

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera:

Medicina

Asignatura y paralelo:

Fisiopatología I C

Título:

Prevención, manejo y tratamiento del estreñimiento en niños

Autor (es):

Gabriela Alejandra Romero García

Fecha: 19/03/2021

Contenido

Prevención, manejo y tratamiento del estreñimiento en niños	1
Resumen	1
Summary	1
INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	3
Fisiopatología del estreñimiento	3
Epidemiología	5
Etiología	5
Factores desencadenantes	5
Factores de riesgo	7
Diagnóstico	8
CONCLUSIÓN	12
Bibliografía	12

ES. Gabriela Romero García 7/02/2021 FP- 5C

Prevención, manejo y tratamiento del estreñimiento en niños
(Prevention, management and treatment of constipation in children)

Resumen

Los esquemas de deposición varían de un niño a otro, así como sucede en los adultos. Lo que es habitual para su hijo podría ser diferente de lo que es habitual para otro niño. La mayoría de los niños defecan 1 o 2 veces al día. Otros niños podrían pasar de 2 a 3 días o más antes de defecar normalmente. Los niños que padecen constipación pueden tener materia fecal (heces) dura, seca y difícil de excretar o que produce dolor al salir. Estas defecaciones podrían ocurrir todos los días o con menos frecuencia. Si bien el estreñimiento puede causar molestias y dolor, generalmente es temporal y puede tratarse. El estreñimiento es un problema común en los niños. Es uno de los principales motivos por los que los niños son derivados a un especialista

Palabras clave: Deposición, defecan, constipación, materia fecal, estreñimiento

Summary

The patterns of deposition vary from one child to another, just as it happens in adults. What is usual for your child may be different than what is usual for another child. Most children have a bowel movement once or twice a day. Other children may spend 2 to 3 days or more before having a normal bowel movement. Children with constipation may have stool (stool) that is hard, dry, and difficult to pass or painful when leaving. These bowel movements may occur every day or less often. While constipation can cause discomfort and pain, it is usually temporary and can be treated. Constipation is a common problem in children. It is one of the main reasons why children are referred to a specialist

Key words: Stool, defecate, fecal matter, constipation

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es un problema común y una de las principales causas de consulta en la edad pediátrica; corresponde a 3% de la consulta del pediatra general y a 25% de la consulta del gastroenterólogo pediatra. Parece existir un acrecentamiento en la continuidad del estreñimiento en los últimos años que podría relacionarse, entre otros factores, con un mínimo consumo de fibra en la dieta y con una vida más sedentaria, características comunes de los países occidentales.

La prevalencia de la constipación varía con la edad, teniendo una cumbre de sucesos entre los 2 y los 4 años. Un estudio realizado en más de 4 000 niños menores de dos años constató una prevalencia de 2.9% en niños de un año, que asciende a 10.8% a los dos años de edad. Coincidiendo con el control de esfínteres y con la edad de escolarización puede llegar a 34%.

Extraordinariamente puede establecerse un origen orgánico del estreñimiento, en 90% de los casos corresponde al funcional. No obstante, la fisiopatología en la niñez no es bien conocida, en la mayoría de los casos encontramos un antecedente de deposición dolorosa que marca el inicio del cuadro. Los factores que pueden asociarse con la constipación funcional son, en los lactantes, el destete y el inicio de la ablactación; en el preescolar los problemas mientras el entrenamiento del control de esfínteres; en los escolares el ingreso a la escuela, la retención de la evacuación por la prohibición para ir al baño, problemas emocionales y cambios de ambiente, así como la poca ingesta de fibra y agua en la dieta. En estos niños deben evaluarse los síntomas y signos de susto para identificar entre estreñimiento funcional y estreñimiento secundario.

Para deducir mejor al niño constipado debemos conocer que es un síntoma que se define como: dificultad para vaciar de manera completa, periódica, voluntaria y placentera el contenido fecal que almacena el recto, la cual es referida por los pacientes o sus familiares como disminución en la periodicidad de las evacuaciones, excreciones duras que en ocasiones generan dolor mientras la evacuación, pujo excesivo, deyección incompleta, tiempo prolongado para

lograrla, o bien imposibilidad de evacuar a pesar del esfuerzo. El estreñimiento puede estar coligado con incontinencia fecal, que consiste en la evacuación involuntaria por falta de control de esfínteres en un niño con edad de desarrollo mayor de 4 años.

Los padres de los niños afectos de estreñimiento van a consultar frecuentemente por: abdominalgia, problema para realizar la defecación, deposiciones duras y de gran tamaño, deposición dolorosa y sangrado rectal provocado por fisuras anales; con menor frecuencia. En estos casos, hay que tener precaución, ya que a veces la consulta se realiza por la falsa diarrea que puede presentarse al fugar heces líquidas, en casos de retención fecal importante. La encopresis, entendida como incontinencia fecal funcional, nos orienta acerca de la severidad del cuadro, así como de la respuesta al tratamiento del estreñimiento; es frecuente que se asocie a problemas emocionales y trastornos de conducta.

DESARROLLO

El estreñimiento es un síntoma derivado de una defecación dificultosa. Es un problema frecuente en las consultas de Atención Primaria, llegando a afectar de media a un 20% de los niños; la mayor parte de los casos es funcional, si bien hay un 5% con causa orgánica que debemos descartar en su evaluación. Es habitual su comienzo asociado a la retirada del pañal o al inicio de la etapa escolar. Su cronificación puede dar lugar a complicaciones, como las fisuras anales o la temible encopresis. El estudio del estreñimiento no suele requerir la realización de pruebas diagnósticas

Fisiopatología del estreñimiento

Las heces son el resultado del paso del material procedente de la digestión a través del colon. Al colon derecho llega el quimo, a través de la válvula ileocecal, allí se realiza la absorción de agua y electrolitos y, mediante los movimientos peristálticos, las heces resultantes se transportan hacia el colon transversal y, desde aquí, hacia el rectosigmo, donde se almacenan.

El esfínter anal tiene dos partes bien diferenciadas: el esfínter interno y el externo

El esfínter interno es el responsable del 80% del tono del esfínter anal y se encuentra contraído de forma permanente; el externo permite la contracción de forma voluntaria. Cuando el recto está repleto de heces, se produce el deseo de defecar, que desencadena estos tres reflejos:

1. Reflejo anorrectal, que provoca una contracción del recto que provoca el avance del bolo fecal.
2. Reflejo anal inhibitorio (RAI), que relaja el esfínter interno, facilitando que las heces lleguen al canal anal; es innato y está ausente en la enfermedad de Hirschsprung.
3. Reflejo anal excitador (RAE), que permite mantener la continencia contrayendo el esfínter externo hasta que se encuentra el momento adecuado para la defecación; entonces cesa este reflejo y el esfínter se relaja de forma voluntaria; si se demora mucho el realizar la deposición, el niño comienza con actitudes retentivas: estira las piernas, se balancea, contrae la musculatura pélvica y glútea. El RAE es aprendido a partir de los 18-30 meses.

Cualquier alteración en los elementos anatomofuncionales que intervienen en la defecación puede originar estreñimiento:

- Aumento de la reabsorción de agua en el colon derecho.
- Alteración de la motilidad en colon transverso.
- Aumento de la actividad segmentaria.
- Almacenamiento inapropiado en colon izquierdo.
- Anomalías de la relajación del esfínter externo y de la musculatura puborrectal.
- La encopresis aparece cuando el recto se habitúa a estar distendido, anulándose el deseo de defecar. Esto ocurre, especialmente, cuando la defecación es difícil y

dolorosa, dando lugar a posturas retentivas; desaparece el RAE y se producen fugas fecales, que provocan el ensuciamiento

Epidemiología

El estreñimiento tiene una prevalencia real en los niños desconocida, pero se manejan cifras que oscilan entre el 0,7 y el 29,6%. Estas cifras tan dispares se deben a las diferencias en los criterios de inclusión: mientras en unos estudios son estrictos (criterios de Roma III), en otros, el diagnóstico se realiza mediante entrevista a los padres. La prevalencia de EF ha ido en aumento y, aunque se asocia a países desarrollados, hay estudios realizados en países asiáticos en desarrollo, que confirman también una elevada prevalencia.

Se presenta en un 3-5% de nuestras consultas de Atención Primaria y un 10-25% de las consultas especializadas de Gastroenterología Infantil. Supone, además, entre el 3 y el 16% de las visitas a Urgencias por dolor abdominal.

En la mayor parte de los estudios, no hay diferencias significativas de prevalencia en cuanto al sexo; sí que las hay, en cambio, en la prevalencia de la encopresis: afecta al 4% de niños mayores de 4 años, siendo más frecuente en los niños (68%) que en las niñas (52%).

Etiología

Factores desencadenantes

Aproximadamente, un 95% de los casos de estreñimiento no tienen una causa orgánica reconocida (estreñimiento funcional). Hay numerosos casos que se atribuyen a cambios que afectan a la alimentación (típico del destete, o al introducir lactancia mixta) y son catalogados de estreñimiento, sin que cumplan los citados criterios de Roma III.

En los lactantes, el cambio de leche materna a la artificial disminuye el número de las deposiciones y esto provoca consultas y demandas de tratamiento para un problema inexistente. La introducción de la alimentación complementaria es otro hito que disminuye la frecuencia de las deposiciones, por lo que también va a

ocasionar este tipo de consultas. Nuestra misión fundamental en estos casos, es la de tranquilizar a las familias, siempre y cuando la frecuencia de las deposiciones y su consistencia esté dentro de lo normal para su edad, el niño realice la deposición sin demasiado esfuerzo ni llanto y no se encuentre irritable.

Debemos distinguir estas situaciones de la disquecia del lactante, que consiste en que un niño menor de 6 meses sano, llora o empuja con gran esfuerzo, al menos, 10 minutos antes de realizar una deposición blanda, sin que exista ninguna otra causa que lo provoque. Tampoco precisa tratamiento y hay que evitar que los padres estimulen continuamente el ano del niño para ayudarlo a realizar la deposición, ya que puede empeorar la disquecia; mejora espontáneamente en unas semanas.

El papel de la leche como desencadenante del estreñimiento ha sido objeto de numerosos estudios; hay diferencias entre la leche materna y la artificial que pueden influir en la defecación. Los niños que reciben lactancia materna presentan el reflejo gastrocólico más repetido, ya que realizan las tomas con mayor frecuencia, lo que favorece la deposición. En cambio, los péptidos gastrointestinales provocan un enlentecimiento del tránsito gastrointestinal en los niños que reciben lactancia artificial. Las fórmulas infantiles han procurado equiparar su contenido en ácidos grasos saturados y probióticos a la leche materna, intentando así mejorar la consistencia de las heces.

Desafortunadamente, a veces no es suficiente con modificar el palmítico y añadir prebióticos a las fórmulas para evitar el estreñimiento.

Existen numerosos estudios que asocian la leche de vaca al estreñimiento. Con todo, no debemos desaconsejar la ingesta de leche de vaca en el estreñimiento, salvo que sospechemos una alergia o intolerancia a la misma.

El estreñimiento en los lactantes puede desencadenarse, además, por una ingesta escasa de líquidos, por deshidratación provocada por enfermedades agudas (gastroenteritis, procesos febriles, etc.) o por la toma de algunos medicamentos.

Un 40% de los niños con estreñimiento debuta a los 2-3 años, cuando se intenta conseguir el control esfinteriano demasiado pronto o coincidiendo con el comienzo de la escolarización.

Es muy importante el buen manejo de los episodios agudos de estreñimiento durante la infancia para evitar la cronicidad, ya que se comprueba que más del 60% de los niños con EF y encopresis ha tenido dolor al defecar antes de los 3 años de edad.

Habitualmente, no se debe retirar el pañal al niño antes de los dos años y medio; si le obligamos a efectuar las deposiciones en el WC contra su voluntad, es fácil que provoquemos una encopresis asociada al EF crónico.

El comienzo de la etapa escolar, en niños que ya controlan sus esfínteres, es otro momento crucial en el desencadenamiento del estreñimiento: permanecen durante horas sentados, aguantando las ganas de defecar. A esto se une, a veces, un rechazo de los baños públicos, pudiendo ocasionar el inicio de actitudes retentivas. Previamente, hemos reseñado ya el antecedente de dolor con la defecación, que aparece en muchos de estos niños, debido a fisuras, dermatitis perianal, etc. Esto empeora la conducta retentiva por miedo al dolor que va a provocar la deposición.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados al estreñimiento son: referencias familiares de constipación (sobre todo, maternos), falta de ejercicio, ausencia de horarios regulares para ir al baño, insuficiente consumo de fibra (verdura, legumbres y fruta).

Los factores psicológicos también deben tenerse en cuenta: el estreñimiento se ha asociado significativamente al estrés (motivado por circunstancias familiares adversas, problemas escolares, etc.)

Además, numerosos trastornos se asocian a EF: retraso mental, autismo, síndrome de Asperger, trastorno oposicionista desafiante, depresión, ansiedad,

déficit de atención e hiperactividad. Hay factores constitucionales y genéticos que influyen asimismo en el desarrollo del EF, aunque se encuentran en estudio.

Diagnóstico

El diagnóstico del estreñimiento debe realizarse en el ámbito de la Atención Primaria. Como en todas las patologías, ante un niño que se presenta en la consulta con estreñimiento, hay que realizar una minuciosa anamnesis y un examen físico detallado, que muchas veces es suficiente para establecer el diagnóstico. Solo deben realizarse pruebas complementarias para descartar causas orgánicas del estreñimiento o en aquellos casos más complicados.

Resulta fundamental conocer el momento de inicio del problema, si se trata de un niño que lo presenta desde el nacimiento o si por el contrario es un niño con ritmo intestinal normal que en cierto momento modifica sus hábitos. Esto último es lo más frecuente y casi siempre orienta a un pronóstico favorable. Sin embargo, si al preguntar por los antecedentes neonatales nos indican que fue nacido a término y tardó más de 2 días en expulsar el meconio, hay que plantearse la realización de pruebas complementarias para catalogar su estreñimiento

Se debe hacer un registro de las deposiciones, conociendo tanto su frecuencia, como su color, consistencia, tamaño y, por supuesto, se debe investigar la actitud del niño frente a ellas: si lo rechaza, si llora... Para facilitarlos, debemos recurrir a calendarios y a escalas, como ya se ha explicado. Es importante preguntar si hay dolor o sangrado con la defecación. De la misma manera, hay que interrogar acerca de la alimentación del niño, lo cual también va a permitir detectar errores nutricionales que influyen negativamente en el estreñimiento. No debemos olvidar preguntar acerca de los tratamientos que utilizan, incluyendo los que están catalogados como "naturales".

A modo de esquema, podemos resumir la anamnesis en la investigación de los siguientes aspectos:

1. Antecedentes familiares de estreñimiento u otras patologías, gastrointestinales o de otro tipo.
2. Antecedentes personales (expulsión de meconio, desarrollo general).
3. Antecedentes quirúrgicos.
4. Alimentación (especialmente los cambios en el tipo de lactancia y la introducción de nuevos alimentos) y ejercicio físico.
5. Historia psicosocial (acontecimientos recientes, cambios, actitud en el colegio).
6. Edad de comienzo (si es muy precoz puede haber una causa orgánica) y posibles desencadenantes (retirada del pañal, inicio de la escolaridad).
7. Aspecto de las heces y presencia de productos patológicos en ellas (sangre, moco, pus).
8. Sintomatología asociada (dolor abdominal, cambios en el apetito, náuseas, vómitos, meteorismo, alternancia con diarrea, clínica miccional, problemas psicológicos).
9. Medicamentos (incluso los comprados sin prescripción, p. ej.: antitusivos con derivados opiáceos).
10. Duración y respuesta a tratamientos previos, si los hubo.

La exploración del niño debe incluir:

- Un examen general, que incluya valoración del crecimiento en peso y talla, para detectar si existe repercusión en el mismo o alguna malformación asociada, prestando especial atención a la columna vertebral y zona sacra.
- Un estudio abdominal que incluya observación, auscultación y palpación, a fin de detectar distensión, dolor o heces en marco cólico.
- Una valoración de la zona lumbosacra, para descartar fositas, mechones u otras malformaciones.
- En último lugar, no hay que dejar de realizar un examen de la región anal y perianal, incluyendo, cuando sea preciso un tacto rectal que, en ocasiones, puede ser de gran utilidad; no obstante, no debe realizarse de rutina en el estreñimiento

no complicado. En ocasiones, los niños son reacios a esta exploración, por lo que debemos ganar su confianza y dejarlo para el último lugar. Si aparece miedo excesivo a la exploración, asociado a otros hallazgos, como hematomas, siempre hay que descartar la existencia de abuso sexual. Con la inspección, se deben descartar erosiones, tumefacciones y malformaciones, como ano imperforado o mal posicionado. Además, se debe realizar una exploración neurológica de la zona, viendo los reflejos e incluyendo las extremidades inferiores, para valorar el tono y la fuerza muscular y los reflejos osteotendinosos. Si existe sospecha de enfermedad de Hirschsprung o mala respuesta al tratamiento, hay que efectuar un tacto rectal.

El tacto rectal permite valorar el tono del esfínter, el grosor de la ampolla rectal y diferenciar si hay presencia o no de heces. Ante una ampolla rectal vacía, con un esfínter hipertónico en un niño con alteración del estado nutricional que presenta estreñimiento y realiza deposiciones acintadas, se debe sospechar enfermedad de Hirschsprung. Por el contrario, un niño con somatometría normal que realizaba deposiciones normales anteriormente y que acude por estreñimiento de reciente aparición, a veces asociado a encopresis, y presenta ampolla rectal llena, lo más probable es que presente un estreñimiento funcional.

Cuando el niño que se está valorando presenta un buen estado nutricional y una exploración física normal, casi nunca es preciso realizar más pruebas diagnósticas. En el resto de casos, hay que dirigir las mismas a la sospecha clínica, ya sea alergia, hipotiroidismo, hipercalcemia u otras. No se deben solicitar de rutina estos estudios de laboratorio, aunque en el caso de la alergia a la proteína de leche de vaca, los estudios son contradictorios y la evidencia dudosa. En determinadas ocasiones, es necesario solicitar: un test de sangre oculta en heces, una radiografía simple del abdomen, un enema opaco, una ecografía pélvica, una manometría, una biopsia rectal u otras.

La *radiografía simple* puede ayudar en los casos en que se sospeche la existencia de un acúmulo de heces o una malformación de la columna ósea.

La *ecografía* permite medir la ampolla rectal para diagnosticar el megarrecto.

El *enema opaco* permite visualizar la morfología de la región distal del colon que, en el caso del Hirschsprung, presentaría zonas de estenosis precedidas de otras dilatadas en respuesta a la obstrucción. Esto permite determinar la longitud del segmento afectado.

La manometría anorrectal consiste en analizar los reflejos locales de la defecación y el funcionamiento de los esfínteres. Se realiza en los casos graves, para descartar la enfermedad de Hirschsprung, en la cual el esfínter interno no realiza la relajación que permite la defecación (ausencia de reflejo anal inhibitorio). Si hay síntomas atípicos o se sospecha organicidad, se debe realizar el estudio de la función anorrectal.

La biopsia rectal sirve para confirmar el diagnóstico. En la enfermedad de Hirschsprung, los hallazgos consisten en ausencia de células ganglionares y aumento de fibras acetilcolinesterasa. En la displasia neuronal intestinal, por el contrario, existe un aumento de las células ganglionares. Si la biopsia rectal es normal y hay ausencia de reflejo anal inhibitorio, se puede diagnosticar de acalasia anal.

Otros estudios no están recomendados de inicio. Solo en los casos complicados, sugestivos de diferentes patologías, o refractarios al tratamiento, se pueden considerar: cálculo del tiempo de tránsito colónico, que puede detectar la incontinencia fecal funcional de tipo no retentivo; ecografía rectal transabdominal; resonancia magnética lumbar; defecografía fluoroscópica, como técnica dinámica para comprobar la función anorrectal y detectar desde disinergia del suelo pélvico hasta anomalías estructurales; defecografía con resonancia magnética, que evita la radiación pero es mucho más cara y menos accesible; biopsia de pared total; y ecografía de la vesícula biliar, que, como se ha demostrado recientemente, puede mostrar una motilidad disminuida en algunos niños con estreñimiento crónico funcional, lo cual podría tener relación con una motilidad alterada a nivel de todo el tubo digestivo (M. Mata Jorge, R. da Cuña Vicente, 2015)

CONCLUSIÓN

Como conclusión tenemos que el estreñimiento es el principal problema en niños por su bajo consumo en fibra, también dentro de la revisión de la literatura, se encontró con fuerte evidencia científica acerca del efecto positivo del consumo de fibra en estreñimiento, el estreñimiento es un síntoma derivado de una defecación dificultosa. Entre las características clínicas tenemos abdominalgia, dificultad para realizar la deposición, deposiciones duras y de gran tamaño, defecación dolorosa y sangrado rectal provocado por fisuras anales; con menor frecuencia, la consulta es provocada por la encopresia. Entre los principales factores de riesgo tenemos antecedentes familiares de estreñimiento (sobre todo, maternos), falta de ejercicio, ausencia de horarios regulares para ir al baño, insuficiente consumo de fibra (verdura, legumbres y fruta). También hay factores psicológicos también deben tenerse en cuenta: el estreñimiento se ha asociado significativamente al estrés (motivado por circunstancias familiares adversas, problemas escolares, etc.). Además, numerosos trastornos se asocian a EF: retraso mental, autismo, síndrome de Asperger, trastorno oposicionista desafiante, depresión, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad. Y las causas la constipación ocurre muchas veces cuando los desechos o las heces se mueven muy lentamente a través del tubo digestivo, y de esta forma se endurecen y se secan. La constipación ocurre muchas veces cuando los desechos o las heces se mueven muy lentamente a través del tubo digestivo, y de esta forma se endurecen y se secan.

Bibliografía

Alvarez G, Sanchez C, Tolin M. «Guía de estreñimiento en el paciente pediátrico.» *Ed Ergon*, 2017.

American Academy of Pediatric. «healthychildren.org.» 30 de 10 de 2017.

<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/abdominal/Paginas/Constipation.aspx> (último acceso: 05 de 02 de 2020).

Arbor, Ann. «Functional constipation and soiling in children.» *University of Michigan Health System*, 2008.

Comas Vives, I. Polanco Aullé. «Estudio caso-control de los factores de riesgo asociados al estreñimiento.» *Anales de Pediatría*, 2005: 340 - 345.

Consolini, Deborah M. «Constipation in Children .» *Merck Sharp & Dohme Corp.*, 2020.

Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. «Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler.» *Gastroenterology* . , 2019.

Luis De la Torre Mondragón, Gabriela Hernández Vez. «Estreñimiento Funcional en Pediatría.» *scielo.org.mx*, 2014.

PC, Kashyap. *Mayo Clinic, Rochester, Minn.*, 2019.