

# Estreñimiento

¡ QUÉ HAY DE NUEVO, VIEJO!!!!

# Definición

- Disminución en la frecuencia de las deposiciones o evacuación dolorosa de heces duras o voluminosas.

# Encopresis.

- Deposición de heces formadas o semiformadas en la ropa interior o en otras localizaciones no ortodoxas de forma irregular en niños de más de 4 años. En la mayor parte se acompaña de estreñimiento.

# Diagnóstico diferencial.

- Funcional (95%).
- Orgánico.(5%)
  - Metabólicas o endocrinas.
  - Fármacos(opiáceos, antidepresivos, fenobarbital, antiácidos, etc)
  - Anomalías colo-rectales.
  - Enfermedades digestivas.
  - Causas neurogénicas y musculares.
  - Enfermedades psiquiátricas.

# Criterios ROMA III.(2.006)

## Menores de 4 años

### **G6. Disquecia del lactante**

- Al menos 10 minutos de esfuerzo y llanto antes de la emisión de heces blandas en menores de 6 meses.

# Estreñimiento funcional.G7

- Cuadro de un mes de evolución en niños hasta los 4 años de edad con al menos 2 de los siguientes síntomas.
  - 2 o menos defecaciones/semana.
  - 1 episodio de incontinencia/semana tras control de esfínteres.
  - Antecedente de retención fecal.
  - Antecedente de defecación dolorosa .
  - Presencia de masa fecal voluminosa en recto.
  - Antecedente de heces grandes que obstruyen el retrete.

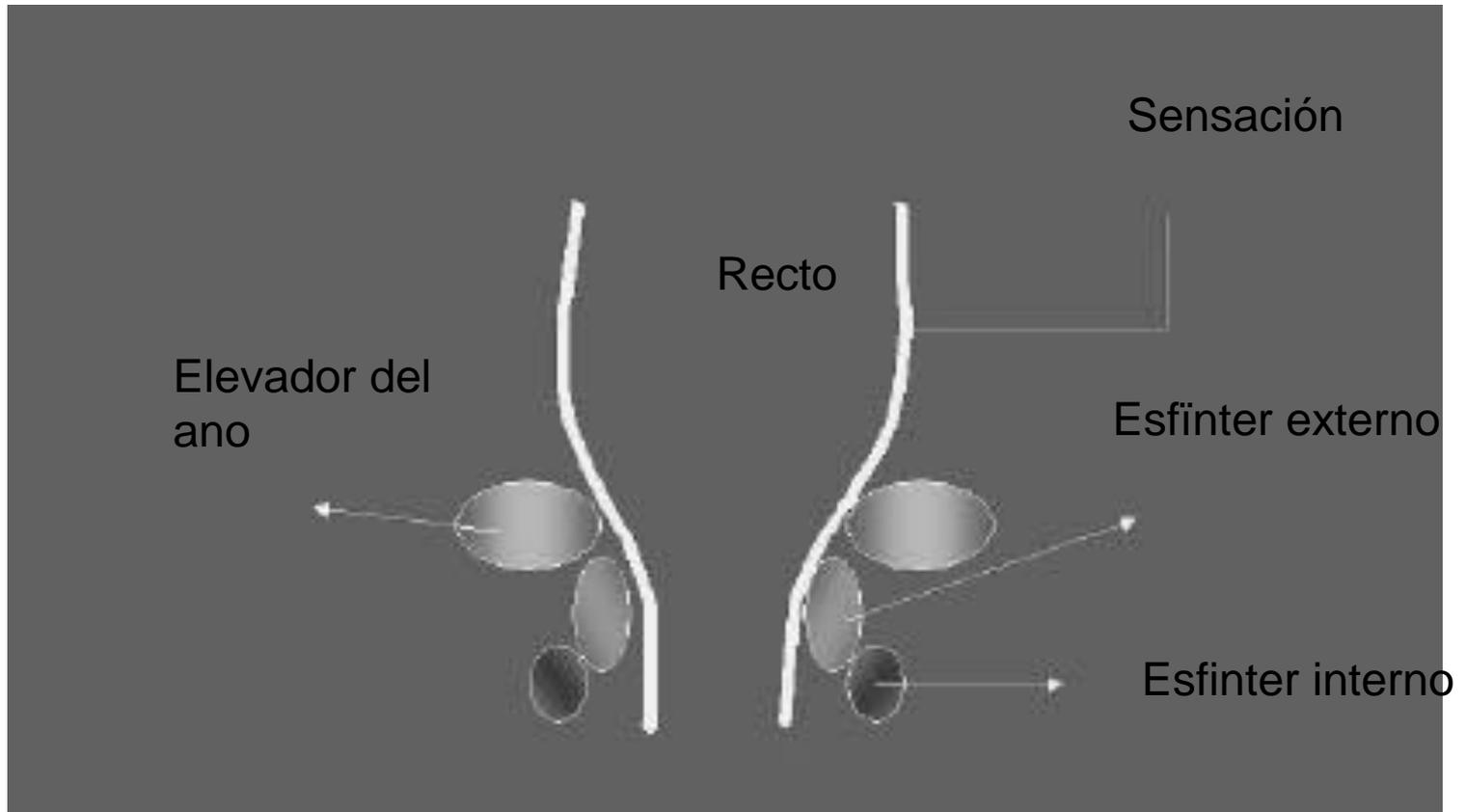
# Estreñimiento funcional .H3 (entre 4 y 18 años).

- Al menos dos de los siguientes criterios en niño con edad de desarrollo de al menos 4 años con criterios insuficientes de intestino irritable.(durante 2 meses)
  - 2 ó menos defecaciones /semana.
  - 1 episodio incontinencia/semana.
  - Antecedente de retención fecal voluntaria.
  - Antecedente de defecación dolorosa.
  - Antecedente de masa fecal voluminosa en recto.
  - Antecedente de heces grandes que obstruyen el retrete.

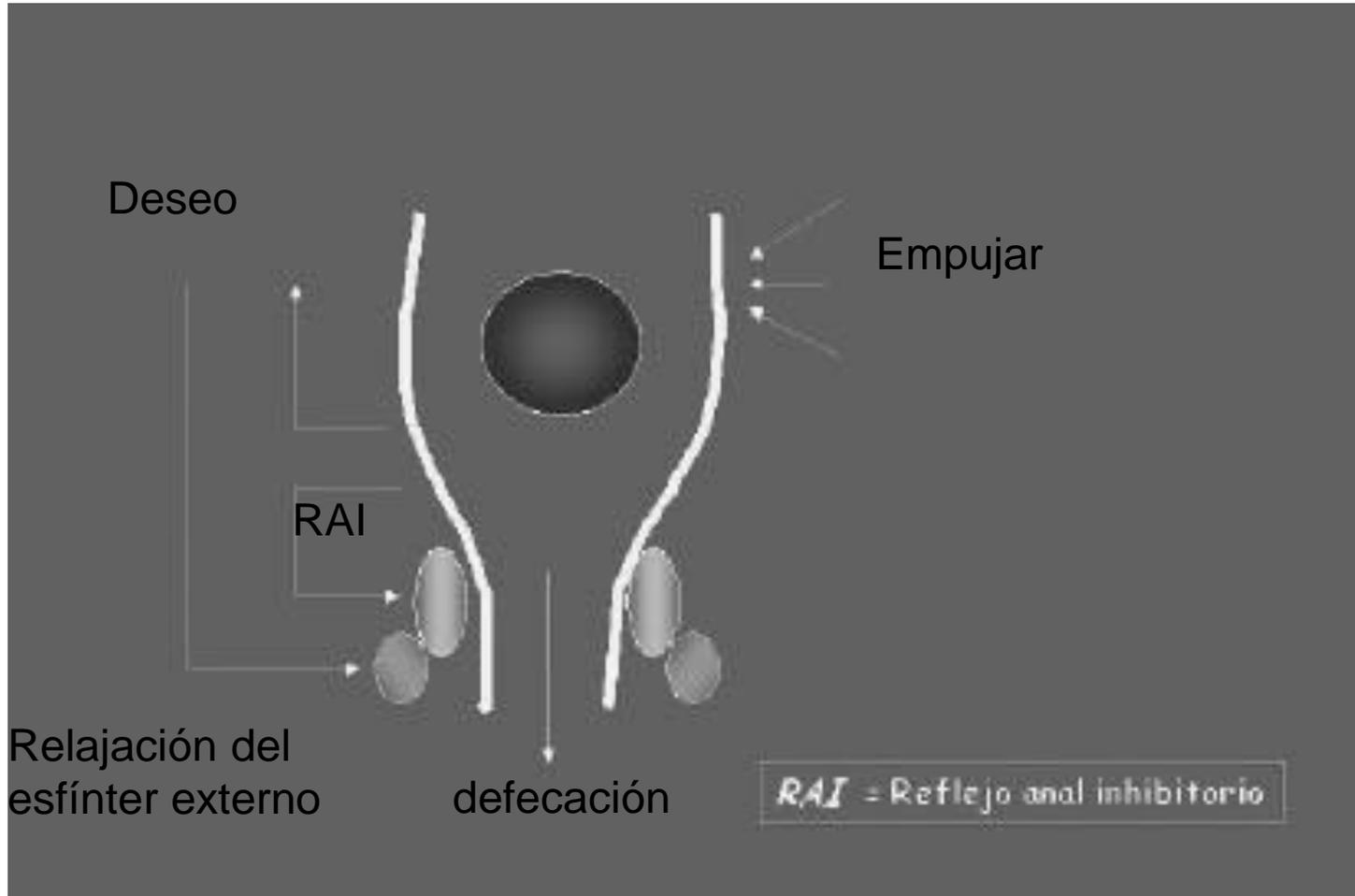
# Epidemiología.

- Prevalencia entre 0,7- 29,6%. Media de 8,9%.
- 4.000 niños. 2,9 % al año, 10,8% a los 2 años y 34% a la escolarización.
- 3 periodos fundamentales:
  - Cambio de lactancia materna a fórmula adaptada.
  - Retirada del pañal.
  - Iniciación a la vida escolar.

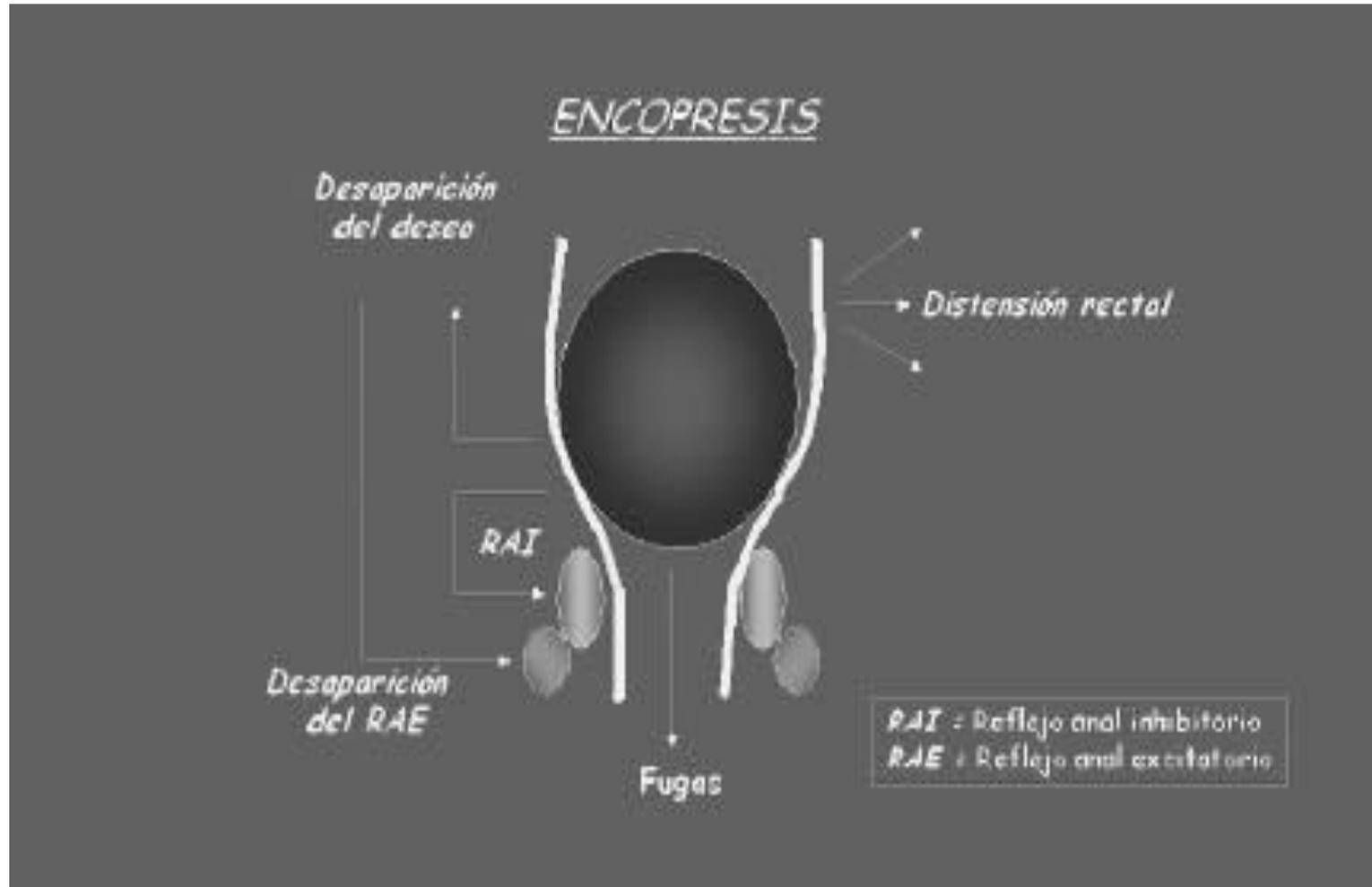
# Anatomía anorectal.



# Mecanismo defecación.

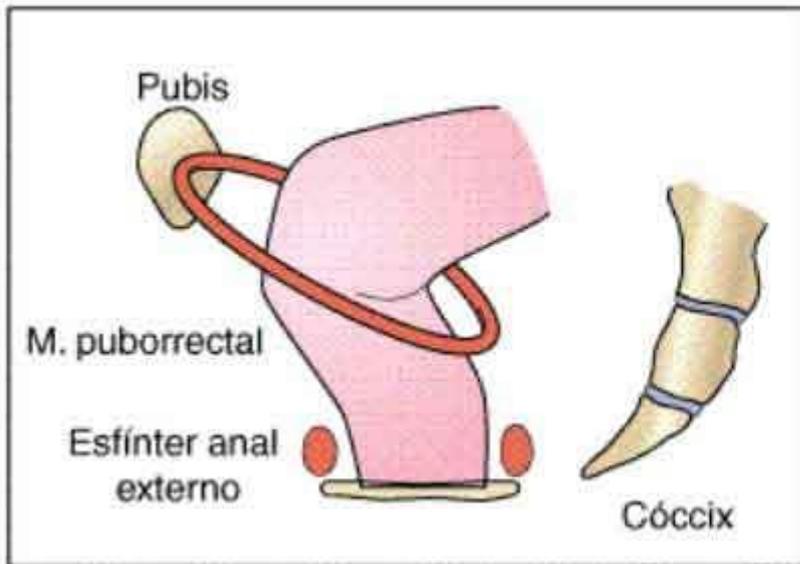


# Encopresis.

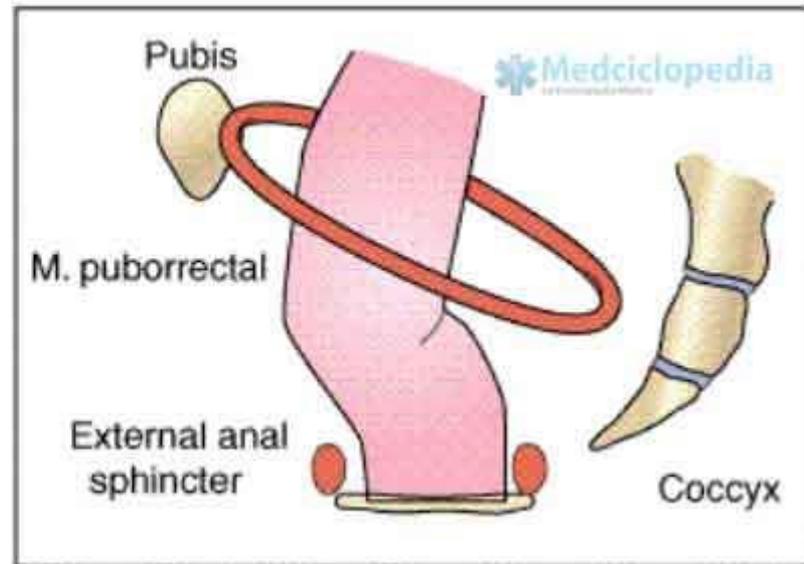


# Angulo anorectal.

*Situación de reposo*



*Acto de pujar (Valsalva)*



# Fisiología I.

- 2 tipos de ondas peristálticas en el colon:
  - Ondas lentas cuya misión es mezclar los alimentos.
  - Ondas de masa cuya misión es el avance de los alimentos oral- anal.
- El estímulo de estas contracciones es el **reflejo gastrocólico**, mediados por neuropéptidos y que inhibe la musculatura lisa del intestino.

# Fisiología II.

- 2 esfínteres rectales:
  - el **interno** involuntario (80% del tono).
  - el **externo** voluntario.
- Además 2 músculos:
  - **Elevador del ano** (suelo de la pelvis)
  - **Puborrectal** que mantiene al ángulo anorrectal.

# Fisiología III.

- Llenado rectal (epitelio sensorial).
- Sensación de defecar discriminatoria.
- Reflejo anorrectal (contracción rectal)
- Reflejo anal inhibitorio (inhibición del EAI)
- Relajación de los músculos del suelo pélvico y del puborrectal, que modifica el ángulo ano rectal.

# Clínica.

- Características de las deposiciones.
- Ritmo intestinal.
- Tiempo de evolución.
- Signos de otras enfermedades.
- Rectorragia.
- Defecación dolorosa.
- Tratamientos anteriores con laxantes.
- Antecedentes de expulsión de meconio.

# Exploración física.

- Completa por aparatos.
- Antropometría.
- Búsqueda de signos de otras enfermedades.
- Inspección anal.
- Tacto rectal.

# Exploraciones complementarias.

- Solo realizar para descartar causas orgánicas, o en fracaso de tratamiento correcto.
  - Se realizará hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, perfil celiaco.
  - IgE de PV.
  - Test del sudor.
  - Rx de abdomen.
  - Pruebas especializadas (enema opaco, manometría).
  - Valoración psicológica.

# Fisiopatología.

- Antecedentes de defecación dolorosa
- Conductas retentivas.
- Bolo fecal grande, fecaloma.
- Disminución de la sensibilidad rectal.
- Defecación dolorosa. Fisura anal.
- Encopresis.
- Círculo vicioso perpetuador.

# Tratamiento.

- Se basa en 3 pilares.
  - Explicación- desmitificación.
  - Tratamiento local.
  - Desimpactación fecal.
  - Medicación mantenimiento.
    - Cambios en la dieta.
    - Modificar hábitos higiénicos.
    - Uso de laxantes.

# Explicación.

- Explicar a la familia la causa de la enfermedad.
- Explicar los tratamientos posibles.
- Lograr la adhesión al tratamiento.
- Advertir sobre la duración del mismo.

# Tratamiento local.

- Imprescindible para lograr éxito terapéutico.
- Lavado con agua y jabón y secado cuidadoso.
- Cicatrizar fisuras anales con tratamiento tópico, con pomadas de corticoides (Cohortan rectal o Isdinium rectal) o cicatrizantes (Blastoestimulina).

# Desimpactación.

- **Enemas de fosfatos** en dosis de 3 ml/Kg max. de 150 cc cada 12/24 horas. 2 – 3 días.
- **Soluciones de polietilenglicol oral** a dosis de 1- 1,5 gr /Kg /día durante 3 días. Eficacia del 95%. Max. 100 gr /día.
- **Aceite de parafina oral** 15-30 ml por año de edad durante 3-4 días. Max. 240 ml/día.

# Hábitos higiénicos.

- Obligatoriedad de ir al retrete varias veces al día, con una hora fija durante 5 -10 min después de las comidas para aprovechar el reflejo gastrocólico. No empezar hasta que haya logrado un patrón madurativo suficiente.
- Facilitar condiciones de defecación agradable. Buena posición.
- Premiar la intención de defecar.

# Dieta.

- Adjuntar dieta escrita con aporte de fibra suficiente en la alimentación.
  - AAP 0,5 gr/Kg de peso /día.
  - 10-12 gr de fibra/1000 Kcal.
  - Edad en años + 5 = gr de fibra /día.
- No suplementos de fibra comercial purificada en menores de 2- 3 años.
- Introducción progresiva, para evitar gases borborigmos y dolor abdominal.
- Ingesta de líquidos abundantes.
- Siempre desimpactar previamente.

# Medicación mantenimiento.

- Las dosis son orientativas, se deben individualizar según las necesidades de los pacientes.
  - Aceite de parafina 1 ml/Kg/día.
  - Lactulosa 1- 3 ml/Kg/día, en 2 dosis.
  - Lactitol 0,25- 40 gr/Kg/día.
  - Polietilenglicol 0,8 gr/kg/día(1–2 dosis).

# Fórmulas comerciales.

- Polietilenglicol (con y sin electrolitos): sobres de polvo 10 gr.
- Lactulosa: solución de 200 y 800 ml.
- Lactitol: sobres de polvo de 10 gr.
- Parafina líquida: solución 5ml/ 4g.
- Enema de fosfatos: líquido 80 y 140 ml.

# Consejos del tratamiento.

- Se puede realizar en principio en A.P.
- Seguimiento frecuente.
- Tras normalidad de las deposiciones, retirada lenta de la medicación.
- Prevenir las recaídas.
- Tratamiento largo no inferior a 4 meses.
- Plantearse valoración psicológica.

# Derivación a C.Hospital.

- Fracaso del tratamiento.
- Ingresos hospitalarios frecuentes.
- Dolor abdominal recurrente.
- Encopresis frecuente.
- Problema psicológico importante.

# Laxantes futuribles.

- Tegaserod: antagonista sobre receptor 5-HT<sub>4</sub>.
- Lubiprostona: derivado prostaglandina E<sub>1</sub>.
- Almivopan: antagonista selectivo de los receptores periféricos de los opioides.
- Prucalopride: antagonista sobre receptores 5-HT<sub>4</sub> y procinético.

# Bibliografía.

- Protocolos diagnóstico terapéuticos de la SEGHNPA-AEP.
- Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica de la SEHGNP.
- Recomendaciones para el tratamiento del estreñimiento funcional. Anales de Pediatría 2011;74(1)51-57.
- Gastroenterología UPDATE: Uso del polietilenglicol en el estreñimiento funcional. Dra Román Riechmann y cols. Acta pediátrica. Abril 2011.
- Seguridad y eficacia del polietilenglicol 3350 en el tratamiento del estreñimiento funcional en niños. Dr infante. Anales de Pediatría.2011. 01.021.
- Tratamiento del estreñimiento funcional con polietilenglicol. Nuevos fármacos. Rev. Pediatr. Aten. Primaria. 2010.12.109-121.
- Lactulose versus polyethylene Glycol for Chronic Constipation. (Review). The Cochrane library 2.010.