

Estreñimiento crónico idiopático

TRATAMIENTO

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO *pág. 137*

BIOFEEDBACK *pág. 143*

TRAT. QUIRÚRGICO *pág. 147*

MIGUEL MÍNGUEZ
Y ADOLFO BENAGES
Servicio de Gastroenterología.
Hospital Clínico Universitario.
Universidad de Valencia. Valencia.
España.

Tratamiento del estreñimiento crónico en situaciones especiales

Puntos clave

El mecanismo fundamental por el que se produce la retención fecal en los niños es la inhibición reiterada de la defecación. En ocasiones esto es secundario a la existencia de dolor como consecuencia de una lesión anal. En la pauta terapéutica es imprescindible conseguir una defecación indolora y modificar la conducta de retención del niño.

En el embarazo se pueden utilizar con seguridad los laxantes que incrementan el volumen (ispagul, metilcelulosa), osmóticos (lactulosa, sorbitol, polietilenglicol, glicerina) y estimulantes (bisacodilo, sen y cáscara sagrada).

Los mecanismos que favorecen el estreñimiento en el anciano son multifactoriales. Desde el punto de vista terapéutico, lo más importante es evitar la impactación fecal.

El estreñimiento se observa en más del 80% de pacientes con lesión medular. Dado que frecuentemente se asocia a incontinencia anal y que estos pacientes presentan una discapacidad motora importante, el tratamiento debe individualizarse para conseguir deposiciones en horarios programados.

El tratamiento de los pacientes con estreñimiento crónico debe ser individualizado. Existen situaciones en las que debemos tener en consideración medidas especiales por la posibilidad de efectos secundarios (p. ej., en el embarazo), por la forma de presentación (impactación fecal), por las connotaciones psicológicas familiares que el estreñimiento conlleva (niños con encopresis) o por la discapacidad física (enfermedades neurológicas).

Niños

Recientemente, se han establecido por consenso los criterios diagnósticos del estreñimiento funcional en la infancia¹ (tabla 1). Las formas más frecuentes de presentación son el estreñimiento crónico simple y el estreñimiento crónico asociado a retención fecal con ensuciamiento y/o encopresis.

El estreñimiento crónico simple se trata inicialmente con medidas empíricas, dado que no existen estudios que apoyen que el tipo de dieta y la ingesta de fibra o de líquidos mejoren el estreñimiento. Así pues, se comienza añadiendo verduras, frutas y/o suplementos comerciales ricos en fibra e insistiendo en una ingesta adecuada de líquidos (1-1,5 l/día). En los niños en que se sospeche o demuestre intolerancia a la proteína de la leche de vaca (síntomas de atopía, incremento de IgE específica anti-proteína de leche de vaca) debe administrarse una dieta exenta de esta proteína². En caso de que estas medidas no sean efectivas se añadirán laxantes osmóticos (lactulosa/lactitol) en dosis ajustadas al peso. No se aconseja el uso de laxantes minerales (aceite de parafina) antes de los 12 meses de vida y en ningún caso en niños regurgitadores, debido al riesgo de aspiración y presentación de neumonía lipoidea³. La utilización de laxantes estimulantes, enemas y/o supositorios debe ser siempre ocasional, dado

que los primeros pueden producir dolor abdominal y la vía de administración anal puede condicionar un rechazo psicológico del niño al médico o a sus cuidadores.

En ocasiones, el estreñimiento con retención fecal funcional y encopresis se produce por una conducta inadecuada, debida o no a la existencia de lesiones en el ano (fisura anal), que oca-

Tabla 1. Criterios diagnósticos del estreñimiento en la infancia (Roma II)

Estreñimiento funcional

Niños que como mínimo en las 2 últimas semanas presenten:

1. La mayoría de las deposiciones en forma de escibalos, duras como piedras o simplemente duras, o
2. Heces formadas, dos o menos veces a la semana, y
3. Ausencia de enfermedad estructural, endocrina o metabólica

Retención fecal funcional

Pacientes de hasta 16 años de edad, en los que en las últimas 12 semanas se ha observado, como mínimo*:

1. Expulsión de heces de gran diámetro con frecuencia inferior a 2 veces por semana, y
2. Adopción de una postura encaminada a retener, evitando la defecación con la contracción de la musculatura del suelo pélvico. Cuando se agotan los músculos del suelo pélvico el niño utiliza los músculos glúteos apretándolos entre sí.

*Estos síntomas pueden acompañarse de ensuciamiento fecal, irritabilidad, retortijones abdominales, disminución del apetito y/o saciedad precoz. Estos síntomas desaparecen inmediatamente tras expulsar grandes cantidades de heces.

siona dolor intenso durante la defecación. La retención mantenida de heces de gran volumen y dureza difíciles de expulsar impacta el recto y produce la permanente relajación del esfínter anal interno. Es por esto que el ano queda entreabierto y las heces líquidas se escapan por rebosamiento. Frecuentemente, el cuadro se asocia a disinergia del suelo pélvico durante el intento de defecación. El ensuciamiento, junto con los síntomas secundarios a la retención, produce cambios en el comportamiento del niño y actitudes negativas de los padres hacia él. El programa terapéutico se enfoca fundamentalmente a desimpactar totalmente el recto, favorecer y mantener una defecación fácil no dolorosa y aplicar normas de conducta al niño y a los padres de manera que no se perpetúe la actitud retentiva en el niño (tabla 2). En los estudios de que se dispone en la actualidad se puede observar que la combinación de laxantes (enemas y/o laxantes orales) y un programa conductual basado en enseñar horarios, posturas y maniobras defecatorias, así como refuerzo positivo (incluso con premios) para evitar la retención, con o sin modificaciones dietéticas, mejoran significativamente el cuadro de estos niños⁴⁻⁶. Sin embargo, el tipo de laxante, las dosis o el régimen a administrar no están claramente es-

Tabla 2. Tratamiento del estreñimiento crónico por retención fecal en el niño

Fase 1. Hablar con los padres y el niño para establecer pautas de conducta sobre horarios defecatorios, maniobras posturales y refuerzos positivos para evitar la retención e inhibición de la defecación. Consejos dietéticos para estimular el consumo de fibra, líquidos y/o aporte extra de productos enriquecidos con fibra

Fase 2. (simultánea a la fase 1). Programar la limpieza del colon (desimpactación) mediante laxantes orales si las heces son blandas (polietilenglicol, lactulosa, ducosato sódico, picosulfato sódico, etc.), supositorios, enemas e incluso desimpactación manual con anestesia si el volumen y dureza de las heces imposibilita la expulsión espontánea

Fase 3. Mantener una defecación indolora y frecuente mediante laxantes orales (azúcares osmóticos, aceites minerales, sales de magnesio, senósidos, etc.) evitando el uso frecuente de supositorios o enemas

Fase 4. En caso de disinergia de suelo pélvico y si tras las fases 2 y 3 no se consigue una defecación normal, tratamiento mediante *biofeedback*

tablecidos. A excepción de niños con disinergia que no responden a este tipo de tratamiento, el *biofeedback* no aporta beneficio alguno⁷. En ocasiones, el volumen y la dureza de las heces obligan a su extracción manual tras sedación profunda o anestesia general. El pronóstico de estos pacientes es bueno, de manera que en la adolescencia la encopresis tiende a curarse espontáneamente; sin embargo, el tratamiento médico combinado acelera el tiempo de curación y evita problemas psicológicos y sociales en etapas difíciles de la vida del niño.

Embarazo

El tratamiento del estreñimiento crónico en la mujer embarazada sigue las mismas pautas generales que en cualquier adulto con la misma patología⁸. Aunque existen muy pocos datos sobre la eficacia⁹ y seguridad de los laxantes en el embarazo, se considera que los laxantes que incrementan el volumen (ispagul, metilcelulosa, etc.), los osmóticos (lactulosa, sorbitol, polietilenglicol, glicerina) y el bisacodilo son de bajo riesgo y, por lo tanto, de primera línea de tratamiento, y las antraquinonas (sen y cáscara sagrada) pueden utilizarse con seguridad^{8,10}. Están restringidos o contraindicados los laxantes que contienen aceite de ricino, porque pueden estimular contracciones uterinas precoces; los aceites minerales orales (aceite de parafina) de forma continuada, ya que podrían disminuir la absorción de vitaminas liposolubles y predisponer a hemorragias neonatales por hipoprotrombinemia, y tampoco son convenientes los laxantes salinos (sales de magnesio y fosfosoda), que pueden incrementar la retención salina materna^{8,10}.

Ancianos

En el anciano existen varios factores que potencian el estreñimiento: alteraciones dietéticas (disminución de la ingesta de fibra), mentales (confusión, depresión, etc.) y físicas (menor movilidad), enfermedades sistémicas (neuromusculares, neoplásicas) y/o mayor consumo de fármacos (analgésicos, antidepresivos, diuréticos). Por otra parte, el estreñimiento del anciano puede asociarse a complicaciones derivadas de la impactación fecal, como obstrucción intestinal, úlceras rectales estercoráceas, retención urinaria e incontinencia fecal.

El tratamiento, por lo tanto, debe enfocarse a evitar en todo momento la impactación fecal, con medidas generales y laxantes, siguiendo las mismas pautas que en la población general. No obstante, en la mayoría de los casos debemos

Lectura rápida



Las formas más frecuentes de estreñimiento en la infancia son el estreñimiento crónico simple y el asociado a retención fecal.

El estreñimiento con retención fecal funcional y encopresis suele deberse a una conducta defecatoria inadecuada. Con frecuencia se asocia a disinergia del suelo pélvico.

La combinación de laxantes y un programa conductual es el tratamiento más útil en los niños con encopresis.

El tratamiento mediante *biofeedback* está indicado en niños con disinergia del suelo pélvico que no han respondido al tratamiento con laxantes y medidas conductuales.

En el embarazo, los laxantes que incrementan el volumen, los osmóticos y los estimulantes son de bajo riesgo y, por lo tanto, de primera línea de tratamiento. Las antraquinonas pueden utilizarse con seguridad.

Los laxantes que contienen aceite de ricino, aceites minerales orales y laxantes salinos deben evitarse durante el embarazo.

El tratamiento del estreñimiento del anciano debe enfocarse a evitar la impactación fecal. Para esto, frecuentemente se debe recurrir directamente a laxantes osmóticos o fármacos estimulantes.

En los pacientes con lesión medular la mayoría de las pautas terapéuticas se basan en estimular una defecación horaria programada mediante supositorios o enemas, solos o asociados a laxantes orales estimulantes de acción rápida.

Los suplementos de fibra a menudo empeoran el estreñimiento en pacientes con lesión neurológica.



Bibliografía recomendada

Hyman P, Rasquin-Weber A, Fleisher DR, Hyams J, Milla P, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. En: Drosman D, Corazzari E, Talley N, Thompson W, Witthead W, editores. Roma II. The functional gastrointestinal disorders. VA, USA: McLean Degnon associates, 2000; p. 533-75.

Revisión crítica de los aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos sobre las alteraciones funcionales gastrointestinales en el niño. Se consensúan los criterios diagnósticos de los tipos de estreñimiento que van a ser referencia internacional.

Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M, Soresi, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998;339:1100-1.

Estudio prospectivo y doble ciego en el que se analizan las manifestaciones clínicas de 65 niños con estreñimiento grave; 33 recibieron leche de vaca y 33 leche de soja durante 2 semanas y tras un período de lavado cruzaron los grupos. Detectaron que la mejoría del estreñimiento y de patología asociada (fisura anal) se producía en los que tomaban leche de soja. Los datos de este estudio han sido confirmados por otros grupos de trabajo.

Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. Gastroenterol Clin N Am 2003;32:309-22.

Excelente revisión sobre datos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos del estreñimiento en el embarazo.

recurrir directamente a laxantes osmóticos o a fármacos estimulantes (bisacodilo, picosulfato sódico o senósidos), cuya acción es efectiva y rápida. Cuando exista impactación fecal debemos utilizar enemas salinos o de agua con aceite mineral (2 o 3 al día) hasta que el colon esté completamente limpio. A veces es necesaria la desimpactación manual.

Pacientes con enfermedad neurológica central

La prevalencia de estreñimiento grave es mucho mayor en pacientes con enfermedad neurológica que en la población general. El estreñimiento se observa en más del 80% de pacientes con lesión medular¹¹⁻¹³ y en más del 70% de pacientes con esclerosis múltiple^{14,15}. Aunque existen diferencias según el grado de lesión medular, las causas por las que estos pacientes presentan estreñimiento se deben fundamentalmente a: pérdida del control de la musculatura estriada del suelo pélvico, pérdida de sensibilidad intestinal y rectal, alteraciones motoras colónicas, pérdida de capacidad para incrementar la presión abdominal, disminución de la movilidad y capacidad de desplazamiento (incapacidad en algunos casos para lograr defecar en un váter), utilización de fármacos que afectan la motilidad colónica y necesidad de ayuda externa. Dado que frecuentemente coexisten estreñimiento e incontinencia, el tratamiento en estos pacientes es complejo, individual y modificable. La mayoría de las pautas terapéuticas son empíricas y existen pocos ensayos clínicos y difícilmente contrastables que evalúen diferentes líneas de tratamiento¹⁶.

En los pacientes con lesión medular, la mayoría de tratamientos se basan en estimular una defecación programada mediante supositorios (bisacodilo, glicerina) o enemas (agua, salinos) solos o asociados a laxantes orales estimulantes de acción rápida (senósidos, bisacodilo). Los supositorios administrados regularmente por la mañana son más eficaces que a demanda o por la tarde¹⁷. La cisaprida oral no es más efectiva que el placebo^{18,19}. A pesar de que se recomienda añadir suplementos de fibra, algunos autores han observado que en lesiones neurológicas situadas entre C4-T12, los suplementos diarios de fibra producían una disminución del tiempo de tránsito colónico e inducían molestias abdominales²⁰.

Bibliografía

GH www.ghcontinuada.com
Encontrará enlaces a los resúmenes de esta bibliografía

● Importante ●● Muy importante

■ Metaanálisis
■ Ensayo clínico controlado
■ Epidemiología

- Hyman P, Rasquin-Weber A, Fleisher DR, Hyams J, Milla P, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. En: Drosman D, Corazzari E, Talley N, Thompson W, Witthead W, editores. Roma II. The functional gastrointestinal disorders. VA, USA: McLean Degnon associates, 2000; p. 533-75.
- Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M, Soresi M, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. N Engl J Med 1998;339:1100-1.
- Sharif F, Crushell E, O'Driscoll K, Bourke B. Liquid paraffin: a reappraisal of its role in the treatment of constipation. Arch Dis Child 2001;85:121-4.
- Berg I, Forsythe I, Holt P, Watts J. A controlled trial of 'Senokot' in faecal soiling treated by behavioural methods. J Child Psychol Psychiatry 1983;24:543-9.
- Nolan T, Debelle G, Oberklaid F, Coffey C. Randomised trial of laxatives in treatment of childhood encopresis. Lancet 1991;338:523-7.
- Cox DJ, Sutphen J, Borowitz S, Kovatchev B, Ling W. Contribution of behavior therapy and biofeedback to laxative therapy in the treatment of pediatric encopresis. Ann Behav Med 1998;20:70-6.
- Wald A, Chandra R, Gabel Stewart, Chiponis D. Evaluation of biofeedback in childhood encopresis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1987;6:554-8.
- Wald A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. Gastroenterol Clin N Am 2003;32:309-22.
- Jewel D, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. The Cochrane Library, Vol 1, 2003.
- Bonapace E, Fisher R. Constipation and diarrhea in pregnancy. Gastroenterol Clin N Am 1998;27:197-211.
- Glickman S, Kamm MA. Bowel dysfunction in spinal cord injury patients. Lancet 1996;347:1651-3.
- Krogh K, Nielsen J, Djurhuus JC, Mosdal C, Sabroe S, Laurberg S. Colorectal function in patients with spinal cord lesions. Dis Colon Rectum 1997;40:1233-9.
- Menter R, Weitzkamp D, Cooper D, Bingley J, Charlifue S, Whiteneck G. Bowel management outcomes in individuals with long-term spinal cord injuries. Spinal Cord 1997;35:608-12.
- Hinds JP, Eidelman BH, Wald A. Prevalence of bowel dysfunction in multiple sclerosis. A population survey. Gastroenterology 1990;98:1538-42.
- Chia YW, Fowler CJ, Kamm MA, Henry MM, Lemieux MC, Swash M. Prevalence of bowel dysfunction in patients with multiple sclerosis and bladder dysfunction. J Neurol 1995;242:105-8.
- Wiesel P, Norton C, Bazzelli M. Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. The Cochrane Library, Vol 1, 2003.
- Venn M, Taft L, Carpentier B, Applebauck G. The influence of timing and suppository use on efficiency and effectiveness of bowel training after stroke. Rehabil Nurs 1992; 17:116-20.
- Badiali D, Corazzari E, Habib FI, Bausano G, Viscardi M, Anzini F, et al. A double-blind controlled trial on the effect of cisapride in the treatment of constipation in paraplegic patients. J Gastrointest Motil 1991;3:263-7.
- De Both PSM, De Groot GH, Sloopman HR. Effects of cisapride on constipation in paraplegic patients: a placebo-controlled randomized double-blind cross-over study. Eur J Gastroenterol Hepatol 1992;4:1013-7.
- Cameron KJ, Nyulasi IB, Collier GR, Brown DJ. Assessment of the effect of increased dietary fibre intake on bowel function in patients with spinal cord injury. Spinal Cord 1996;34:277-83.