



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Constipación crónica



Alejandra Torres^{a,*} y Mónica González^b

^a Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

^b Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

Recibido el 9 de junio de 2014; aceptado el 21 de enero de 2015

Disponible en Internet el 21 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Constipación crónica;
Constipación funcional;
Tratamiento de la constipación

KEYWORDS

Chronic constipation;
Functional constipation;
Constipation treatment

Resumen La constipación infantil es un problema frecuente en la consulta pediátrica y constituye aproximadamente un 25% de la consulta al gastroenterólogo infantil. Se describe una prevalencia media de 8,9% en población pediátrica, pero esta es variable, ya que está influenciada por los distintos hábitos dietéticos y definiciones usadas en las poblaciones estudiadas. Un 90-95% de los casos son de causa funcional, y en ellos las medidas terapéuticas más importantes son la educación del niño y sus padres, la formación de un hábito defecatorio, una dieta rica en fibra y el uso de medicamentos en tratamientos de desimpacción y mantenimiento. Por último, es importante explicar a los padres que el tratamiento habitualmente es prolongado, ya que son frecuentes las recaídas. Se describe además que un 25% de los niños afectados continuarán con síntomas hasta la adultez.

© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Chilena de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Chronic constipation

Abstract Infant constipation is a common problem in pediatric practice and it constitutes approximately 25% of children's gastroenterologist consultations. An average prevalence of 8.9% in the pediatric population is described, but it varies as it is influenced by different dietary habits and definitions used in the studied populations. 90 to 95% of the cases have a functional cause, where the most important therapeutic measures are: Education to children and their parents, forming a stool pattern, a diet rich in fiber and the use of drugs for disimpaction treatment and maintenance. Finally, it is important to explain to parents that the treatment is usually long, due to frequent relapses. It is described that 25% of affected children will continue with symptoms into adulthood.

© 2015 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Chilena de Pediatría. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aletorresrmd@gmail.com (A. Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.06.017>

0370-4106/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Chilena de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La constipación se define como la presencia de evacuaciones infrecuentes o incómodas, con deposiciones habitualmente aumentadas de consistencia, que puede cursar con o sin incontinencia fecal. Es un síntoma secundario a una amplia variedad de trastornos, constituye una causa frecuente de consulta al pediatra general (3–5%) y un 25% de la consulta al gastroenterólogo pediatra¹. La constipación se debe a causas funcionales en 90-95% de los casos y en el 5-10% a infrecuentes etiologías orgánicas.

Generalidades

Los patrones normales de defecación varían según la edad, desde una media de 4 defecaciones al día en la primera semana de vida a 2 al día al año de edad. El patrón normal del adulto de 3 veces al día a 3 veces por semana se alcanza aproximadamente a los 4 años^{2,3}. Debe considerarse además que el número de deposiciones y su consistencia varía dependiendo de la dieta consumida por las distintas poblaciones.

En relación con la constipación funcional se han establecido los criterios de ROMA III (2006), los que se dividen en criterios para niños menores y mayores de 4 años² (tabla 1). Existen períodos bien definidos en los que hay un aumento en el diagnóstico de constipación funcional: cuando existe cambio de lactancia materna a artificial, cuando se introducen los sólidos en la alimentación, al entrenar la retirada de los pañales y al inicio de la vida escolar.

Los pacientes con constipación pueden presentar de forma secundaria incontinencia fecal retentiva, caracterizada por la emisión involuntaria de deposiciones asociada a la presencia de una ampolla rectal llena de estas. Esta condición se acompaña de «posturas retentivas», tales como cruzar las piernas en tijera, contraer los glúteos, danzar de adelante hacia atrás para contraer y relajar los glúteos con el fin de lograr que el bolo fecal ascienda.

Epidemiología

Se ha descrito una prevalencia de 0,7-29,6%, con una media de 8,9% en población pediátrica⁴. Este amplio rango de

prevalencia se ha relacionado con los diferentes hábitos dietéticos de los distintos países y con problemas en los criterios usados en la definición de la afección.

La prevalencia va aumentando con la edad, se describe al año 2,9%, a los 2 años 10,1%⁵ y en pre-escolares una prevalencia de 31%⁶. No existen diferencias por sexo, hasta la adolescencia, en que algunos autores describen un aumento de mujeres afectadas (1,5:1), posiblemente secundario al rol de la progesterona, que actúa sobre el suelo pélvico y la motilidad colónica⁷.

Fisiología de la defecación

A medida que el contenido intestinal avanza por el colon se reabsorbe agua, electrolitos y algunos nutrientes. A través de este proceso se va formando el bolo fecal, el cual queda retenido en el sigmoide y posteriormente se vacía hacia el recto, que en condiciones de reposo se encuentra sin deposiciones. La continencia anal se logra por la contracción mantenida del esfínter anal interno (engrosamiento de la musculatura circular del recto, involuntaria), la contracción del esfínter anal externo (constituido por musculatura estriada) y por el ángulo formado por los ejes longitudinales del canal anal y rectal (dependiente de los músculos del piso pélvico, especialmente del elevador del ano).

Cuando llegan deposiciones al recto este se distiende, hasta que se adquiere la sensación de plenitud rectal, lo que provoca aumento de la actividad propulsiva rectal y relajación del esfínter anal interno. Al descender la masa fecal se distiende el canal anal, generando la sensación de urgencia defecatoria. La defecación puede ayudarse de forma voluntaria con la relajación de la musculatura del piso pélvico y del esfínter anal externo, además del aumento de la presión abdominal por contracción del diafragma y los músculos de la pared del abdomen⁸.

Fisiopatología

La fisiopatología de la constipación es multifactorial. En un pequeño porcentaje es secundaria a un trastorno orgánico conocido, como malformaciones anorrectales, enfermedad de Hirschsprung, anomalías neurológicas o trastornos endocrino-metabólicos (tabla 2).

En más del 90% de los niños se diagnostica constipación funcional; esta se ha relacionado con la retención de deposiciones después de un episodio de dolor o miedo a defecar. Como consecuencia de la retención la mucosa rectal absorbe el agua de la masa fecal, obteniéndose heces más voluminosas y duras que son más difíciles de evacuar. Este proceso produce un círculo vicioso provocando mayor retención de deposiciones, distensión del recto, incontinencia fecal retentiva debido a esfínter anal incompetente y por último pérdida de la sensación de urgencia defecatoria⁹.

Respecto a la predisposición genética no se han encontrado mutaciones en genes asociados específicamente a la constipación funcional. Los factores genéticos podrían tener un rol en pacientes con constipación que se inicia en los primeros meses de vida, y en aquellos con historia familiar de constipación. Hay numerosos síndromes asociados con constipación debido a mutaciones en los genes que afectan los sistemas necesarios para una defecación normal¹⁰.

Tabla 1 Constipación crónica funcional. Criterios de Roma III

< 4 años: 2 o más criterios por un mes	4-18 años: 2 o más criterios por 8 semanas
Dos episodios de defecación a la semana o menos	Dos episodios de defecación a la semana
Uno o más episodios de incontinencia a la semana	Uno o más episodios de incontinencia fecal a la semana
Historia de retención de deposiciones	Posturas y comportamientos retentivos
Defecación dolorosa	Defecación dolorosa
Fecaloma	Fecaloma
Deposiciones grandes	Deposiciones grandes que tapan el baño

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4175889>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4175889>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)