



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa

Rica

Costa Rica

Murillo-Ortiz, Juan Pablo; Monge-Navarro, Silvia; Herrera-Quesada, Alonso
Estreñimiento crónico: identificación de las causas en una clínica de manejo intestinal
Acta Médica Costarricense, vol. 58, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 166-170
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43448498005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Estreñimiento crónico: identificación de las causas en una clínica de manejo intestinal

(Chronical Constipation: identification of the causes at a Bowel Management Clinic)

Juan Pablo Murillo-Ortiz,¹ Silvia Monge-Navarro² y Alonso Herrera-Quesada³

Resumen

Antecedentes: el estreñimiento crónico en la población pediátrica es una patología frecuente que puede afectar la calidad de vida del paciente y el entorno familiar. Se presenta la experiencia inicial de la Clínica de Manejo Intestinal, en la que se incluyen pacientes con patologías médicas y quirúrgicas de difícil manejo.

Metodología: se revisaron los expedientes clínicos de la Clínica de Manejo Intestinal del Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”, incluyendo todos los pacientes valorados desde junio de 2012 hasta junio de 2015. Se tomaron como pacientes activos, aquellos que se encuentran en control en la clínica, y como resueltos aquellos pacientes que fueron manejados inicialmente y luego referidos a la consulta externa de pediatría o cirugía.

Resultados: se obtuvieron 77 pacientes, 25 activos (35%) y 52 resueltos (65%), que fueron referidos de las consultas de Pediatría y Cirugía Pediátrica, por estreñimiento de difícil manejo. De los pacientes activos, los diagnósticos son: 16 pacientes (64%) estreñimiento funcional, 6 pacientes (24%) enfermedad de Hirschsprung, 1 paciente (4%) con Síndrome de Mowat Wilson, 1 paciente con espina bifida, 1 paciente con ptosis del colon transverso. El motivo de consulta de los pacientes activos fue estreñimiento crónico en 20 (80%), enfermedad de Hirschsprung en 3 (12%) y encopresis en 2 pacientes (8%); los síntomas asociados de este grupo de pacientes fueron: dolor abdominal en 10 (40%), vómito en 3 (12%) y manchado en 19 (76%). De los 52 pacientes resueltos, 32 son hombres (61,5 %) y 20, mujeres. 44 pacientes (84,6%) tienen diagnóstico de estreñimiento funcional, 6 (11,5%) de enfermedad de Hirschsprung, 1 (1,9%) de ano imperforado con fistula perineal, y 1 con estenosis anal. El motivo de consulta fue estreñimiento crónico en 47 pacientes (90%), estenosis anal en 1 (1,9%), enfermedad de Hirschsprung en 1 (1,9%), fecalomás en 1 (1,9%), malformación anorrectal en 1 (1,9%) y enfermedad pélvica inflamatoria también en 1 paciente (1,9%).

Conclusiones: los resultados obtenidos permiten identificar las causas más frecuentes de referencia de los pacientes con estreñimiento referidos a la Clínica de Manejo Intestinal del Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”. De todos los pacientes referidos por estreñimiento de difícil manejo, se detectaron 15 (19%) de resolución quirúrgica.

Descriptores: estreñimiento, enfermedad de Hirschsprung, encopresis, colostomía.

Abstract

Background: Chronic constipation in the pediatric population is a common pathology that can affect the quality of life of the patient and the family. The initial experience at the Bowel Management Clinic is presented; patients with medical and surgical pathologies are included.

Trabajo realizado en la Clínica de Manejo Intestinal, Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”, Cartago.

Afiliación de los autores:

¹Servicio de Cirugía Pediátrica,

²Servicio de Pediatría, “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”

✉jpmuro@hotmail.com

Methodology: the clinical files from the Bowel Management Clinic at the Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez” were reviewed, including all the patients evaluated between June 2012 to June 2015. The patients considered as active, are those who are presently in control at the clinic and patients considered as solved those patients who were evaluated initially and then referred to the pediatric outpatient clinic or surgery.

Results: 77 patients were included, 25 were active patients (35%) and 52 solved (65%), that were referred from the pediatric and pediatric surgery outpatients clinic for difficult management constipation. In the active patients the diagnoses are: 16 patients (64%) functional constipation, 6 patients (24%) Hirschsprung's disease, 1 patient (4%) with Mowat Wilson's Syndrome, 1 patient with spina bifida and 1 patient with ptosis of the transverse colon. The motive for consultation of the active patients was a chronic constipation in 20 patients (80%), Hirschsprung's disease in 3 (12%) and encopresis in 2 patients (8%); the associated symptoms of this group of patients were: abdominal pain in 10 patients (40%), vomit in 3 patients (12%) and soiling in 19 patients (76%) From the 52 solved patients, 32 are men (61.5%) and 20 women. 44 patients (84.6%) have diagnosis of functional constipation, 6 (11.5%) Hirschsprung's disease, 1 patient (1.9%) imperforated anus with perineal fistula and 1 patient with anal stenosis. The motive for consultation was chronic constipation in 47 patients (90%), anal stenosis in 1 (1.9%), anorectal malformation in 1 (1.9%) and inflammatory pelvic disease also in 1 patient (1.9%).

Conclusions: The obtained results allow us to identify the most frequent causes of referral patients with chronic constipation to the Bowel Management Clinic at the Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”. From all the patients referred for constipation of difficult management 15 (19 %) were detected for surgical resolution.

Descriptors: constipation, Hirschsprung's disease, encopresis, colostomy.

Fecha recibido: 16 de mayo 2016

Fecha aprobado: 18 de agosto 2016

La organización de centros de manejo intestinal en los diferentes hospitales de niños alrededor del mundo, es una necesidad, ya que, utilizando y aplicando en forma correcta los protocolos correspondientes, se logra una mejora en la calidad de vida de los niños.¹

El objetivo del programa de manejo intestinal es mantener al paciente limpio por 24 horas, para que pueda ir a la escuela, juegue y se desarrolle psicológicamente dentro de la sociedad.¹⁻²

El estreñimiento se define como la dificultad en la defecación con heces secas y duras con una frecuencia de menos de 3 veces por semana.³⁻⁶

Otra definición es la del Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology, de 2004, que entiende estreñimiento crónico como la presencia de dos o más de las siguientes características, durante los últimas 8 semanas: frecuencia de movimientos intestinales menores a 3 por semana, más de 1 episodio de incontinencia fecal por semana, heces largas en recto o palpables en la exploración abdominal, obstrucción del inodoro al expulsar heces, posturas retentivas, conductas retenciónistas y deposiciones dolorosas.⁴⁻⁷

La prevalencia de estreñimiento en Norteamérica es del 3,2-45%; en Europa, del 0,7-79% y en Asia, del 1,4-32,9%. La prevalencia de estreñimiento en niños se ha estimado en el 8,9% (0,7-8,9%)⁸ y la de incontinencia fecal es del 1-4% en niños de edad escolar, generalmente asociado a estreñimiento crónico.⁹ Algunos pacientes presentan estreñimiento durante

años, sin consultar, hasta que presentan manchado varias veces al día o impactación fecal lo que lleva a la búsqueda de ayuda.⁵

El objetivo del estudio fue identificar los diagnósticos más frecuentes de los pacientes referidos a la Clínica de Manejo Intestinal del Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”, así como los grupos etáreos y la presencia de patologías de resolución quirúrgica en esta población.

Métodos

Se revisaron los expedientes clínicos de la Clínica de Manejo Intestinal del Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”, incluyendo todos los pacientes valorados desde junio de 2012 hasta junio de 2015. Se incluyeron todos los pacientes con edades de 0 a 12 años, referidos a la consulta de manejo intestinal, sin tomar en cuenta el diagnóstico o motivo de referencia.

Las variables utilizadas fueron: género, edad, diagnóstico, síntomas, motivo de la referencia y procedimientos quirúrgicos realizados.

Se tomaron como pacientes activos, aquellos que se encuentran en control en la clínica, y como resueltos los que fueron manejados inicialmente y luego referidos a la consulta externa de pediatría o cirugía, además de los referidos a los hospitales Nacional de Niños o William Allen, de Turrialba.

Cuadro 1. Síntomas asociados de los pacientes referidos a la Clínica de Manejo Intestinal por estreñimiento de difícil manejo		
Síntomas asociados	Pacientes activos	Pacientes resueltos
Dolor abdominal	40%	30%
Vómito	12%	10%
Encopresis	76%	25%

Resultados

Se obtuvieron 77 pacientes, 25 activos (35%) y 52 resueltos (65%), que fueron referidos de las consultas de Pediatría y Cirugía Pediátrica por estreñimiento de difícil manejo.

De los pacientes activos, 14 (56%) son hombres y 11 mujeres, con rangos de edad entre los 4 meses y los 13 años, con un promedio de edad de 5 años y 2 meses.

Los motivos de consulta de los pacientes activos fueron: estreñimiento crónico en 20 pacientes (80%), enfermedad de Hirschsprung en 3 (12%) y encopresis en 2 (8%); los síntomas asociados de este grupo de pacientes fueron: dolor abdominal en 10 (40%), vómito en 3 (12%) y manchado en 19 (76%; Cuadro 1).

Dentro de los diagnósticos identificados, 16 pacientes (64%) tenían estreñimiento funcional, 6 (24%) con enfermedad de Hirschsprung, 1 (4%) con síndrome de Mowat Wilson, 1 con espina bífida, y 1 con ptosis del colon transverso (Cuadro 2).

De los 52 pacientes resueltos, 32 son hombres (61,5 %) y 20 mujeres. El rango de edad: entre los 17 días y los 12 años, con un promedio de 4 años y 5 meses. 44 pacientes (84,6%) tienen diagnóstico de estreñimiento funcional, 6 (11,5%) de enfermedad de Hirschsprung (Figura 1), 1 (1,9%) de ano imperforado con fistula perineal, y 1 más con estenosis anal. Los motivos de consulta fueron: estreñimiento crónico en 47 pacientes (90%), estenosis anal en 1 (1,9%), enfermedad de Hirschsprung en 1 (1,9%), fecalomas en 1 (1,9%), malformación anorrectal en 1 (1,9%) y enfermedad pérvica inflamatoria 1 (1,9 %); los síntomas asociados fueron: dolor abdominal en 16 pacientes (30%), manchado en 13 (25%) y vómito en 5 (9,6%). El total de citas en el grupo de pacientes resueltos fue de 368, con un rango de 1 a 21 citas por paciente y un promedio de 7.

La edad a la que ingresaron al programa fue, en el grupo de pacientes activos: menores de 1 año, 3; de 1 a 4 años, 8; de 4 a 8 años, 11; mayores de 8 años, 3. En los pacientes resueltos: menores de 1 año, 4; de 1 a 4 años, 23; de 4 a 8 años, 18, y mayores de 8 años, 7.

En los pacientes menores de 1 año (en ambos grupos), 7 en total, 4 fueron referidos por enfermedad de Hirschsprung, 1 por

Cuadro 2. Diagnósticos de los pacientes manejados en la Clínica de Manejo Intestinal		
Diagnóstico	Pacientes activos	Pacientes resueltos
estreñimiento funcional	16	44
Enfermedad de Hirschsprung	6	6
Sd. Mowat Wilson	1	0
Espina bífida	1	0
Ptosis de colon transverso	1	0
Ano imperforado	0	1
Estenosis anal	0	1

estenosis anal, 1 con síndrome de Mowat Wilson y solo uno por estreñimiento funcional.

De todos los pacientes referidos por estreñimiento de difícil manejo, se detectaron 15 (19%) de resolución quirúrgica (Figura 2).

Discusión

Se ha reportado en la edad pediátrica una incidencia de estreñimiento funcional del 0,7-30%,^{8,9} en el cual no hay una causa orgánica pero debe tratarse, ya que se presenta con dolor abdominal, irritabilidad, dolor anal, vómito, anorexia, malestar general y cefalea, síntomas que no afectan la vida del paciente, aunque sí su desempeño escolar y en el entorno familiar.³⁻⁴⁻⁷⁻¹⁰⁻¹²⁻¹³

Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y afecta a un 1 - 30% de los niños alrededor del mundo.⁹ La causa de estreñimiento es multifactorial y se desconoce la fisiopatología exacta. Se han descrito factores de riesgo como: dieta baja en fibra, poca ingesta de líquidos, sedentarismo y factores genéticos. Se ha asociado también a flora fecal anormal que disminuye las concentraciones de ácido láctico de las bacterias, y al aumento de metanógenos, que incrementa las bacterias y hongos patógenos.³⁻¹⁰

El estreñimiento retentivo funcional se produce por una acumulación de heces duras que ocasionan dolor en la defecación; generalmente se produce en el momento del entrenamiento para dejar el pañal o el inicio de la escuela y el subsecuente miedo a las deposiciones dolorosas, lo que conduce a un círculo vicioso de retención y distensión rectal. El recto dilatado tiene menor respuesta a los estímulos sensitivos y se asocia a fatiga de los músculos del piso pérvico, que disminuye la habilidad para controlar el paso de líquido y produce el manchado por revalsamiento.¹¹

El estreñimiento funcional se presenta cuando no es posible identificar una causa orgánica; se puede asociar a:

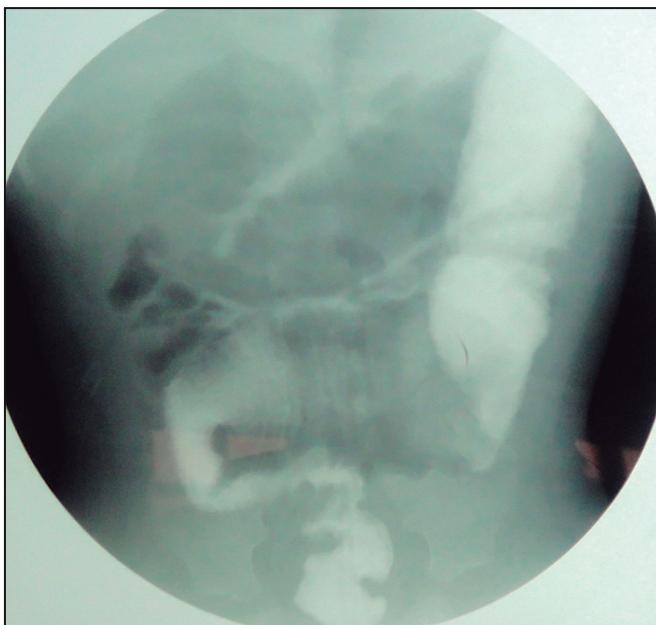


Figura 1. Colon por enema de paciente con enfermedad de Hirschsprung; se observa la zona de transición a nivel de la zona rectosigmoidea.

dolor abdominal, irritabilidad, dolor anal, vómito, anorexia, malestar general, cefalea y posturas retentivas (contracción de los músculos pélvicos y glúteos para detener la defecación). Algunas complicaciones de los síntomas crónicos son: hemorroides, sangrado rectal y fisuras anales. Aunque no existan condiciones que afecten la vida del paciente, el tratamiento se debe establecer para mejorar la calidad de vida.³⁻⁴⁻⁷⁻¹⁰⁻¹²⁻¹³

El tratamiento del paciente con estreñimiento funcional incluye: modificaciones de la conducta, dieta, tratamiento farmacológico y, de ser necesario, quirúrgico. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando no hay una respuesta adecuada al tratamiento farmacológico. Las opciones quirúrgicas contemplan: desimpactación en sala de operaciones, dilataciones anales o esfinteromiotomía, inyección de toxina botulínica en el esfínter anal, formación de conducto para enema anterógrado, resección de colon o de megorrecto y colostomía.⁵⁻⁷⁻¹⁴⁻¹⁶

De los 7 pacientes menores de 1 año, 5 (71%) presentan patología de resolución quirúrgica (4 enfermedad de Hirschsprung, 1 estenosis anal), 1, síndrome de Mowat Wilson y solo 1 con estreñimiento funcional. Este grupo etáreo requiere especial atención, ya que la mayoría son pacientes de manejo quirúrgico, en los que un retraso en el diagnóstico puede afectar el pronóstico.

De todos los pacientes referidos a la Clínica, se logró el objetivo de mantenerlos limpios y con deposiciones diarias en el 65% de los casos, ya sea con tratamiento médico o quirúrgico, motivo por el cual fueron referidos a Consulta Externa. Los pacientes activos están completando estudios, ajustando las dosis de tratamiento o esperando procedimientos quirúrgicos.

Desde junio de 2012, el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital “Dr. Maximiliano Peralta Jiménez”, inició con la

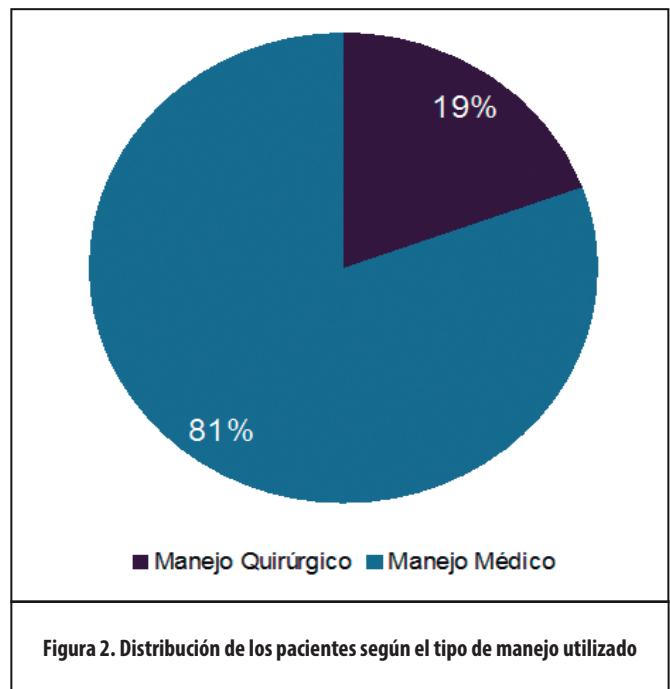


Figura 2. Distribución de los pacientes según el tipo de manejo utilizado

Clínica de Manejo Intestinal, debido a un aumento en el número de pacientes que ingresaban para biopsia rectal o para limpieza intestinal. Actualmente se cuenta con un equipo multidisciplinario (enfermera, pediatra, psicóloga, cirujano pediátrico) para abordar al paciente con estreñimiento de difícil manejo, lo que ha permitido tratar esta patología de diversas etiologías y detectar una gran cantidad de patologías de resolución quirúrgica que no se estaban manejando de forma adecuada, mejorando la calidad de vida de los pacientes con estreñimiento funcional y detectando a los pacientes con estreñimiento de causa quirúrgica, para una pronta resolución de su patología.

Referencias

1. Bischoff A, Levitt MA, Peña A. Bowel management for the treatment of pediatric fecal incontinence. *Pediatr Surg Int.* 2009, 25:1027-1042.
2. Levitt MA, Peña A. Pediatric Fecal Incontinence: A Surgeon's Perspective. *Pediatr Rev.* 2010, 31:91-100.
3. Jayasimhan S, Yap N, Roest Y, Rajandram R, Chin KF. Efficacy of microbial cell preparation in improving chronic constipation: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Nutr.* 2013, 30:1-7.
4. Aydogdu S, Cakir M, Yuksekaya H, Arikan C, Tumgor G, Baran M, Yagci RV. Chronic constipation in Turkish children: clinical findings and applicability of classification criteria. *Turk J of Pediatr.* 2009, 51:146-153.
5. Keshtgar A, Ward H, Clayden G. Diagnosis and management of children with intractable constipation. *Semin Pediatr Surg.* 2004, 13:300-309.
6. Peña A, Levitt MA. Colonic inertia disorders in pediatrics. *Curr Probl Surg.* 2002, 39:666-730.
7. Gillespie MC, Price KJ. The management of chronic constipation. *Paediatr Child Health.* 2008, 18:435-440.
8. Keshtgar A, Ward H, Clayden G. Pathophysiology of chronic childhood constipation: Functional and morphological evaluation by anorectal manometry and endosonography and colonic transit study. *J Pediatr Surg.* 2013, 48:806-812.

9. Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Phys.* 2014, 90: 82-90.
10. Howarth LJ, Sullivan PB. Management of chronic constipation in children. *Paediatr. Child Health.* 2012,22:401-408.
11. Griffin SJ, Parkinson EJ, Malone PS. Bowel management for paediatric patients with faecal incontinence. *J Pediatr Urol* 2008,4:387-392
12. Diamanti A, Bracci F, Reale A, Crisogiovanni M, Pisani M, Castro M. incidence, clinical presentation, and management of constipation in a pediatric ED. *Am J Emerg Med.* 2010 ,28: 189-194
13. Hartman EE, Oort FJ, Sprangers M, Hanneman M, van Heurn LW, de Langen ZJ, *et al.* Factors affecting quality of life of children and adolescent with anorectal malformations or Hirschsprung disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008, 47:1-9
14. Bove A, Bellini M, Battaglia E, Bocchini R, Gambaccini D, Bove V, *et al.* Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (Part II treatment) *World J Gastroenterol.* 2012 ,18: 4994-5013
15. Levitt MA, Martin CA, Falcone RA, Peña A. Transanal rectosigmoid resection for severe intractable idiopathic constipation. *J Pediatr Surg* 2009, 44:1285-1291
16. Levitt MA, Peña A. Surgery and constipation: When, How, Yes or No? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005,41:69-71