
CASO CLINICO

Constipación crónica, a propósito de dos casos

Chronic constipation, a case report

Drs.: Indhira Alparo Herrera*, Nelson Ramírez Rodríguez**

Resumen

Presentamos dos casos clínicos de pacientes atendidos en el hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, que corresponden a una constipación crónica de causa orgánica debidas a una hipoganglioneosis y enfermedad de Hirschsprung. Aprovechamos el tema para hacer una revisión del mismo.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2011; 50 (3): 170-4: constipación, hipoganglioneosis y enfermedad de Hirschsprung.

Introducción

La constipación es uno de los motivos de mayor frecuencia en la consulta pediátrica correspondiendo del 3-5% de la misma y cerca del 25% de la consulta gastroenterológica. La alta prevalencia se relaciona con hábitos alimentarios, higiénicos y sedentarismo en caso de constipación crónica funcional.

Se considera constipación crónica a todo niño que presenta por más de 2 semanas: disminución del número de evacuaciones dependiendo del grupo etario asociada a la presencia de deposiciones duras, de grueso calibre, dificultad para evacuar, sensación de dolor, sensación de evacuación incompleta y/o sangrado rectal.

Para lactantes menores y niños hasta los 4 años de edad, los “Consensos Europeos” Roma II y Roma III, además de los criterios diagnósticos de Paris

Abstract:

We present two clinical cases of patients seen at Childrens’Hospital “Ovidio Aliaga Uria”, suffering from organic chronic constipation due to a hypoganglioneosis and Hirschsprung’s disease. We decided to revise the subject.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2011; 50 (3): 170-4: constipation, hypoganglioneosis and Hirschsprung’s disease.

(PACCT); definen a la constipación crónica funcional como:

- Dos o menos defecaciones por semana.
- Por lo menos un episodio semanal de incontinencia después de adquirir hábito de uso del sanitario.
- Historia de retención de heces.
- Historia de deposiciones dolorosas y duras
- Presencia de gran masa fecal en el recto
- Heces gruesas que puedan obstruir el sanitario

Para niños de 4 a 17 años, el diagnóstico de constipación crónica funcional debe incluir 2 o más de los siguientes criterios (presentes por lo menos 1 por semana en un tiempo mínimo de 2 meses antes del diagnóstico):

* Pediatra gastroenteróloga. Unidad de Gastroenterología. Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”.

** Pediatra Gastroenterólogo. Jefe de Enseñanza e Investigación. Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”.

Correspondencia: Dra. Indhira Alparo, correo electrónico: indhirawara@hotmail.com
Los autores expresan que no hay conflicto de interés en este trabajo.

Artículo recibido el 10/11/11 y que fue aceptado para su publicación el 20/12/12.

- Dos o menos defecaciones por semana.
- Por lo menos un episodio de incontinencia fecal por semana.
- Postura retentiva o excesiva retención de volumen fecal.
- Dolor o defecaciones duras.
- Presencia de gran masa fecal en el recto.
- Heces gruesas que puedan obstruir el sanitario.
- Defecaciones dolorosas y/o con mucho esfuerzo
- Presencia de heces de tipo caprinas o parecidas a guijarros.

La constipación es y debe ser tratada como una enfermedad. Se clasifica en forma general como aguda o crónica y dependiendo de su origen, en funcional u orgánica. Esta última definida así por la presencia de patología asociada al desarrollo de constipación.

Caso clínico

Caso # 1

Paciente femenino de 7 años y 6 meses de edad, procedente de la localidad de Coripata - Yungas, que ingresó en el servicio de Gastroenterología del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, con antecedentes de cuadro clínico de 11 meses de evolución con presencia de alteraciones en la frecuencia evacuatoria y hace 8 meses con escape fecal y encopresis, mismos que motivaron a la madre a utilizar pañales para evitar manchado de ropa interior y posteriormente ocasiono el rechazo del niño en la escuela.

Acudió aparentemente a centro privado donde fue internado y le realizaron enemas evacuantes; fue dado de alta sin mejoría del cuadro. Por tales motivos consultó nuevamente y se internó en el hospital con los diagnósticos de: constipación crónica, encopresis. Al ingreso tenía datos clínicos de impactación fecal, recibió enemas evacuantes con solución glicerínada al 20% con volumen de 20 ml/kg de peso, con efecto positivo. Se solicitaron di-

ferentes estudios y los que destacan son: colón por enema que mostro un dolicomegacolón, hormonas tiroideas compatibles con hipotiroidismo, ecografía renovesica que fue normal y serología para Chagas con resultado negativo. Se realizó una biopsia rectal y de colón sigmoide, aunque la clínica y la imagen radiológica no correspondían a enfermedad de Hirschsprung y el informe de anatomía patológica indica que las muestras corresponden a una hipoganglioneosis de recto y sigmoide. También fue valorado por el departamento de psicología y psiquiatría quienes indicaron la necesidad de seguimiento psicoterapéutico por una conducta hiperactiva.

Se realizó tratamiento médico y egresó a los 10 días de internación en buenas condiciones, con deposiciones blandas y diarias. Los diagnósticos de egreso fueron: constipación crónica secundaria a hipoganglioneosis colónica, hipotiroidismo y conducta hiperactiva en estudio y las indicaciones fueron: laxante emoliente (aceite mineral 2 ml/kg/día), levotiroxina (5ug/kg/día) y dieta rica en fibra (12g/día), quedando pendiente una revaloración en 6 meses para el tratamiento quirúrgico.

Caso # 2

Paciente masculino de 11 años de edad, residente de la ciudad de La Paz. Tiene el antecedente de retraso psicomotor y de haber sido tratado a los 8 años de edad por estreñimiento crónico secundario a un megacolon y el tratamiento fue una colectomía izquierda. El estudio histopatológico de las muestras enviadas reportó: erosión superficial, edema e hipertrofia de la capa muscular, con plexo mientérico bien desarrollado. Un año después se realizó la anastomosis término-terminal del colon transversal y el estudio histopatológico de esta oportunidad indicó: extremo de resección con pólipos probables, con presencia de pequeños folículos linfáticos dispersos en la sub-mucosa. Epiplón congestivo con áreas hemorrágicas y leve reacción inflamatoria aguda. La evolución posterior fue tórpida, con hábito defecatorio intermitente, fue re-internado por un

fecaloma, se trató con enemas evacuantes y se realizó endoscopia digestiva baja cuyo reporte indica: megacolon severo, estenosis ano rectal y enfermedad de Hirschsprung probable.

Pese al tratamiento continuo el estreñimiento y los fecalomas. La última internación fue por impacción fecal y sub-oclusión intestinal por bridas y adherencias. El fecaloma no se pudo resolver con enemas evacuantes, por lo que se evacuó la materia fecal con extracción manual bajo anestesia general; obteniéndose aproximadamente 8.5 kg de heces. Egresó con diagnósticos de impacción fecal resuelta, estreñimiento crónico orgánico, probable displasia neuronal intestinal y a descartar enfermedad de hirschsprung. Las indicaciones

fueron: dieta con aporte de fibra (16 g/día), laxantes en forma combinada: aceite mineral (2ml/kg) y polietilenglicol 3350 (1.3 g/kg/día). Quedando pendiente la realización de nuevo estudios para definir pertinencia de nuevas biopsias y eventual conducta quirúrgica.

Discusión

La constipación de origen orgánico es mucho menos frecuente que la constipación crónica funcional, sin embargo no menos importante.

La constipación orgánica corresponde sólo al 5-10% de todos los casos y tiene múltiples patologías asociadas, como se observan en el cuadro # 1.

Cuadro # 1. Causas Orgánicas de Constipación en Niños

Malformaciones anatómicas

Estenosis anal, Ano imperforado, Ano anteriorizado, Masa pélvica (teratoma presacro)

Condiciones neurogénicas

Anomalías del tubo neural (espina bífida, mielomeningoceles, tumor espinal)

Parálisis cerebral, Trauma raquímedular, Neurofibromatosis

Trastornos de la pared abdominal

Hipotonía (síndrome de Down)

Prune belly (abdomen en ciruela pasa)

Gastrosquisis

Trastornos neuromusculares intestinales

Hipoganglioneosis colónica

Aganglioneosis o enfermedad de Hirschsprung

Displasia neuronal intestinal

Pseudo-obstrucción intestinal Neuropatías y Miopatías viscerales

Trastornos endocrino-metabólicos y gastrointestinales

Hipotiroidismo Hipopituitarismo

Hiperparatiroidismo Hipercalcemia, Hipocalcemia

Diabetes mellitas Fibrosis quística

Enfermedad celíaca Acidosis tubular renal

Amiloidosis Porfiria

Uremia Feocromocitoma

Trastornos del tejido conectivo

Esclerodermia, LES, Síndrome de Ehlers-Danlos

Drogas

Opiáceos Fenobarbital

Antiácidos (Sulcrafato) Antihipertensivos

Anticolinérgicos Anestésicos

Antidepresivos Simpaticomiméticos

Diuréticos Sulfato de bario

Sulfato ferroso Abuso de laxantes

Otros

Ingesta de metales pesados (plomo)

Intoxicación por vitamina D

Alergia a la proteína de la leche de vaca

Las disganglionosis intestinales son causa importante de constipación crónica debida a alteraciones en los plexos nerviosos enterales. Los signos clínicos para sospechar de disganglionosis son: retraso en la eliminación de meconio que es uno de los signos iniciales, sin embargo la ausencia de este signo no descarta patología orgánica al igual que la presencia de cuadros de constipación durante la lactancia en niño amamantado. Es muy raro, que pacientes con disganglionosis inicien sus síntomas en edades posteriores, pre-escolar o escolar; aunque no es imposible esta situación, como los casos que presentamos.

En un recién nacido y lactante pequeño el tacto rectal produce salida en forma explosiva de heces y gas, en un niño mayor podemos encontrar alteraciones nutricionales, distensión abdominal y al tacto rectal una ampolla vacía y estrecha.

Finalmente si no se ha podido determinar que se trata de un cuadro de constipación crónica funcional u orgánica se realiza el tratamiento de prueba, si la evolución es mala se considera alta sospecha de etiología orgánica. La presencia de distensión abdominal, y radiografía de abdomen que muestre distensión colónica, especialmente a nivel de sigmoide y ausencia de aire en recto hace sospechar de origen orgánico.

Las hipoganglionosis en general son diagnósticos diferenciales de la enfermedad de Hirschsprung. Clínicamente en niño mayor se presenta con cuadros de constipación crónica, la realización del diagnóstico se puede determinar solamente con biopsias que incluya submucosa, sin embargo el hallazgo de disminución de las células ganglionares del plexo submucoso no es diagnóstico definitivo, es solo sospecha, se debe realizar el diagnóstico con biopsias que incluyan todo el espesor de la pared, para analizar el plexo mientérico que es esencial para el diagnóstico, evitando sobre-diagnósticos.

En diferentes revisiones se evidencia además de la alteración en el número de células ganglionares en la submucosa, disminución marcada de células intersticiales de Cajal a nivel de la muscular que

afectaría aún más la motilidad intestinal. El diagnóstico requiere definitivamente la realización de diferentes tinciones histoquímicas: la tinción hematoxilina y eosina, solo tiene 85% de sensibilidad para este tipo de desordenes y es necesario incrementar la sensibilidad con otras tinciones como acetilcolinesterasa y deshidrogenasa succínica, estas últimas inexistentes en el medio.

La displasia neuronal intestinal es otro cuadro orgánico responsable de constipación crónica, se caracteriza por hiperplasia del plexo submucoso y aganglionosis distal del colon sigmoide y recto.

Confirmado el diagnóstico se debe realizar un mapeo intestinal para definir la altura del defecto y planificar el tratamiento quirúrgico con resección intestinal.

En suma, la constipación como cuadro netamente de origen alimentario, es un concepto que debe erradicarse, ya que las causas primarias y secundarias son variadas y ameritan investigación especialmente si existe sospecha de un cuadro orgánico.

La sospecha de alteraciones orgánicas debe iniciarse ya desde el nacimiento y el descarte de ellas es lo adecuado para un correcto manejo.

El servicio de gastroenterología del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uribe" no es la excepción en cuanto a la frecuencia de estos cuadros, tenemos en la consulta de especialidad cerca de un 25% de consultas por cuadros de constipación aguda y/o crónica y complicaciones de las mismas: escape fecal, encopresis, infección urinaria a repetición, plicomas anales, fisuras anales, dolor abdominal recurrente, hemorroides e impactación fecal.

El diagnóstico definitivo en cuadros como los expuestos, con alta sospecha de origen orgánico, son dificultosos por las limitaciones técnicas (tinciones inexistentes en el medio y el mapeo intestinal con biopsias que no son rutina en el manejo de estos pacientes).

Hacemos hincapié, sobre la conducción integral de estos pacientes, ya que su recuperación se basa en:

manejo nutricional, uso de laxantes orales, terapia psicológica y tratamiento quirúrgico definitivo, en los casos que así lo ameriten.

Referencias

1. Puri P, Rolle U. Variant Hirschsprung's disease. *Semin Pediatr Surg* 2004;13:293-9.
2. Koletzko S, Jesch I, Faus-Kebler T, Briner J, Meier-Ruge W, Muntefering H, et al. Rectal biopsy for diagnosis of intestinal neuronal dysplasia in children a prospective multicentre study on interobserver variation and clinical outcome. *Gut* 1999;44:853-61.
3. Di Lorenzo C. Pediatric anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30:269-87.
4. NASPGHAN. 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.
5. Masi P, Miele E, Staiano A: Pediatric anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am* 2008;37:709-30.
6. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al: Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1527-37.
7. Menezes M, Pini Prato A, Jasonni V, Puri P; Long term clinical outcome in patients with total colonic aganglionosis: a 31-year review. *J Pediatr Surg* 2008;43:1696-9.