Rev. Chil. Pediatr. 63 (4); 205-208, 1992

Constipación crónica idiopática. Estudio longitudinal en cuarenta casos

Francisco Larraín B.¹; Osvaldo Danús V.¹

Chronic constipation

Chronic constipation is a common condition in childhood, and despite current diagnostic methods its etiology remains unknown in 70% to 80% of the cases. Appropriate medical treatment is frequently effective but it has to be sustained and carefully done in order to restore intestinal function. Data from 40 children (21 girls) with chronic idiopathic constipation who were seen along a 10 years period at a pediatric gastroenterology clinic from a university associated hospital at Santiago, Chile, is shown. Symptoms begun before one year of age in 62% and before age 3 years in 82% of these patients. Sixty percent of them needed frequent use of laxatives, one third looked for medical care because of fecal runoff and 22.5% had psychological symptoms. A cross sectional study after one year follow up in 36 remaining patients showed that 21 (61.7%) of them were free of symptoms and apparently cured. After ten years it was possible to regain information from 16 patients, 14 of them were considered to be healthy and their x-ray studies were normal. The two remaining cases showed clinical, radiological and manometric evidence of an organic disease (myogenic achalasia, megarectus and megacolon) and both required surgical treatment. Possible causes of protracted course in children with chronic idiopathic constipation include genetic predisposition, failure to comply with treatment and chronic local inflammation and fibrosis due to persistent fecal mass.

(Key words: Constipation, chronic, idiopathic, treatment, prognosis.)

La constipación crónica es un problema frecuente en la infancia. En los casos graves, cuando se acompaña de fecaloma y escurrimiento fecal,

constituye una situación muy molesta para el niño y la familia. En 70 a 80% de los pacientes, los métodos radiológicos, manométricos e histológicos de estudio disponibles actualmente, no permiten demostrar alteraciones orgánicas y tampoco existen alteraciones de los hábitos de defecación o de alimentación que expliquen el

1. Unidad de Gastroenterología, Departamento de Pediatría, Hospital Roberto del Río.

trastorno. Al no poder atribuir el estreñimiento a ningún factor conocido hasta ahora, estos pacientes quedan catalogados como portadores de constipación crónica idiopática¹. Pocos estudios de seguimiento evalúan la respuesta de esta afección, a largo plazo, al tratamiento médico². En la práctica clínica es frecuente que, pese a manejos bien hechos, los pacientes sufran recaídas, se reproduzca el fecaloma y se desarrollen megarrecto y megacolon, que ensombrecen el pronóstico y desalientan al paciente y a su familia. Estos hechos nos motivaron a estudiar la evolución de un grupo de niños con el problema, que han sido atendidos en un hospital pediátrico de Santiago a lo largo de un período de 10 años.

Material y Método

Se revisaron las fichas clínicas de 40 niños con constipación crónica idiopática, atendidos en la policlínica de gastroenterología del Hospital Roberto del Río, entre los años 1978 y 1988. En todos ellos, un estudio clínico completo (síntomas clínicos, examen físico, radiología y manometría) descartó las causas conocidas de constipación.

La edad de los pacientes en la primera consulta variaba entre 6 meses y 11 años; 5 eran menores de 2 años; 21 tenían 2 a 5 años; 14 tenían más de 5 años y 21 de los 40 eran mujeres.

El grado de constipación al comienzo del estudio fue clasificado, de acuerdo a un trabajo anterior, como leve (grado I), cuando cedía con facilidad a un régimen alimentario adecuado, sin necesidad de usar medicamentos o enemas evacuantes; moderado (grado II), si el paciente requería laxantes en forma rutinaria para obrar, y severo (grado III) cuando se obtenían evacuaciones sólo mediante el uso de lavados intestinales repetidos³.

Una vez confirmado el diagnóstico se explicó a los padres las características de la enfermedad y se inició un tratamiento médico, que consistió, en primer lugar, en lavados intestinales, hasta obtener el vaciamiento del recto, para lo cual —ocasionalmente— el paciente debió ser hospitalizado para evacuar el fecaloma. Simultáneamente con los lavados se indicó un régimen rico en residuos, lubricantes (vaselina líquida) en los mayores de tres años o ablandadores de la deposición (dioctil sulfosuccinato sódico) en los niños menores, en cantidad suficiente para lograr evacuaciones fáciles. Se realizó también una educación del paciente y de los padres, para formarle un hábito intestinal normal. Este tratamiento se mantuvo por lo menos un año, indicándose controles posteriores cada 6 meses para prevenir recaídas.

El resultado del tratamiento a corto plazo se estudió de las fichas clínicas, analizando los síntomas al año de tratamiento. El estado actual de los pacientes se evaluó mediante visita de la asistente social del hospital y citación a control médico radiológico de los pacientes. Sólo 16 de los 40 pacientes del grupo inicial

podieron ser ubicados, después de lo cual fueron controlados en el hospital, completándose sus registros clínicos con la información que faltaba desde la última consulta.

Resultados

La magnitud de la constipación de los pacientes en la primera consulta era en 4 (10%) grado I, en 24 (60%) grado II y en 12 (30%) grado III. Los síntomas comenzaron precozmente, en el primer año de vida, en 25 (62%) de los casos y antes de la edad escolar en 90% de ellos (tabla 1). Los síntomas y signos más relevantes que presentaron estos pacientes se describen en la tabla 2. Entre ellos destacaron: distensión abdominal, escurrimiento fecal y la rectorragia secundaria a fisura anal. Estos dos últimos constituyeron casi siempre el motivo principal que alarmó a los padres y los hizo solicitar una consulta para el especialista. El escurrimiento fecal fue muchas veces interpretado en forma errónea como diarrea. Nueve pacientes (22,5%) tenían trastornos psicológicos. En el examen físico se comprobó la presencia de fecaloma en la gran mayoría de los pacientes, lo que revelaba el largo tiempo de enfermedad.

Para analizar la evolución clínica y la respuesta al tratamiento es necesario considerar dos etapas en el estudio. Después de un año de tratamiento, 34 niños continuaban en control y en 21 (61,7%) había desaparecido la constipación, no habiendo tenido necesidad de usar medicamentos ni enemas en los últimos 6 meses. Trece pacientes seguían con constipación, que en tres era grave, con reinstalación del fecaloma, por lo cual fueron reevaluados con radiología

Tabla 1

Constipación crónica idiopática. Edad de comienzo de la constipación (40 casos)

Edad (años)	n niños	%
< 1	25	62,0
1 - 2	2	5,0
2 - 3	6	15,0
3 - 4	1	2,5
4 - 5	2	5,0
> 5	3	7,5
No precisada	1	2,5

Tabla 2

Constipación crónica idiopática. Manifestaciones clínicas y complicaciones (40 casos)

	n	%
SINTOMAS		
Rectorragia	15	37,5
Distensión abdominal	14	35,0
Escurrimiento fecal	13	32,5
Trastornos psicológicos	9	22,5
Dolor abdominal	6	15,0
Infección urinaria	5	12,5
Prolapso rectal	1	2,5
SIGNOS		
Fecaloma	31	77,5
Masa abdominal	20	50,0
Desnutrición	2	5,0

y manometría: uno tenía alteraciones manométricas compatibles con acalasia miogénica, debiendo ser sometido a esfinteromiectomía; otro tenía el sigmoides redundante y muy dilatado, por lo que se le resecó el asa sigmoidea; ambos tuvieron buena evolución posterior.

A los 10 años sólo fueron ubicados 16 niños. Catorce habían mejorado, pues en el momento del control tenían deposiciones normales, cada 24 a 48 h, sin necesidad de medicamentos ni lavados, y el enema baritado era normal en todos ellos. Los otros dos niños continuaban con constipación, que era moderada en uno y grave en el otro. En ambos casos el enema baritado mostró megarrecto y megacolon y en el estudio manométrico anorrectal había alteraciones compatibles con acalasia miogénica, por lo que fueron sometidos a esfinteromiectomía, con buenos resultados inmediatos.

Discusión

Los niños con constipación crónica y escurrimiento fecal presentaban habitualmente diversos trastornos psicológicos. Este hecho hizo pensar hace algún tiempo a algunos autores, que si se descartaban las diferentes causas orgánicas, la constipación podía atribuirse a estos trastornos y llamaron a esta afección "constipación psicogénica"⁶. Trabajos recientes han demostrado que las alteraciones psíquicas desaparecen, en la mayoría de los casos, con el tratamiento de la cons-

tipación y, por lo tanto, parecen ser consecuencia de ésta y no su causa. En la actualidad se prefiere llamar a esta afección "constipación crónica idiopática"¹. En los últimos 15 años se han realizado numerosas investigaciones, en adultos y niños, tratando de identificar el trastorno básico de esta afección, demostrando la presencia de alteraciones de la motilidad y disminución de la velocidad del tránsito en distintos segmentos del colon. En base a estos hallazgos se ha clasificado a los pacientes en diferentes grupos, según la región afectada, pero no se ha avanzado más en el conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad⁷.

Como en otras experiencias⁸, en estos pacientes los síntomas se iniciaron muy precozmente, antes del año de edad en la mayoría de los casos. La iniciación de la constipación, antes de que pudieran haberse alterado los hábitos de alimentación o de defecación, sumado a informes sobre antecedentes familiares de constipación en más de la mitad de los casos de otras series, hacen pensar en la existencia de predisposición genética para esta afección, sospecha apoyada por la concordancia seis veces mayor de constipación en gemelos univitelinos que en bivitelinis¹.

Al año de tratamiento algunos enfermos presentaban respuesta parcial o ninguna a pesar de cumplir las indicaciones y en unos pocos de ellos se encontró evidencia de acalasia miogénica. Este último trastorno se encuentra con cierta frecuencia en pacientes con constipación crónica⁸, y es una complicación que ocurre a largo plazo, cuando el tratamiento de la constipación no es bien llevado, pues al persistir la retención fecal por períodos prolongados, la masa fecal se endurece, se impacta y provoca un proceso inflamatorio crónico en las paredes del colon, recto y ano. En casos de inflamación muy intensa se desarrolla fibrosis, que puede comprometer el esfínter interno impidiendo su relajación cuando se genera el reflejo rectoanal. De esta manera se agrega un factor orgánico que agrava la constipación y la hace aún más rebelde al tratamiento, haciéndose necesario practicar esfinteromiectomía. Esta complicación no se produce cuando se cumple bien el tratamiento y se evita la retención fecal. En estos casos, la evolución es buena, a corto y largo plazo, como pudo apreciarse en la mayoría de nuestros pacientes.

En el período de estudio de estos pacientes no se contó con técnicas actuales que permi-

tieran descartar otras afecciones, como la displasia neuronal, que en algunas revisiones se presenta con una frecuencia similar a la de acalasia miogénica^{8,9}.

Resumen

La constipación crónica es una patología frecuente en el niño y en un alto porcentaje (70 a 80%) los procedimientos diagnósticos actuales no permiten identificar la etiología. En esta situación el tratamiento médico debe ser prolongado y tiende a rehabilitar la función intestinal. En este trabajo se presenta el resultado obtenido a 10 años plazo, en un grupo de 40 niños portadores de constipación crónica idiopática. Un corte realizado a un año de evolución demostró que 61,7% de los casos había mejorado. A los 10 años existió mejoría en 14 de los 16 pacientes. En éstos el estudio radiológico de control fue normal. En los dos restantes, tanto el control radiológico como manométrico anorrectal, evidenciaron signos compatibles con alteraciones orgánicas (acalasia miogénica-megarrecto y megacolon) que indujeron al tratamiento quirúrgico. Las causas que pudieran condicionar la evolución tórpida en pacientes con constipación crónica idiopática incluyen, probablemente, factores genéticos, inflamación crónica y fibrosis de las paredes de colon distal,

recto y ano, secundarias a la persistencia de una masa fecal.

(Palabras claves: Constipación crónica, pronóstico.)

Referencias

1. Silverberg M, Daum F: Textbook of Pediatric Gastroenterology. 2a. ed. Chicago: Year Book Med Publ 1988. Chapter 9.
2. Davidson M, Kugler MM, Bauer Ch: Diagnosis and Management in Children with Severe and Protracted Constipation and Obstipation J Pediatr 1963; 62: 261-275.
3. Bellman M: Studies on Encopresis. Acta Paediatr Scand (suppl) 1966; 170: 1-150.
4. Abrahamian F, Lloyd-Still JD: Chronic Constipation in Childhood. A Longitudinal Study of 186 Patients. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1984; 3: 460-467.
5. Larraín F, Aldunate G, Danús O: Constipación Crónica y Megacolon. Estudio longitudinal en 106 niños. Rev Chil Pediatr 1975; 46: 405-410.
6. Anderson Ch, Burke V: Paediatric Gastroenterology. London: Blackwell Scientific Publication, 1975. Chapter 14.
7. Hatch T: Encopresis and Constipation in Children. Pediatr Clin North Am 1988; 35: 257-280.
8. Krebs C, Flores G, Bravo I, Cruz MA, Sepúlveda R, Rojas S: Electromanometría Anorrectosigmioidea en el diagnóstico diferencial de la constipación en el niño. Rev Chil Pediatr 1988; 69: 11-16.
9. Krebs C, Silva C, Parra MA: Anorectal electromanometry in the diagnosis of neuronal intestinal dysplasia in childhood. Eur J Pediatr Surg 1991; 1: 40-44.

La Dirección de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile informa a los médicos egresados de los programas de formación de especialistas que no han rendido el examen final correspondiente, que se han fijado los siguientes plazos para cumplir ese requisito:

1. Años 1992 y 1993, período de blanqueo de la situación para egresados desde 1983 a la fecha.
2. Hasta dos años después de terminado el programa para quienes egresen a partir de 1992 (D.U. 00966).