

## PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

### Encopresis

J. M. MARUGÁN, L. M. RODRÍGUEZ y S. LAPENA

Se entiende por encopresis la expulsión generalmente involuntaria de heces en la ropa íntima o en un sitio anormal, a una edad en que el control del esfínter anal debe haber sido establecido, hecho que sucede habitualmente entre los 2 y 3 años. Contrasta con la incontinencia, que es siempre involuntaria y por fallo de los complejos mecanismos de la defecación, si bien el término encopresis suele utilizarse como sinónimo más amplio de incontinencia fecal.

El proceso tiene una frecuencia aproximada del 1.5 % entre niños de 4 a 7 años de edad, y predomina claramente en varones (3-6/1, según los autores). Para comprender mejor su naturaleza, es necesario recordar las bases fisiológicas de la defecación normal. La distensión producida por la llegada de heces al recto estimula los presorreceptores de la pared, lo que inicia el acto reflejo de la defecación. Esta puede ser inhibida consciente y voluntariamente, o bien seguir adelante con eliminación del contenido rectal mediante contracción de diafragma y pared abdominal, de los músculos elevadores que dirigen el ano hacia arriba y delante, y relajación del esfínter anal. La inhibición voluntaria y repetida del reflejo de la defecación, con dilatación mantenida de la ampolla rectal, favorece la pérdida de sensibilidad, e incluso puede llevar a la desaparición del reflejo. Con

ello se entraría en el círculo vicioso que cronifica el estreñimiento.

El papel de este último en el desarrollo de la encopresis ha sido bien documentado. La retención crónica e impactación fecal pueden suprimir la sensación consciente de necesidad de defecar, ocasionando incontinencia por rebosamiento. Dependiendo de las series, entre el 80 y 100 % de encopréticos presentan un estreñimiento evidente, o al menos realizan evacuaciones incompletas que les llevan a retención fecal.

Los estudios manométricos en niños con encopresis, demuestran anormalidades de función anorrectal muy similares a las del estreñimiento simple. Así, en ocasiones se ha observado una percepción disminuida de distensión rectal, o una debilidad del esfínter anal interno, desconociendo su carácter primario o sólo secundario a la impactación crónica. En otras se aprecia una contracción del esfínter externo durante la defecación, que podría favorecer la retención fecal, y que se traduce experimentalmente en mayor dificultad para expulsar balones introducidos en el recto.

A pesar de todo, el problema psicológico ha sido siempre el mecanismo más involucrado, aunque casi nunca probado. La negativa de algunos niños a cooperar en la adquisición o mantenimiento del há-

bito defecatorio, como respuesta elaborada ante una situación determinada, podría condicionar su aparición. La educación precoz en el control esfinteriano, o más adelante el estrés ocasionado por los horarios rígidos y el ritmo frenético que padecen nuestros escolares, junto a una actitud coactiva por parte de los padres, están presentes con frecuencia en el inicio del cuadro.

En muy raras ocasiones la encopresis tendrá una causa orgánica. Problemas medulares, neuropatías, lesiones del esfínter anal y retrasos en el desarrollo neurológico, suponen una mínima proporción de estos pacientes. LEVINE (1982) señaló factores que pueden facilitar la aparición de la encopresis en niños (Tabla I), muchos de ellos a través de la producción de una retención fecal crónica.

TABLA I. POTENCIACIÓN DEL PELIGRO DE ENCOPRESIS

---

Etapas I. Período de lactancia.

- Estreñimiento simple.
- Problemas anorrectales congénitos.
- Reacción excesiva de los padres.
- Intervenciones médicas coercitivas.

Etapas II. Control de esfínteres y autonomía, 2 a 5 años.

- Problemas psicosociales en el período de control esfinteriano.
- Medidas coercitivas o permisivas extremas.
- Temores idiosincrásicos a la defecación y control de esfínteres.
- Defecación dolorosa o difícil.

Etapas III. Función extramural, primeros años escolares.

- Evitar el uso de los retretes escolares.
  - Gastroenteritis aguda o prolongada.
  - Deficiencias en la atención con falta de continuidad en las tareas.
  - Estilos de vida frenéticos.
  - Problemas psicosociales.
- 

Tomado de Levine, (1982), modificado.

El cuadro suele iniciarse hacia los 4 años de edad. En la mayoría de los casos evidenciaremos la presencia de gran cantidad de heces en la ampolla rectal, y en la mitad de ellos masas fecales palpables en abdomen. Con frecuencia hay síntomas añadidos. Así, a parte del estreñimiento, no advertido a veces por la propia familia, pueden asociar ocasionalmente enuresis o abdominalgias intermitentes.

La encopresis produce en el niño una actitud de agresividad e inseguridad, que a la larga puede conducirle a una alteración emocional grave. Asimismo son frecuentes las reacciones familiares de ira, vergüenza y castigo, que no hacen más que empeorar la situación.

## DIAGNÓSTICO

A la vista de todo ello podemos deducir que una anamnesis adecuada, acompañada de un buen examen físico, sirven para enfocar el problema en la mayoría de los casos. El diagnóstico ha de basarse sucesivamente en los siguientes puntos:

1. *Historia clínica.* Es importante sobre todo conocer el hábito defecatorio del paciente, para detectar un posible estreñimiento o al menos una evacuación fecal incompleta, así como buscar factores coincidentes con el inicio del cuadro (Tabla I). Problemas conductuales y emocionales, previos o secundarios al debut de la encopresis, deben también ser investigados.

2. *Exploración física.* Además del examen rutinario, nos centraremos básicamente en una buena palpación abdominal y tacto rectal, con el fin de detectar una posible retención fecal o la existencia de fisuras o escoriaciones anorrectales.

3. *Radiología simple de abdomen.* En caso de duda podemos detectar por esta técnica el acúmulo de heces en la por-

ción distal del intestino, sirviendo como elemento de referencia para evaluar la respuesta al tratamiento evacuador.

4. *Manometría anorrectal.* En los niños que no respondan al tratamiento inicial, el estudio manométrico puede aportar datos respecto a la dinámica defecatoria, que permitan otras intervenciones terapéuticas.

5. *Valoración Paidopsiquiátrica.* La gran mayoría de trastornos conductuales que se observan en niños encopréticos desaparecen tras la mejoría clínica con el tratamiento médico. Sin embargo, serán susceptibles de consulta psiquiátrica aquellos que manifiesten problemas psicosociales y emocionales importantes, previos a la encopresis o persistentes tras la remisión clínica, o los niños que no mejoren con el tratamiento convencional, especialmente si no se pudo demostrar un factor orgánico favorecedor del cuadro (retención fecal, fisuras, etc.).

## TRATAMIENTO

Un manejo adecuado del niño con encopresis puede generalmente ser realizado por el propio pediatra, debiendo recurrir al psiquiatra infantil sólo en algunos casos en que la alteración emocional del niño sea especialmente relevante.

Dada la relación casi constante con una constipación crónica, el tratamiento inicial será el mismo que en los pacientes con estreñimiento simple, descrito previamente en otro protocolo de esta obra. Tras una primera etapa de desimpacción energética y faciamento rectal, se pasa a la fase de mantenimiento donde la dieta, educación del hábito defecatorio y el uso ocasional de laxantes osmóticos, son elementos primordiales. WALD ha demostrado que tras una primera fase eficaz de va-

ciado rectal, desaparecen casi siempre los trastornos de la esfera sensorial y se normalizan las alteraciones manométricas existentes.

Hay que hacer también especial énfasis en las medidas de apoyo psicológico al niño y la familia, evitando en todo momento los castigos y sentimientos de vergüenza y culpabilidad, que puedan empeorar el cuadro. La educación del paciente y de sus padres, haciéndoles entender la naturaleza funcional del proceso, pueden ayudar a desmitificar el problema.

Con esta pauta se alcanza un 70-80 % de éxitos terapéuticos, lo que refuerza aún más la importancia del estreñimiento en el desarrollo de la encopresis infantil.

En los casos donde haya podido demostrarse manométricamente la contracción paradójica del esfínter anal externo durante la defecación, y tras el fallo de la terapia convencional, las modernas técnicas de Biofeed-back pueden estar indicadas. Esa contracción es el resultado de un acto inconsciente sobre un músculo estriado, hecho por el cual es posible modular voluntariamente su actividad. El método consiste en enseñar la técnica de la defecación al paciente, a través de la visión del registro de su propia manometría anorrectal.

Ante un fracaso en el tratamiento médico, o cuando el paciente presente las características emocionales o conductuales antes referidas, puede estar indicada la valoración y tratamiento por el paidopsiquiatra.

Finalmente, hay que tener también en cuenta una serie de medidas preventivas en atención primaria, previas al inicio del cuadro. La educación de los padres sobre los momentos de transición en el desarrollo del niño, y especialmente del control esfinteriano, una dieta equilibrada con un contenido suficiente en fibra, y la ense-

ñanza de una conducta defecatoria regular tiempo suficiente, podrían en muchos casos evitar su aparición.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, FRANCH, M.; CALVO ROMERO, C.; URUEÑA LEAL, C.; MARTÍN MELERO, M. D.; MARUGÁN MIGUELSANZ, M.: *Pauta diagnóstico-terapéutica del estreñimiento*. Bol. Pediatr. 1988; suplemento: 29-34.
- FRIMAN, P. C.; MATHEWS, J. R.; FINNEY, J. W.; CHRISTOPHERSEN, E. R.; LEIBOWITZ, J. M.: *Do encopretic children have clinically significant behavior problems?* Pediatrics 1988; 82: 407-409.
- HATCH, T. F.: *Encopresis and constipation in children*. Pediatr. Clin. North. Am. 1988; 35: 257-280.
- LEVINE, M. D.: *Encopresis: Its potentiation, evaluation, and alleviation*. Pediatr. Clin. N. Am. 1982; 29: 315-330.
- LOENING-BAUCKE, V. A.: *Factors responsible for persistence of childhood constipation*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1987; 6: 915-922.
- LOENING-BAUCKE, V. A.; CRUIKSHANK, B.; SAVAGE, C.: *Defecation dynamics and behavior profiles in encopretic children*. Pediatrics 1987; 80: 672-679.
- NAVARRO, J.: *Constipation et encopresis*. En: Gastroenterologie Pédiatrique. Ed. J. Navarro y J. Schmitz, pág. 424. Ed. Flammarion. París 1986.
- RAPPAPORT, L. A.; LEVINE, M. D.: *The prevention of constipation and encopresis: a developmental model and approach*. Pediatr. Clin. N. Am. 1986; 33: 859-869.
- TAITZ, L. S.; WALES, J. K. H.; URWIN, O. M.; MOLNAR, D.: *Factors associated with outcome in management of defecation disorders*. Arch. Dis. Child. 1986; 61: 472-477.
- WALD, A.; CHANDRA, R.; CHIPONIS, D.; GABEL, S.: *Anorectal function and continence mechanisms in childhood encopresis*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1986; 5: 346-351.
- WALD, A.; CHANDRA, R.; GABEL, S.; CHIPONIS, D.: *Evaluation of Biofeedback in childhood encopresis*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1987; 6: 554-558.