Constipación crónica y megacolon

Estudio longitudinal en 106 niños

DRES.: FRANCISCO LARRAIN *, GUSTAVO ALDUNATE ** Y OSVALDO DANUS *.

La constipación crónica es una patología frecuente en la edad pediátrica y puede derivarse de numerosas causas (1). Suele ser difícil establecer el diagnóstico etiológico, lo que conduce en ocasiones a conductas terapéuticas erradas, pudiendo practicarse un acto quirúrgico innecesario o por el contrario, retardarse la solución quirúrgica indispensable (2). El tratamiento médico también suele ser mal llevado, ya sea porque no se consideran los múltiples factores que influyen la constipación o bien porque este tratamiento es mantenido por un período demasiado breve, sin que se logre restablecer la función intestinal normal.

Estos hechos nos motivaron a realizar un estudio retrospectivo de los pacientes que consultaron por constipación crónica en las policlínicas de gastroenterología y cirugía del Hospital Roberto del Río, en los últimos 6 años. En este estudio se tomaron en cuenta solamente aquellos pacientes que fueron controlados por un período superior a 6 meses y que consultaron en varias ocasiones (más de tres consultas), lo que nos permitió conocer su evolución clínica a largo plazo. Se revisó detalladamente el cuadro clínico, exámenes efectuados, tratamiento y evolución posterior.

MATERIAL Y MÉTODO. Nuestro material empleado consistió en 106 niños que consultaron por constipación crónica en este Hospital entre los años 1969 y 1974. En ellos se analizaron detalladamente los síntomas clínicos, exámenes efectuados, tratamiento y evolución a largo plazo.

La edad de los pacientes varió entre 3 días y 15 años, con la siguiente distribución por edad:

Recién Nacidos:	2
Lactantes:	32
Preescolares:	33
Escolares:	39

Existió, al igual que en otras revisiones (2) predominio del sexo masculino, en una proporción 2:1 (74 hombres y 32 mujeres).

Para calificar el grado de constipación, se consideró que ésta era leve cuando cedía espontáneamente sin necesidad de medicamentos o enemas; moderada (grado II), si el paciente requería de laxantes en forma rutinaria para obrar y grave (grado III), cuando se obtenían evacuaciones sólo mediante el uso de lavados intestinales repetidos.

El diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung, sospechado por la historia clínica y la radiología, se confirmó siempre con el estudio histológico de la pared rectal, obtenida por biopsia según la técnica preconizada por Swenson (3) ó en el acto quirúrgico, al efectuarse el examen de la zona aganglionar reseca.

RESULTADOS

En la tabla N° 1 se encuentran agrupados los pacientes de acuerdo al grado de constipación que presentaban en el primer control. La mayor parte de los niños tenían una constipación entre moderada y severa, lo que los obligó a acudir al hospital y no continuar el tratamiento en el consultorio periférico.

* Departamento de Pediatría, Hospital Roberto del Río.

** Servicio de Cirugía, Hospital Roberto del Río.

Las causas de la constipación crónica en los 106 niños estudiados se encuentran resumidas en la tabla N° 2. Se logró establecer la causa directa de la constipación sólo en la tercera parte de los casos (Enfermedad de Hirschsprung, estenosis o imperforación anal y daño cerebral).

En la gran mayoría de los casos (66%), el estudio realizado (clínico, radiológico e histológico), sólo permitió descartar las etiologías mencionadas. La constipación que presentó este grupo de niños, fue catalogada como "*constipación funcional*", de acuerdo al término empleado en la literatura (2).

En la tabla N° 3 se analiza el grado de constipación en relación a la etiología. Como puede apreciarse, las constipaciones más severas se presentaron en los casos de Enfermedad de Hirschsprung, daño cerebral y estenosis anal. En el cuadro de tipo funcional, existió un alto porcentaje (60%) de constipación leve y moderada.

Generalmente se acepta que el comienzo de la sintomatología en la enfermedad de Hirschsprung es muy precoz y ocurre en los primeros meses de la vida y que en cambio la constipación funcional es de iniciación

FIGURA II

CONSTIPACION CRONICA

(Hospital R. del Río, 1969-74)

Síntomas y signos según la etiología

más tardía, durante la edad preescolar o escolar.

La revisión de nuestra casuística (Figura N° 1), muestra que solamente en la mitad de los casos de enfermedad de Hirschsprung (55%), los síntomas se iniciaron durante el período de Recién Nacidos. En el resto de los casos, se iniciaron en la edad de lactante (27%) y preescolar (16%). Llama la atención también, que más de la mitad de los casos de constipación funcional (52%), iniciaron las molestias antes de los 2 años de edad. La constipación de la estenosis anal se inició precozmente en el primer mes de vida, en el 83% de los casos.

En el diagnóstico diferencial entre el megacolon aganglionar y el funcional, es importante el análisis del cuadro clínico y aunque no existen síntomas patognomónicos de uno u otro cuadro, el análisis global de la sintomatología permite orientarse en el diagnóstico. En la figura 2 y tabla N° 4, aparecen representados los síntomas y signos más relevantes que presentaron estos pacientes. La cuarta parte de los niños con constipación funcional presentaba *problemas emocionales* severos. No podemos sin embargo, asegurar si estos problemas fueron la causa o bien el resultado de la constipación. No encontramos estas alteraciones psicológicas en los pacientes con enfermedad de Hirschsprung.

FIGURA I

CONSTIPACION CRONICA

(Hospital R. del Río, 1969-74)

Edad de comienzo de los síntomas, según la etiología.

TABLA I
CONSTIPACION CRONICA

Hosp. R. del Río 1969 - 1974

Grado de constipación (106 casos)

Grado	Nº casos	
I	12	11,3 %
II	37	34,9 %
III	57	53,8 %

TABLA II
CONSTIPACION CRONICA

Hosp. R. del Río 1969 - 1974

Etiología	Nº pacientes	% hombres	% mujeres
Constipación funcional	70	70	30
Enfermedad de Hirschsprung	18	83	17
Estenosis o imperforación anal	12	67	33
Daño cerebral	4	25	75
No clasificada	2	50	50
Totales	106	70	30

TABLA III
CONSTIPACION CRONICA

Hosp. R. del Río 1969 - 1974

Grado de constipación según etiología

Etiología	Nº casos	Grado I	Grado II	Grado III
Funcional	70	15,7%	44,2%	40,1%
Hirschsprung	18	0 %	0 %	100 %
Secundaria a estenosis anal	12	8,3%	33,3%	58,4%
Daño cerebral	4	0 %	25 %	75 %
No clasificada	2	0 %	50 %	50 %

La *enterocolitis* grave se presentó en un alto porcentaje de los niños con aganglioneosis (39%) y sólo en un niño con megacolon funcional.

La *encopresis* constituyó el principal motivo de consulta en la cuarta parte de los niños con megacolon funcional. No se presentó en los niños con enfermedad de Hirschsprung.

Por último debemos decir que un alto porcentaje de niños con aganglioneosis tuvieron un compromiso importante del *estado nutritivo* y en el examen del abdomen llamaron la atención una *distensión acentuada, movimientos peristálticos visibles y masas palpables*, que correspondían a deposiciones. Estos hallazgos fueron mucho menos frecuentes en el megacolon funcional.

El examen de la *ampolla rectal* practicado al ingreso estaba consignado aproximadamente en la mitad de los casos. La ampolla rectal se encontró llena de deposiciones en 33 de 40 casos con constipación funcional, en 4 de 7 casos de enfermedad de Hirschsprung y en 7 de 10 pacientes con estenosis anal.

Los *hallazgos radiológicos* en pacientes con constipación funcional y aganglioneosis, se encuentran resumidos en la tabla Nº 5. En la gran mayoría de los casos de constipación funcional el informe radiológico fue de "*Dolicosigma o Dolicomegasigma*" (86,7%), destacándose en todos ellos un alargamiento anormal del segmento rectosigmoideo. En 5 casos (13,2%), el estudio radiológico fue informado como normal.

En 2 de los 5 casos de enfermedad de Hirschsprung el informe del radiólogo fue de *dolicosigma*; no se sospechó el cuadro de aganglioneosis. En el resto de los casos, el informe fue concordante con el diagnóstico de Hirschsprung (73%) o mostró una imagen de obstrucción intestinal.

Constipación funcional: Tratamiento y resultados.

El tratamiento médico consistió en practicar lavados intestinales hasta obtener un vaciamiento completo del recto, (en ocasiones el paciente debió ser hospitalizado para efectuar el vaciamiento de un fecaloma), indicándose posteriormente el uso de lubricantes (vaselina líquida), ablandadores de la deposición (Regal) y estimulando la formación de un hábito intestinal normal. Cuando existieron problemas emocionales se derivó el paciente a psiquiatría. Este tratamiento se indicó por un período mínimo de un año. El resultado de este tratamiento fue catalogado como *bueno*, si en el último control existía un hábito intestinal normal. (deposición espontánea cada 24 ó 48 hrs.); como regular si persistían períodos de constipa-

TABLA IV
CONSTIPACION CRONICA

Hosp. R. del Río 1969-1974

Síntomas y signos

	Funcional (70 casos)	Hirschsprung (18 casos)
Conflictos emocionales	24,3%	0 %
Enterocolitis	1,4%	38,8%
Encopresis	24,2%	0 %
Retraso ponderal	8,5%	94,4%
Distensión abdominal	34,2%	100 %
Movimientos peristálticos visibles	4,2%	66,6%
Masas palpables	42,8%	83,3%

TABLA V
CONSTIPACION CRONICA

Hosp. R. del Río 1969-1974

Estudio radiológico en pacientes con constipación

	Nº casos	Dolicosigma	Espasmo rectosigmoideo	Obstrucción intestinal	Normal
Funcional	38	86,8%	0 %	0 %	13,2%
Hirschsprung	15	13,3%	73,4%	13,3%	0 %

TABLA VI
CONSTIPACION CRONICA

Hosp. R. del Río 1969-1974

Resultados del tratamiento en 70 casos de constipación funcional

Tratamiento	Nº	Bueno	Regular	Malo	Ignorado
Médico	54	64,8%	18,5%	3,7%	13 %
Quirúrgico	16	43,7%	25 %	12,5%	18,8%

ción intermitentes que requerían nuevos tratamientos; como malo si existía una dependencia permanente al tratamiento médico o había falta de respuesta a éste.

El tratamiento quirúrgico consistió en

practicar una resección del sigmoides alargado y dilatado.

Los resultados del tratamiento efectuado en los 70 pacientes con constipación funcional se encuentran resumidos en la tabla Nº 6. De los 70 pacientes, 16 fueron intervenidos: en 4 de ellos la intervención fue practicada por haberse fracasado en el tratamiento médico. En los 12 restantes, la intervención se efectuó sin haberse intentado un tratamiento médico previamente. Los 54 pacientes no intervenidos, fueron sometidos a un tratamiento prolongado. Como puede apreciarse del análisis de la tabla, los resultados son mejores en los pacientes no operados a pesar de que la severidad de la constipación en ambos grupos de pacientes es comparable.

Enfermedad de Hirschsprung: Tratamiento y resultados.

Es conocido el hecho de que el tratamiento médico en pacientes con enfermedad de Hirschsprung sólo produce a veces una mejoría transitoria, especialmente en los primeros meses de la vida, pero todos evolucionan finalmente hacia una constipación crónica rebelde que sólo puede mejorar con el tratamiento quirúrgico (7).

En nuestros 18 pacientes, se practicó la resección de la zona aganglionar y se abocó el intestino al ano con las técnicas descritas por Duhamel en la mayoría de los casos, de Rehbein en un caso y de Soave en los últimos seis pacientes. Aunque el resultado final obtenido fue satisfactorio, estos pacientes tuvieron una serie de complicaciones, que en algunos casos motivaron 5 o más operaciones. El análisis detallado de la experiencia quirúrgica será motivo de una publicación posterior.

Los casos de *estenosis anal* primaria o secundaria a una operación por estenosis anal, fueron escasos y la mayoría de las veces respondieron bien al tratamiento médico con dilataciones.

Los 4 casos de constipación en niños con *retardo mental*, consultaron con cuadros obstructivos abdominales, requiriendo de hospitalización para efectuar el adecuado vaciamiento intestinal. La evolución posterior de estos pacientes dependió de la colaboración de la familia en el cumplimiento del tratamiento médico. En 2 casos la evolución fue satisfactoria; los otros 2 en cambio, evolucionaron mal, y han requerido de múltiples hospitalizaciones por retención estercorea.

Existen múltiples causas que pueden producir constipación crónica en el niño (1-4-5 y 6). Los medios diagnósticos de que disponemos hasta la fecha nos permitieron determinar la etiología sólo en la tercera parte de los pacientes. Los diagnósticos en este grupo de niños fueron: Enfermedad de Hirschsprung, estenosis anal y daño cerebral. El resto de los casos (la dos terceras partes), fue agrupado bajo el término de constipación funcional. Sabemos que los casos incluidos en este grupo pueden obedecer a numerosas etiologías. Duhamel (5) estudió un grupo de 21 niños con diagnóstico de megacolon idiopático, en los cuales se había efectuado una biopsia rectal corriente, que había sido informada como normal. En todos ellos efectuó un estudio histológico de un trozo amplio de pared rectal, que comprendía los esfínteres interno y externo. En 10 casos encontró una zona muy pequeña de aganglionosis; estos pacientes tenían una enfermedad de Hirschsprung de segmento ultra corto. En 8 pacientes encontró alteraciones francas a nivel del esfínter interno, observando presencia de musculatura estriada en vez de la musculatura lisa normal o bien fibrosis acentuada del esfínter, impidiéndose en ambos casos la función esfinteriana normal. Solamente en 3 casos el estudio realizado no demostró alteraciones.

Al igual que el estudio histológico corriente, la Radiología también puede inducir a un error diagnóstico. En la revisión realizada por Kottmeier (2) en 41 pacientes con enfermedad de Hirschsprung, el estudio radiológico fue diagnóstico sólo en el 80% de los casos.

En nuestra revisión se practicó estudio radiológico en 15 casos comprobados de aganglionosis. En 2 de ellos la radiología fue sugerente de megacolon funcional.

Los hechos comentados nos hacen pensar que algunos de nuestros pacientes cuyo diagnóstico fue de constipación funcional y que no han respondido al tratamiento médico bien llevado podrían tener algunas de las alteraciones descritas.

En los últimos años, el uso de la manometría rectal ha contribuido en forma muy importante al diagnóstico etiológico (8-9). Se ha descrito un pattern manométrico característico de la enfermedad de Hirschsprung y se estima que este examen debe practicarse al sospechar esta enfermedad antes de efectuar la biopsia rectal. En nuestro Departamento, se han efectuado este año las

primeras manometrías rectales, y se han obtenido muy buenos resultados (10).

Otro hecho que nos parece interesante comentar es el estudio radiológico de los pacientes con constipación catalogada como funcional. En la gran mayoría de los casos, se encontró un dolicosigma. Se ha pensado que este alargamiento del colon en su porción terminal es una consecuencia de la constipación crónica. Nos llama la atención sin embargo, el hecho de que este hallazgo se produjo en varias ocasiones en niños pequeños (lactantes) con una constipación de pocos meses de evolución. Nos cabe la duda de si algunos de estos casos pudieran ser dolicosigmas congénitos, que hubieran dado secundariamente una constipación crónica. No hemos encontrado comentarios en la literatura al respecto. Tampoco sabemos de que se haya estudiado en este sentido, un grupo control constituido por niños sin constipación, ya que el dolicosigma también podría presentarse en niños sanos.

El tratamiento médico de la constipación funcional debe ser prolongado (nosotros lo mantenemos por un período mínimo de un año). Si no se obtienen buenos resultados, a pesar del tratamiento bien llevado y habiendo descartado todas las otras causas de constipación, debe practicarse el tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico efectuado en varios de nuestros pacientes sin haberse intentado un tratamiento médico previo no dio buenos resultados.

RESUMEN

Se analiza el cuadro clínico, tratamiento y evolución a largo plazo en un grupo de 106 pacientes que consultaron por constipación crónica.

La causa directa de la constipación se estableció en la tercera parte de los pacientes (Enfermedad de Hirschsprung en 18, estenosis o imperforación anal en 12 y daño cerebral en 4 casos). El resto de los pacientes presentó una constipación que fue catalogada como funcional (70 niños).

Se comenta la dificultad que existe con cierta frecuencia en el diagnóstico diferencial del megacolon funcional con la Enfermedad de Hirschsprung.

Se destaca la importancia del tratamiento médico prolongado en la evolución a largo plazo de los pacientes con constipación funcional.

SUMMARY

The clinical picture, management and long term follow up of 106 patients with chronic constipation are analyzed.

The etiology was found in 1/3 of the patients (Hirschsprung's disease in 18, stenosis or anal imperforation in 12 and brain damage in 4). The others (70 patients) were considered as "functional constipation".

The problem on differential diagnosis between functional megacolon and Hirschsprung's disease is commented.

We conclude that a long term medical management is very important in patients with functional constipation.

REFERENCIAS

- 1.— *Bentley John F. R.* "Constipation in infants and children G.U.T. 12: 85, 1971.
- 2.— *Kottmeier Peter K. and Clatworthy William, J.,* "Aganglionic and Functional Megacolon in children. A diagnostic dilemma". *Pediatrics*, 36: 572, 1965.
- 3.— *Swenson, O.:* *Pediatric Surgery*, New York: Appleton Century Crofts, pp. 403. 1958.

- 4.— *Ehrempreis Th.* "Pseudo-Hirschsprung's Disease" *Arch. Dis. Childh.* 40: 177, 1965.
- 5.— *Bentley et Al.* "Seminar on Pseudo-Hirschsprung's Disease and related disorders". *Arch. Dis. Childh.* 41: 143, 1966.
- 6.— *Bell Amte.* "Causes and Treatment of chronic constipation". *Pediatrics* 14: 259, 1954.
- 7.— *Leanders Eric; Sieber William; Kieseewetter William.* "Hirschsprung's Disease". *Surgical Clin. of N.A.* 50: 907, 1970.
- 8.— *Schnauffer Locuse et Al.* "Differential Sphincteric studies in the diagnosis of ano rectal disorders of childhood". *Journal of Ped. Surg.* 2: 538, 1967.
- 9.— *Lawson J.O.N.* "Anal canal pressures in the diagnosis of Hirschsprung's disease". *Journal of Ped. Surg.* 2: 544, 1967.
- 10.— *Danús O.* "Manometría Rectal en niños. Comunicación Preliminar". V Jornadas Anuales, Sociedad Chilena de Pediatría y Sociedad de Cirugía Pediátrica. Noviembre, 1975.