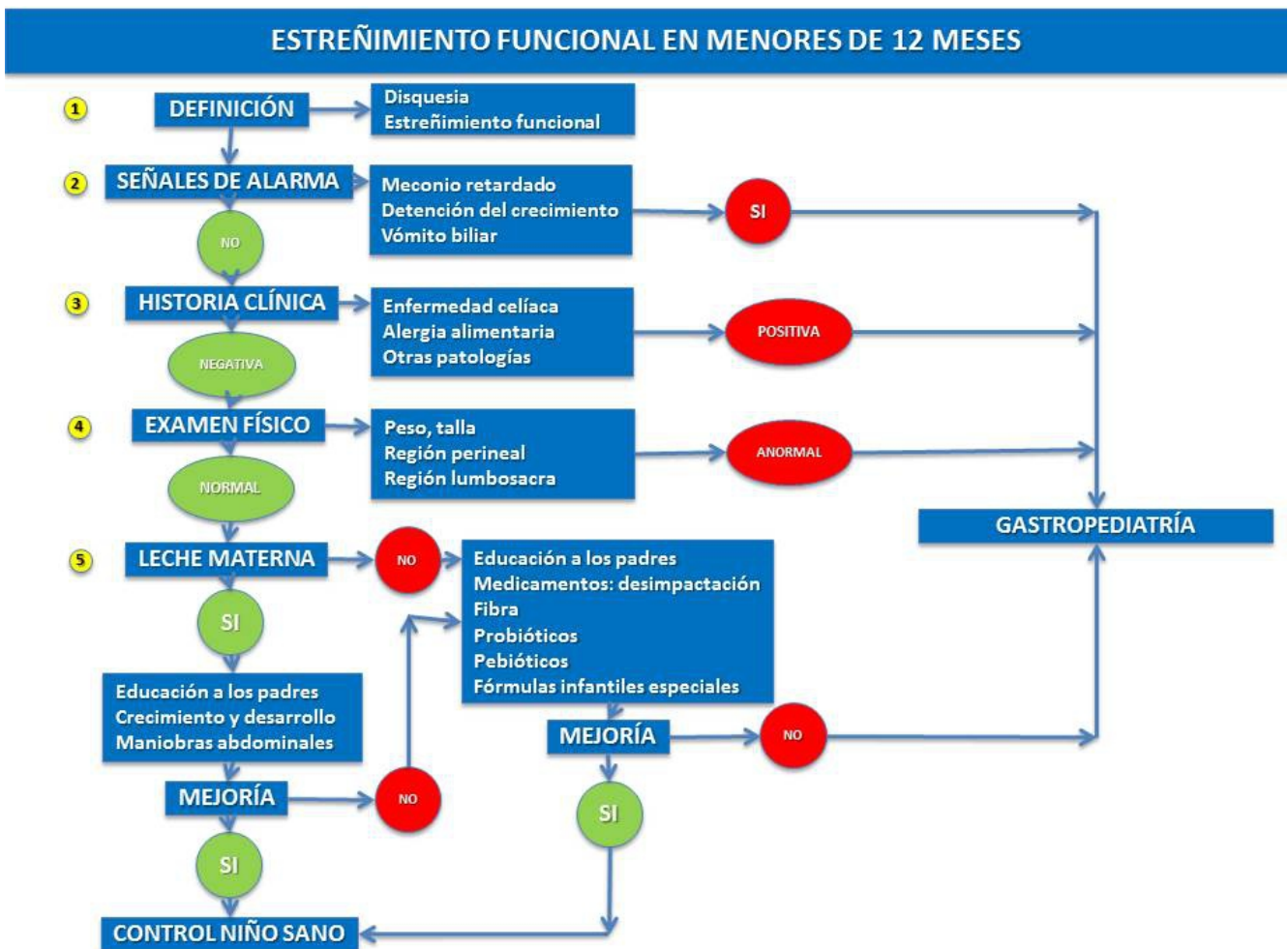


Figura 1. Tomando decisiones en la regurgitación del lactante

**COMENTARIOS DURANTE EL I ENCUENTRO DE COLEGIADOS 2014
COLEGIO COLOMBIANO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN
PEDIÁTRICA
COLGAHNP
DANONE NUTRICIA COLOMBIA
BOGOTÁ, ABRIL 26 DE 2014**

Ana Cristina Gómez: se debe llamar la atención sobre la limitación en el consumo de leche como parte de las recomendaciones

Wilson Daza: Dentro de la educación a los padres, se debe incluir el apoyo por una nutricionista, para la realización del cálculo de los requerimientos de fibra, agua y proteínas

Silvana Dadán: para niños entre 1 y 3 años, se deben ofrecer 14 gramos de fibra por cada 1000 calorías y entre los 6 meses y 1 año, 5 gramos. Además se deben cubrir las necesidades de fibra

y agua, pero no excederse por encima de ellas, pues se ha visto que no mejoran cuando esto se hace

Álvaro Mariño: es necesario investigar la parte nutricional en la historia clínica. Recordar que el aceite mineral nunca debe ofrecerse antes de los dos años

Wilson Daza: se debe aclarar que está contraindicado el uso de agua de ciruelas y de granadilla en los niños menores de seis meses