

Tratamiento del estreñimiento en el niño

MANUEL MOLINA ARIAS^a y EDUARDO ORTEGA PÁEZ^b

^aServicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España.

^bCentro de Salud Maracena. Distrito Metropolitano. Granada. España.

mma1961@gmail.com; edortegap@gmail.com

Puntos clave

● El tratamiento comienza por una fase de desimpactación y de tratamiento de las lesiones perianales existentes. A continuación, se pasa a la fase de mantenimiento, que engloba el tratamiento farmacológico y las medidas dietéticas y de educación de hábito intestinal.

● El polietilenglicol es el tratamiento de elección para mayores de 6 meses. Si hay intolerancia o ineficacia, pueden usarse ablandadores fecales o laxantes osmóticos. El uso de estimulantes se limitará a los mayores de 2 años y durante periodos breves.

● No existen pruebas firmes sobre la utilidad de otras medidas, como probióticos, prebióticos, dietas de exclusión o uso de fórmulas parcialmente hidrolizadas. Tampoco sobre la eficacia de aumentar la ingesta de líquidos y sobre el ejercicio físico, aunque este último se recomienda como una norma más de estilo de vida saludable.

● El uso de la vía rectal para el tratamiento queda reducido a casos puntuales y en el ámbito del pediatra especialista en gastroenterología.



Introducción

Son pocas las enfermedades que podemos llamar habituales cuyo tratamiento presente tantos mitos, controversias y puntos oscuros como el estreñimiento funcional crónico. Y esto es debido a que este síntoma puede estar presente en varias situaciones o enfermedades a lo largo de las distintas épocas de la vida que responden a mecanismos patogénicos diferentes. Sin embargo, prácticamente la totalidad de los estudios publicados tratan el estreñimiento de forma general, sin realizar distinciones según edad ni mecanismo de producción, por lo que no resulta extraño que sea difícil extraer conclusiones firmes sobre la eficacia de medidas terapéuticas tan habituales como la ingesta de fibra, la realización de ejercicio o la ingesta de líquidos¹.

En esta revisión nos centraremos fundamentalmente en el tratamiento del estreñimiento del lactante mayor, preescolar y escolar joven que se desarrolla por una conducta retentora que produce, con frecuencia, lesiones anales, retención fecal, dificultad para la defecación y pérdidas fecales involuntarias o encopresis.

Tratamiento farmacológico

Se basa en el uso de laxantes², que pueden tener 2 efectos. Uno es ablandar las heces, con lo que se hace más fácil su tránsito. El otro es estimular directamente el peristaltismo, favoreciendo la propulsión de las heces en sentido distal y la defecación.

Existe, además, un grupo de laxantes, denominados osmóticos, que actúan con una combinación de los 2 mecanismos. Atraen agua a la luz intestinal, con lo que el bolo fecal se hace más blando y voluminoso, estimulando así el peristaltismo intestinal y facilitando la defecación.

Ablandadores fecales

Son los aceites minerales no absorbibles, como el aceite de parafina. Durante mucho tiempo, fueron los fármacos más utilizados para el tratamiento del estreñimiento por encima del año de edad³.

Se administran habitualmente en una sola dosis al día de 1-3 cc/kg de peso aunque, en ocasiones, pueden ser necesarias dosis iniciales más altas. Si se administra una dosis excesiva, pueden producirse escapes de aceite por el ano, lo que debe interpretarse como una indicación de reducir la dosis del aceite, no de suspenderlo.

Debe evitarse su uso en lactantes y en niños con reflujo gastroesofágico importante o riesgo de aspiración, ya que puede causar una neumonía lipoidea grave. Durante tiempo se pensó que podía producir secuestro de vitaminas liposolubles, aunque esto no ha podido demostrarse de forma convincente.

Laxantes osmóticos

Son la lactulosa y el lactitol, azúcares no absorbibles que atraen agua por mecanismo osmótico, ablandando las heces y estimulando el peristaltismo por aumento del bolo fecal.

La dosis de lactulosa es de 1-3 cc/kg, una o 2 veces al día y la de lactitol de 0,25 g/kg/día (máximo 20 g), una vez

al día. En cualquier caso, su efecto es dependiente de la dosis, por lo que pueden ser necesarias dosis más altas, sobre todo al inicio del tratamiento. El problema es que sus efectos adversos (flatulencia y dolor abdominal por su fermentación por la flora bacteriana) también dependen de la dosis, por lo que en ocasiones la dosis necesaria puede ser mal tolerada.

Son muy útiles en lactantes debido a su perfil de seguridad y a su fácil dosificación. Parece que el lactitol sería algo mejor tolerado en los niños pequeños, aunque no hay pruebas convincentes.

Laxantes osmóticos

El polietilenglicol (PEG) o macrogol es un polímero no absorbible ni metabolizado por las bacterias que provoca retención de agua de forma similar a los laxantes osmóticos, pero con menor flatulencia y dolor que estos. Existen 2 preparados de eficacia similar, el PEG 3350 con electrolitos y el PEG 4000 sin electrolitos, que puede usarse por encima de los 6 meses de edad. En la actualidad, el PEG es fármaco de primera elección para el tratamiento del estreñimiento funcional en mayores de 6 meses³.

Su dosis está alrededor de 0,3-0,5 g/kg, una vez al día, aunque debe ajustarse por encima o por debajo hasta conseguir el efecto deseado. Una dosis excesiva producirá diarrea, lo que nos indicará la necesidad de disminuir la dosis, no de retirar el fármaco.

Laxantes de contacto

Son los senósidos, el picosulfato y el bisacodilo. Todos tienen efecto estimulante puro, por lo que no es aconsejable su uso en pacientes con dificultades para defecar por la emisión de heces duras y voluminosas sin asociarlos con un ablandador. En general, en la infancia se recomienda su uso de forma puntual y durante periodos limitados, debido a su acción irritante y a la posibilidad de desarrollar un colon cártico. En cualquier caso, se desaconseja su uso por debajo de los 2 años.

El picosulfato y los senósidos se administran por vía oral, pudiendo usarse el bisacodilo, tanto por vía oral como rectal.

Otros fármacos

Los supositorios de glicerina o de laurilsulfato sódico pueden usarse como rescate o para el tratamiento del estreñimiento ocasional en lactantes pequeños. No se recomienda su uso como tratamiento de mantenimiento.

Tampoco existe hoy en día razón para el uso de enemas, fuera de situaciones puntuales, como tratamiento de rescate o para desimpactar cuando fracasen el resto de los tratamientos.

Las fibras solubles actúan como formadores de masa y podrían tener un papel en el niño mayor con intestino irritable con predominio de estreñimiento⁴. Sin embargo, parecen poco útiles para el tratamiento del niño estreñido con hábito retentor.

Igualmente, el uso de procinéticos carece de utilidad en el estreñimiento funcional. Podría emplearse en casos de

estreñimiento grave, especialmente en el secundario a trastornos motores generalizados, aunque su uso clínico se ve muy reducido debido a los riesgos de su toxicidad.

Fases del tratamiento del estreñimiento

En primer lugar, será preciso tratar las lesiones perianales existentes ya que, en caso contrario, el niño continuará favoreciendo un hábito retentor. En segundo, si existe impactación fecal (que será lo habitual), procederemos a desimpactar. Por último, realizaremos el tratamiento de mantenimiento para evitar que vuelva a producirse la retención fecal. A continuación, se comentan las opciones de tratamiento con su grado de recomendación (GR) y el nivel de evidencia (NE) disponible en la bibliografía.

Tratamiento de lesiones perianales

Es frecuente la presencia de proctitis o fisuras anales secundarias a la emisión de heces duras. Mejoran con tratamiento tópico con corticoide en 3 o 4 días, pero recidivarán si no se ablandan las deposiciones.

La celulitis perianal, frecuentemente estreptocócica, requiere, además, tratamiento antibiótico sistémico.

Desimpactación

El objetivo es vaciar el recto para incrementar la sensibilidad rectal y evitar la encopresis. La vía de elección es la oral, que es bien tolerada, segura y la mejor aceptada (GR A).

Se recomienda realizar, cuando sea posible, en Atención Primaria. Tiene como inconveniente que puede empeorar el dolor abdominal y la incontinencia, dificultando el cumplimiento del tratamiento, por lo que no se aconseja realizar en los días escolares. El fármaco de elección es el PEG (GR A), a dosis de 1-1,5 g/kg/día, en una o 2 dosis. Algunos autores recomiendan la administración de dosis crecientes hasta conseguir el efecto deseado. Parece que el PEG 3350 con electrolitos y el PEG 4000 sin electrolitos tienen una eficacia similar (NE I). Es seguro a partir de los 6 meses, su eficacia es comparable con los enemas (NE I) y superior a otros laxantes osmóticos (NE I). En casos muy severos y en el medio hospitalario, se puede realizar desimpactación con PEG mediante sonda nasogástrica.

Si existe intolerancia al PEG o este fracasa, pueden emplearse otras opciones. En mayores de un año, puede usarse el aceite de parafina, aunque es mal tolerado por su sabor. Puede combinarse con laxantes estimulantes durante cortos periodos.

La vía rectal es más rápida que la oral⁵, pero peor tolerada. Solo se recomienda cuando no ha sido efectiva la vía oral y en estreñimientos orgánicos o con heces muy voluminosas o duras (GR A). Se utilizan los enemas de fosfatos hipertónicos. Se han descrito hiperfosfatemias con hipocalcemia graves en menores de 2 años y con más de 5 días de tratamiento, por lo que se debe restringir su uso a mayores de esta edad y en ámbito hospitalario (GR C)⁶. Una alternativa es utilizar enemas de suero salino, con o sin aceite mineral. Algunos estudios desaconsejan los enemas de agua jabonosa por producir daño de la mucosa colónica (GR C).

Tratamiento de mantenimiento

Una vez desimpactado, el objetivo es evitar la nueva retención de heces. El fármaco de elección es el PEG³ a dosis paulatinas ascendentes hasta conseguir efecto⁷, teniendo cuidado de mantenerlo de forma prolongada hasta que el ritmo intestinal se restablezca (GR A)⁸. Como alternativa, en casos de intolerancia al PEG, se recomiendan laxantes osmóticos, como lactulosa o lactitol (GR A), y los lubricantes, como el aceite mineral en niños mayores de un año, aunque tienen menos eficacia que los anteriores (GR B)⁹. Las recomendaciones de los estimulantes como bisacodilo, picosulfato y senósidos están basadas en la experiencia clínica (GR D); se usan cuando fracasan las medidas anteriores y siempre en pautas cortas de rescate ante el temor de producir dependencia y tolerancia, aunque este extremo no ha sido confirmado en estudios controlados.

En cuanto a los cambios de alimentación, no existe evidencia de que los alimentos ricos en fibra sean eficaces (NE III). Existe alguna evidencia de que el suplemento de fibra de la dieta puede ser útil en el estreñimiento, pero es muy heterogénea (NE I-III) y no es suficiente para recomendarla de rutina. Además, podría aumentar la flatulencia y disminuir la absorción de algunos nutrientes¹⁰.

Otras medidas dietéticas, como la retirada de la leche de vaca, el empleo de leches infantiles con adición de FOS, GOS, probióticos¹¹, palmitato en posición beta o hidrolizados parciales, han demostrado su eficacia en casos anecdóticos, por lo que no está indicado su uso rutinario¹².

A pesar de que existe escasa evidencia de que el incremento de la actividad física mejore el estreñimiento, se recomienda fomentarla (GR C). Aunque no está recomendada la derivación rutinaria al psicólogo (GR A)⁹, debemos valorar siempre la necesidad de tratamiento psicológico de apoyo y el uso de medidas de refuerzo positivo cuando el niño realice progresos en el control de su hábito intestinal.

Es fundamental realizar un seguimiento cercano, sobre todo en las fases iniciales del tratamiento, y mantenerlo de forma prolongada, ya que es frecuente que se produzcan recaídas por una interrupción antes de tiempo del tratamiento laxante. En la figura 1 se propone un algoritmo de tratamiento del estreñimiento funcional.

Conflicto de intereses

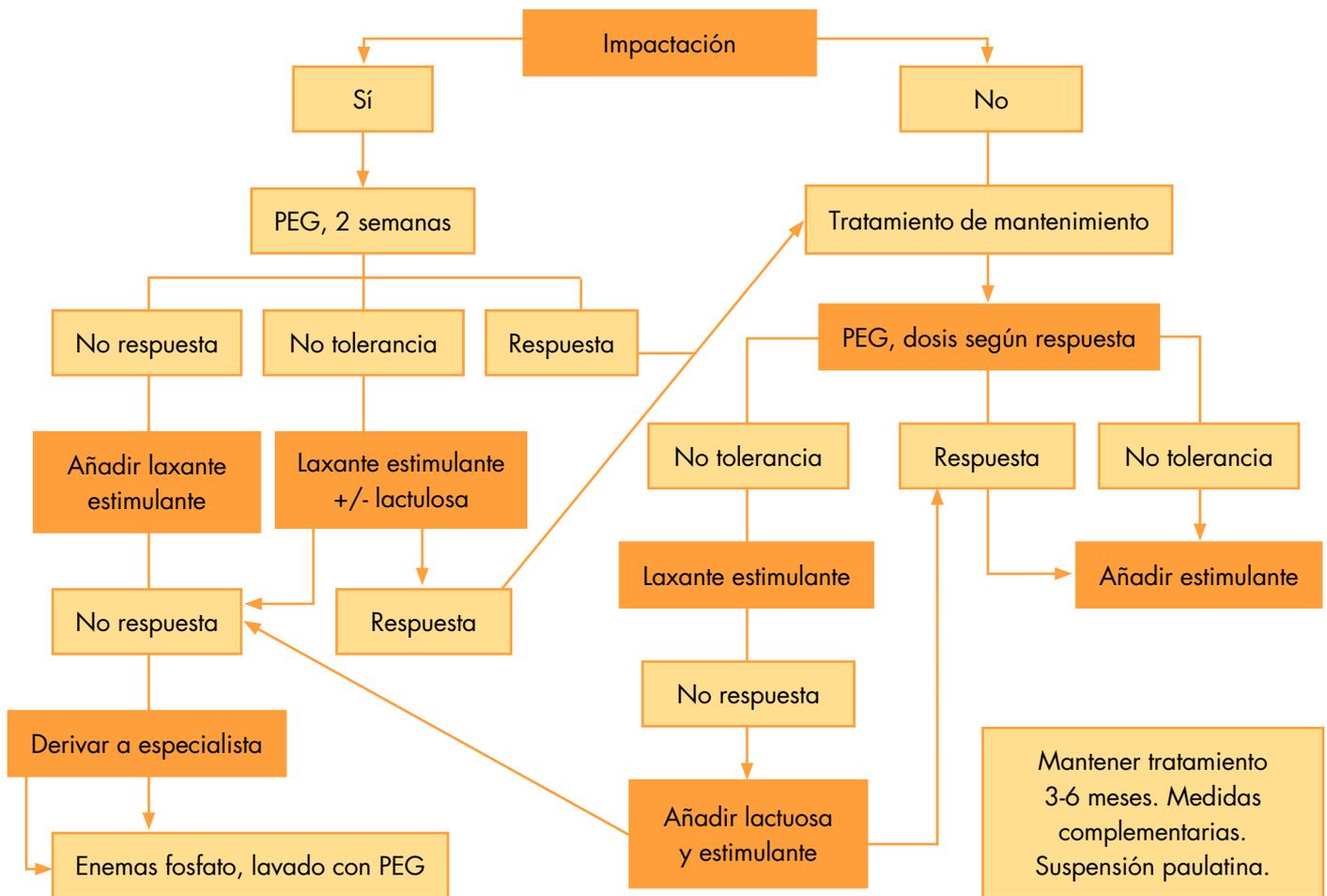
Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía



- Importante ● Muy importante
- Epidemiología
- Metanálisis
- Ensayo clínico controlado

1. ● ● Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, Berger MY. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. Arch Dis Child. 2009;94:117-31.



PEG: polietilenglicol.

Figura 1. Algoritmo de tratamiento del estreñimiento funcional en el niño.

- López Rodríguez MJ, Espín Jaime B, BedateCalderón P. Estreñimiento y encopresis. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 3.ª ed. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica. Madrid: Ergón; 2012. p. 253-64.
- Gordon M, Naidoo K, Akobeng AK, Thomas AG. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;7:CD009118.
- American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol. 2005;100:S1-S21.
- Bekkali NL, van den Berg MM, Dijkgraaf MG, van Wijk MP, Bongers ME, Liem O, et al. Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG. Pediatrics. 2009;124:e1108-15. ECC.
- Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006;43:e1-13.
- Dupont C, Leluyer B, Amar F, Kalach N, Benhamou PH, Mouterde O, et al. A dose determination study of polyethylene glycol 4000 in constipated children: factors influencing the maintenance dose. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006;42:178-85.
- Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. Cochrane Database Syst Rev. 2010;7:CD007570.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Constipation in children and young people: Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. June 2010. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE Clinical Guidelines. 2010;CG 99.
- Markland AD, Palsson O, Goode PS, Burgio KL, Busby-Whitehead J, Whitehead WE. Association of low dietary intake of fiber and liquids with constipation: evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Gastroenterol. 2013;108:796-803.
- Chmielewska A, Szajewska H. Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation. World J Gastroenterol. 2010;16:69-75.
- Tabbers MM, Boluyt N, Berger MY, Benninga MA. Nonpharmacologic treatments for childhood constipation: systematic review. Pediatrics 2011;128:753-61.

Bibliografía recomendada

Müller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. Am J Gastroenterol. 2005;100:232-42.

Se comentan las creencias y mitos acerca del estreñimiento y su tratamiento, ampliamente difundidos entre la comunidad médica y no médica y que no se basan en la existencia de pruebas.

Benninga MA, Voskuil WP, Taminiou AJM. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004;39:448-64.

Revisión narrativa sobre el tema realizada por autores expertos en patología motora y estreñimiento. Sigue vigente a pesar de su fecha de publicación.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Constipation in children and young people: diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. June 2010. NICE Clinical Guidelines. 2010;CG 99.

Versión resumida de la guía clínica sobre estreñimiento de los NICE británicos. Disponible en: www.evidence.nhs.uk/evidence-update-20

Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, Berger MY. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. Arch Dis Child. 2009;94:117-31.

Revisión sistemática de la bibliografía sobre tratamiento del estreñimiento.