

PEDIATRIA EXTRAHOSPITALARIA

Trastornos de la esfera digestiva en los niños

A. MARTÍNEZ, A. SÁNCHEZ, J. MARTÍN-CALAMA y J. CASARES

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria se nos plantean a menudo problemas de apariencia orgánica pero en cuyo origen se entremezclan causas variadas de tipo conductal, para cuyo análisis se hace preciso recurrir al «Arte» de la medicina más que a la «Ciencia». Vemos niños que se quejan de dolores abdominales con asiduidad, los cuales en el momento agudo tienen ciertamente «mala cara», ojeras y palidez, volviendo después a sus juegos habituales. Gran número de madres se quejan de que sus hijos no comen bien aunque ante nuestros ojos tengamos a un chico con excelente estado de nutrición. Y una tercera situación es la del niño/niña afecto de estreñimiento habitual.

En ocasiones sí hay una causa orgánica. Hemos reflejado en las tablas una larga serie de problemas o circunstancias que pueden originar cualquiera de los tres cuadros que nos ocupan, pero no vamos a desarrollarlos al detalle, pues ello supondría extenderse en demasía. Teniendo en cuenta, además, la frecuencia relativa de las enfermedades, como cita ILLINGWORTH (1), si trabajamos en un cupo de 2.500 niños, tardaríamos doce años en ver unas abdominalgias recurrentes debidas a invaginación intermitente, 120 años en conocer a un niño con imperforación anal y 600 en diagnosticar una enfermedad de Hirschprung en un estreñido.

La experiencia nos dice que, con mayor frecuencia, el origen hay que buscarlo

en otro lugar. Psiquiatras y psicólogos señalan la gran plasticidad del aparato digestivo para manifestar los conflictos psíquicos, siendo el órgano diana por excelencia de las afecciones psicósomáticas. Sin adentrarnos en profundidad en estos aspectos, en los que somos legos, los dejaremos bosquejados, al tiempo que señalaremos otras causas no menos importantes en el entorno social: la prisa, el consumo, la publicidad, el «stress», la falta de comunicación, etc.

En la exposición que sigue hemos intentado un abordaje ordenado de cada tema, basándonos en textos clásicos y en nuestra propia experiencia personal, sin ánimo de dogmatizar, pero haciendo hincapié en el camino del diagnóstico diferencial y en los consejos terapéuticos.

EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE (DAR)

Con este nombre, APLEY definió unas situaciones que afectaban a los niños mayores de 3 años, los cuales sufrían al menos tres episodios de dolor en un período de tiempo mayor a tres meses cuya intensidad modificaba sus actividades. Dejamos expresamente de lado los dolores agudos que tienen diferentes causas y expresividad y que requieren en cada caso una cuidadosa valoración.

Aunque casi todos los niños padecen durante su vida algún episodio aislado de abdominalgia, se considera que un 10 %

TABLA I. CAUSAS ORGANICAS DE DAR

-
- A) GASTROINTESTINALES
1. Malformaciones
 - Malrotaciones
 - Divertículo de Meckel
 2. Disfunciones
 - Estreñimiento
 - Colon irritable
 - Reflujo gastro-esofágico
 - Alergia o intolerancia alimenticia
 3. Inflammaciones
 - Ulcus o gastritis
 - Colitis ulcerosa
 - Pancreatitis
 - Adenitis mesentérica
 - Enf. celiaca
 - Otros cuadros malabsortivos
 4. Infecciones
 - Hepatitis
 - Apendicitis
 - Parasitosis (Giardias y Ascaris)
 5. Alimentos o fármacos
 - Fritos, grasas, chocolate
 - Bebidas carbónicas
 - Salicilatos, corticoides, aminofilina
 - Sedantes, narcóticos, antitusígenos
 - Difenilhidantoína
- B) GÉNITO-URINARIOS
1. Pielonefritis
 2. Hidronefrosis
 3. Quistes de ovario (torsión)
- C) METABÓLICAS
1. Cetosis
 2. Hipoglucemia
 3. Diabetes
 4. Porfiria
 5. Intoxicación por plomo
 6. Hipercalcemia
- D) INFECCIONES SISTÉMICAS
1. Tuberculosis
 2. Brucelosis
 3. Fiebre reumática
 4. Fiebre tifoidea
- E) DOLOR REFERIDO
1. Pleura
 2. Columna
 3. Testículos
 4. Pelvis
- F) NEUROLÓGICO
1. Epilepsia
 2. Migraña
-

de ellos sufren DAR, siendo algo mayor la incidencia en niñas. Respecto de las edades más frecuentes, se aprecian dos «picos»: los 5-10 años y la pubertad (2, 3).

¿*Qué hacer con estos niños?* Como debe ser la norma, los pilares diagnósticos se fundamentan en una buena anamnesis familiar y personal y en una detallada exploración física.

Entre los *factores etiológicos* (ver Tabla I) hay que tener en cuenta una predisposición somática apoyada en algún trastorno funcional, sobre el que actuarían a modo de desencadenantes determinadas condiciones del medio ambiente y factores individuales del niño: su temperamento y el umbral para el dolor, ambos muy condicionados por patrones de respuesta aprendidos (3, 4).

La *historia familiar* suele mostrar llamativa frecuencia de DAR en los padres o parientes, así como de otros problemas digestivos (ulcus, gastritis, colon irritable, etc.) o extradigestivos (jaquecas, cefaleas frecuentes, problemas psicológicos...) (Tabla II) (2, 3, 5, 6, 7).

Entre los *antecedentes personales* hallaremos que, con gran probabilidad, esos niños fueron gestados en situaciones de ansiedad (padres añosos, amenazas de aborto o abortos anteriores, rechazo o complicaciones del embarazo, etc.) y quizás hubo problemas en torno al parto. También es frecuente que tuvieran «cólicos del primer trimestre» y vómitos o diarreas en etapas precoces.

En cuanto al niño, su perfil psicológico y conductual puede mostrarnos un chico nervioso, con trastornos del sueño y/o del apetito, miedos nocturnos, onicófago, enurético, irascible, nervioso, o bien tímido, pasivo y aprensivo (3, 6).

Analizando las *manifestaciones clínicas* de las crisis de DAR, se pueden destacar los siguientes aspectos: la localización del

dolor suele ser periumbilical (para APLEY es axiomático que cuanto más alejado está el dolor del ombligo, más posibilidades hay de que tenga base orgánica). Las características (tipo de dolor, irradiación, horario...) son muy variadas y poco específicas y la intensidad moderada, pues sólo un 20 % de los niños se ven obligados a disminuir su actividad, adoptan posturas antiálgicas, se acuestan o lloran. Puede ser frecuente la asociación de otras manifestaciones clínicas como vómitos (50 %), cefalea (20 %), palidez (50 %), diarrea y/o estreñimiento (4-5 %) y a veces sudoración o midriasis (2, 5, 6, 7).

La duración es variable, así como su periodicidad, aunque suele asociarse a situaciones de «stress»: proximidad de exámenes, conflictos familiares, competiciones deportivas, dificultades escolares... y por tanto conviene indagar sobre estos pormenores de la vida del niño (2, 6).

Es conveniente que la familia y el propio niño perfilen el mayor número de detalles en torno a los episodios de DAR para orientar el diagnóstico y el tratamiento. Puede ser útil la entrevista por separado a padres e hijo (al menos durante unos momentos) de modo que puedan expresar sus temores o sentimientos con mayor libertad (3).

La *exploración clínica* debe ser completa y detallada, y en ella no debemos olvidar la somatometría y el aspecto general del niño, el despistaje de hernias, la palpación abdominal ordenada y cuidadosa, la exploración genital y el tacto rectal. Sería deseable ver al chico en el momento agudo y también en la fase libre de síntomas, aunque no siempre es posible. Sin embargo, diversos autores recomiendan no explorar el abdomen a menudo para evitar que el niño fije el síntoma aún más.

En determinados casos se puede recurrir a *exámenes complementarios* bien seleccionados, encaminados a confirmar al-

guna sospecha nuestra o a descartar temores de los padres (3, 6). Veamos qué signos o síntomas deben hacernos pensar en etiología orgánica, y qué pruebas son las más adecuadas en cada caso, teniendo a la vista el listado exhaustivo de posibles causas de DAR:

Si el niño pierde peso, está pálido o parece empeorar, realizaremos un hemograma completo y búsqueda de sangre oculta en heces. Si se modifican los hábitos intestinales, hay distensión abdominal persistente o el dolor es fijo, haremos estudio radiológico simple y un tránsito con papilla baritada. Si hay síntomas urina-

rios, dolor lumbar o hematuria, un estudio del sedimento urinario, urocultivo y U.I.V. si procediera. Cuando el niño se encuentre muy decaído, si tiene fiebre recurrente, inflamaciones articulares, etc. es decir, síntomas de enfermedad crónica, la batería a realizar será más amplia, incluyendo VSG, transaminasas, aglutinaciones, Mantoux, etc. Y por su inocuidad y posibilidades diagnósticas se podría solicitar una ecografía de abdomen en cualquiera de los casos anteriores.

Cuando, tras la anamnesis y la exploración sospechamos que se trata de dolores de origen funcional y tenemos una seguri-

TABLA II. DIFERENCIAS ENTRE DAR CON CAUSA ORGÁNICA Y FUNCIONAL

	DAR con enfermedad orgánica	DAR con trastornos funcionales
Antecedentes Familiares	Alergias. EAN. Urticarias Anemias hemolíticas Infartos Diabetes Ulcus	Jaquecas. DAR. Estreñimiento Colon irritable. Gastritis Ulcus. Depresión o trastornos emocionales Madres sobreprotectoras
Antecedentes Personales	Intervenciones quirúrgicas previas (bridas) Traumatismos Pica	Cólicos del primer trimestre Diarrea crónica inespecífica Estreñimiento habitual o retención de heces
Características del dolor	Intenso Bien localizado	Moderado-leve Periumbilical Difuso
Signos y síntomas asociados	Fiebre recurrente Vómitos persistentes Coluria, ictericia, acolia Hematemesis, melenas, rectorragia Alt. del apetito Disminución de peso Sínt. urinarios Sínt. ginecológicos Púrpura	Palidez, sudoración. Anorexia Enuresis Trast. emocionales, del comportamiento o de la personalidad
Hallazgos a la exploración	Palidez intensa Dolor a la palpación Palpación de masas Fístulas o fisuras Flujo vaginal Imperforación de himen Dism. de peso comprobada	Exploración normal.

dad razonable sobre la ausencia de factores orgánicos, la orientación que debemos ofrecer a la familia incluye quizá mayor número de *medidas psicoterapéuticas* que de otra índole.

En primer lugar deberemos tranquilizar a los padres y al propio niño acerca de que no existe una enfermedad subyacente importante. A veces conviene nombrar alguna de esas enfermedades temidas para aliviar la angustia. Por el contrario, les indicaremos qué signos o síntomas pueden constituir motivo de preocupación. Es importante vigilar la dieta para evitar transgresiones que puedan ocasionar dolor real.

Debemos establecer un seguimiento del niño en visitas programadas, indicando a los padres que observen y anoten las circunstancias en torno a los episodios de DAR: la alimentación, situaciones desencadenantes, duración, horario, etc. para revisarlo en común. Y habrá que dejar en libertad de interconsulta o solicitarlo uno mismo cuando los padres del niño estén desilusionados o preocupados, dejando la puerta abierta a revisiones posteriores.

Evitaremos etiquetar al niño de falso enfermo o de histérico, pues, aunque se sospeche un origen emocional a los DAR, el niño «siente» ese dolor, y así hay que explicárselo a los padres. Sin embargo, debemos darles unos consejos que pueden parecer perogrulladas, pero que constituyen los pilares básicos de la terapia conductista encaminada a «normalizar» la vida del niño, y que, resumiendo, son los siguientes (4):

1. No preguntar al niño a menudo si siente dolor o no.
2. Cuando él se queje, aparentar ligera indiferencia a los gritos, gestos aparatosos... Observar con discreción su actitud general, si juega o no, etc.

3. Si se sospecha que pretende evitar una situación que le desagrada, ofrecerle una alternativa poco apetecible, como por ejemplo, quedarse en la cama.
4. Reforzar y estimular las conductas normales, la asistencia a clase, la superación de los problemas, etc., aprobándole amistosamente.
5. Estas normas deben ser seguidas por todas las personas que se relacionan con el niño para que no se refugie en el familiar más permisivo.

Respecto del tratamiento farmacológico, han habido muchos y variados ensayos: antiácidos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, sedantes, analgésicos, etc. Es frecuente una respuesta aceptable en el primer momento, pero un fallo a la larga. Algunos autores aconsejan proporcionar en primer lugar un placebo (5).

No nos hemos referido al clásico cuadro llamado «Epilepsia abdominal» en niños con DAR y EEG alterado y que al parecer mejoraban con tratamiento antimicrobial, siendo pues su diagnóstico «ex juvantibus» causa de su general aceptación. Actualmente, aunque sigue teniendo defensores, son más los que dudan de la existencia de este proceso, basándose en que las alteraciones del EEG son inespecíficas o no se detectan en gran número de niños con DAR y que el tratamiento anti-convulsivante puede ser eficaz como efecto placebo puesto que responden igualmente a otras medicaciones más o menos inespecíficas.

Por el contrario, sí suele aceptarse los DAR como equivalente migrañoso dentro de un «síndrome periódico» en familias en que incide con mayor frecuencia.

LA ANOREXIA (A)

A pesar de constituir un frecuente motivo de consulta, la A. no parece llamar la

atención de los pediatras, al menos si lo juzgamos por la escasa producción bibliográfica sobre el tema en los últimos años. Quizá incidan varios factores en este hecho y nos atreveríamos a citar entre ellos por una parte el rechazo inconsciente que sentimos en la consulta ante ese gran número de madres que se quejan una y otra vez de que su hijo no come, y por otra, al

creciente interés en la prevención de la obesidad. Sin embargo, basta una breve ojeada a nuestras fichas clínicas para observar la frecuencia real de los trastornos de la conducta alimentaria, pues de uno de ellos se trata, como motivo principal o secundario de consulta, llegando a ser un 26-28 % de los niños que llegan al psiquiatra infantil, según COBO MEDINA (8).

TABLA III. CAUSAS ORGANICAS DE LA ANOREXIA EN EL NIÑO

-
- A) DIFICULTADES MECÁNICAS PARA LA SUCCIÓN-DEGLUCIÓN-MASTICACIÓN
1. Malformaciones orofaríngeas
 - Sínd. de Pierre Robin
 - Fisura palatina
 - Labio leporino
 2. Dificultades para la masticación
 - Mal ajuste de arcadas dentarias
 - Retromicrogantía
 3. Dificultades para la deglución
 - Hipertrofia adenoidea
 - Hipertrofia amigdalal
- B) ENFERMEDAD AGUDA ORGÁNICA (Generalmente pasajeras)
1. Infecciones de la esfera O.R.L.
 - Rinitis
 - Faringitis o faringoamigdalitis
 - Otitis
 2. Cuadros respiratorios
 - Crisis asmática
 - Bronconeumonía
 3. Procesos digestivos
 - Gastroenteritis
 - Hepatitis
 4. En la fase aguda de cualquier otra enfermedad
- C) ENFERMEDAD CRÓNICA
1. Cardiopatías
 2. Nefropatías
 3. Tuberculosis
 4. Otras infecciones crónicas
 5. Síndromes malabsortivos
 6. Síndromes neurológicos
 7. Tumores y leucemias.
-

No está en nuestro ánimo entrar en el detallado análisis de aspectos como la diferencia conceptual entre «hambre» y «apetito», ni en la regulación hipotalámica y metabólica del hambre y la

saciedad y la interacción de otras áreas cerebrales. No nos detendremos en los aspectos del aprendizaje de los hábitos alimentarios, ni en el modo en que las diferentes causas orgánicas (Tabla III y IV) (9,

10, 11, 12, 13) pueden generar A. ni profundizaremos en las variadas teorías psicológicas que tratan de explicar esta alteración de la dinámica familiar. Tampoco vamos a adentrarnos en el interesante fenómeno de la publicidad, que va a influir de variados modos en la alimentación proponiendo modelos estéticos de belleza, incitando al consumo de determinados productos, algunos de ellos de bajo valor ca-

lórico o estimulando a la ingesta por su gestión fuera de las horas de comer, con lo que el niño, tan manipulable, llegará a la mesa sin apetito. Incluso esas tablas standard de cantidades de alimentos que deben tomar los niños a determinada edad, que se pueden ver en las etiquetas de determinados productos para bebés y que no explican que hay variaciones individuales.

TABLA IV. CAUSAS PSICOSOMATICAS, RELACIONALES Y CONDUCTALES DE LA ANOREXIA EN EL NIÑO

A) DE LA FAMILIA

- Mala higiene, dietas extravagantes, poco variadas, insuficientes, mal condimentadas, exceso de cantidad o temperatura. Dieta inadecuada.
- Preocupación excesiva por el peso
- Sobreprotección.
- Conflictos familiares (broncas, separación, alcoholismo)
- Rechazo hacia el niño.
- Horario rígido, prisas...

B) DEL PROPIO NIÑO

- Constitucional
- Etapa negativista
- Etapas de crecimiento más lento
- Celos
- Hijo único y/o absorbente
- Llamada de atención
- Deseo de independencia en la práctica de nuevas habilidades
- Stress escolar.

Para todo ello remitimos al lector a la bibliografía. Solamente vamos a perfilar el camino diagnóstico que, al mismo tiempo, será la base de la terapéutica.

¿Cómo podríamos definir la anorexia, inapetencia o hipo-orexia? Quizá por tratarse de pacientes pediátricos y obtener por lo tanto la información a través de las madres, deberíamos preguntarnos qué es lo que ellas entienden por A. y, por ser una alteración de la relación materno-filial, qué factores la determinan.

Los clínicos, a menudo, sospechamos que lo que ocurre en la realidad es que el

niño-a no come toda la cantidad de alimento que la madre desearía, si bien, en ocasiones, esta disminución de la ingesta es real.

Para salir de dudas habremos de hacer una *anamnesis general* detenida que nos permita conocer la historia biomédica y personal del niño y descartar enfermedades orgánicas agudas o crónicas. Y no debemos dejarnos convencer fácilmente por la madre que dice que su hijo «no come nada de nada» o «solamente huevos fritos con patatas» o bien que «lo único que acepta es el yogurt de fresa», incitándola suavemente pero con firmeza a que nos

especifique la composición y cantidad de cada comida del día, lo que el niño «pico-tea» entre horas, si bebe mucha agua, si visita con asiduidad el kiosko, etc. También nos adentraremos con discreción en las relaciones familiares, sus posibles conflictos, personas que rodean al niño durante la hora de comer y el clima en que se desarrolla ésta (trucos, cuentos, juegos, amenazas...).

A continuación procederemos a una minuciosa *exploración física* del niño, que nos permita descubrir una posible etiología orgánica y a determinar el peso y la talla, correlacionándolos con tablas standard.

Rara vez será necesario recurrir a *exámenes complementarios*. En ocasiones pueden significar un refuerzo para calmar la ansiedad de los padres, siempre que procuremos evitar yatrogenia y exploraciones complicadas, costosas o invasivas. Los datos más útiles nos los proporcionarán una hematocitometría, sideremia e índice de saturación de la transferrina. Si el niño es pequeño (menor de un año) es prudente efectuar un análisis sistemático de orina y urocultivo. Y en los mayores de 3 años, una intradermorreacción de Mantoux. Sin embargo la realización de estas pruebas sólo estará justificada cuando en la exploración o en la evolución del niño haya algún motivo de preocupación real. (10, 11).

En la gran mayoría de los casos observaremos que, efectivamente, el niño tiene un desarrollo normal y que la anorexia estaba en la falta de objetividad de la madre, o bien comprobaremos que hay un componente conductal. Y aquí empieza nuestra tarea más difícil: el *tratamiento*.

Como ya habíamos apuntado, el hecho tan sencillo de efectuar una anamnesis general detallada, una encuesta de alimentación y una exploración calmada y comple-

ta, van a predisponer a los padres a aceptar mejor nuestras palabras, cuando además, con hechos objetivos, como es mostrarles la relación del peso y la talla de su hijo en comparación con otros niños de la misma edad en las tablas y su curva de desarrollo, les digamos que la A. del niño carece de importancia. En los niños «menuditos» pero con un crecimiento estable, conviene hacerles unas reflexiones acerca de la diferencia entre la normalidad y la media (amplio rango de valores la primera y dato puntual la segunda), de los aspectos constitucionales, etc.

A continuación conviene ayudarles a que se percaten de la «normalidad» de su hijo en otros aspectos: sus juegos, su vivacidad, capacidad de aprendizaje, ausencia de enfermedad, etc., es decir, lo que los clásicos llamaban «eutrofia», «euergia» y «eutimia» (14).

Siguiendo en esta línea, es aconsejable explicar algunas características normales del apetito infantil. Así por ejemplo, la primera fase de inapetencia, entre los 6-9 meses de edad, motivada por la introducción de nuevos sabores y consistencias en los alimentos (8, 13), y la segunda, hacia el segundo o tercer año, en que el crecimiento se enlentece. Hay variaciones individuales del apetito, del mismo modo que las tenemos los adultos y que nos hacen rechazar determinados alimentos por su sabor, olor o consistencia, al igual que podemos estar influenciados por el estado de ánimo (9). Si se trataba de una enfermedad aguda, les diremos que suelen ser situaciones transitorias.

La modificación de la conducta de los padres incluye aspectos puramente dietéticos y otros relacionales. Entre los primeros habrá que enseñarles a procurar que la oferta de alimento sea adecuada a las necesidades metabólicas del niño. Puede ser útil al principio que las cantidades sean pequeñas a fin de que el niño las pue-

da terminar con éxito, en lugar de ofrecerles un plato lleno, ante el cual se sentirá asustado. Tener en cuenta el aspecto de las comidas, su sabor, olor, temperatura y condimentación, de forma que la dieta sea variada pero respetando sus gustos.

En cuanto al ambiente en que se desarrolla la relación para las comidas es aconsejable indicarles la conveniencia de que sea siempre la misma persona quien se ocupe de alimentar al niño, de que no sustituyan una cosa por otra «a ver sí» ésta le gusta más. Que haya un clima tranquilo, sin distracciones, dramatismos ni tensiones. Sin hacerle promesas ni amenazas, de forma que no se produzcan chantajes (padres-hijo o viceversa).

Evitar que los niños mayores coman dulces entre horas, ni se ofrezca a los lactantes biberones de leche o zumo cada vez que lloran, pues, aparte de disminuir su apetito de forma inmediata, se enseña al niño a satisfacer todas sus tensiones por la vía oral, condicionando un riesgo de futura obesidad (11, 13).

Todas estas normas pueden parecer complejas, pero las madres las aceptarán si procuramos evitar el culpabilizarlas en exceso, ofreciéndoles la alternativa de que la solución está en sus manos.

¿Qué pasa con los fármacos orexígenos? Son muchos los que se han utilizado, pero la mayoría presentan alguna contraindicación (corticoides, anabolizantes hormonales, ciproheptadina...), aunque se conocen algunos fármacos que pueden ser útiles; si se efectúa el correcto diagnóstico veremos que es excepcional tener que recurrir a ellos (15).

No conviene claudicar bajo las presiones de la familia, aunque, frente a madres obstinadas o desconfiadas podremos recurrir al uso de placebos, complejos vitamínicos, etc., procurando explicarles siempre que la medicación en sí no mejo-

rá el apetito, sino que se trata de suplementar la alimentación.

Y debemos evitar con firmeza el caer en la receta por complacencia ante problemas conductuales de niños y adolescentes que puede ser el origen de futuras farmacodependencias, al fomentar la salida fácil, la huída por medio del medicamento, en lugar del enfrentamiento valiente a los conflictos.

Por supuesto que no vamos a entrar en el complejo mundo de la «anorexia nerviosa», que debe remitirse a un servicio hospitalario de psiquiatría infanto-juvenil, pero, ahora que tenemos la oportunidad de tratar adolescentes con más frecuencia, queremos perfilar algunas características de la A. en esta edad.

Una razón muy frecuente, y más en las chicas aunque no excepcional en los varones, es la de someterse a los dictados de la moda, siguiendo unos patrones longilíneos con pocas diferencias sexuales. Otro factor importante es el impacto de circunstancias variadas, decepciones amorosas, conflictos con los padres o amigos... Y por último, ciertas modificaciones extravagantes de la dieta por seguir determinada ideología: vegetarianismo, macrobiótica, etc. (16) (15).

Con ellos, la conducta terapéutica será el diálogo sereno, escuchando sus inquietudes e ideales y proponiéndoles con razonamientos claros y sin paternalismos una visión madura de la realidad (relación entre peso y talla, importancia de los diferentes nutrientes, etc.), ayudándoles a la construcción de su propia personalidad por encima de las influencias del medio ambiente socio-cultural.

EL ESTREÑIMIENTO (E)

En los niños sanos no hay una norma fija en cuanto al número de veces que deben defecar. Ello depende de factores

constitucionales y dietéticos. Por lo tanto, para definir el E. no debemos reducirlo a valores numéricos absolutos (número de veces/intervalo), sino referirnos más bien a una disminución de la frecuencia con aumento de la consistencia, que se acompaña de molestias al evacuar. Esto comúnmente genera en los padres una angustia desproporcionada, pues ellos sí tienen un criterio rígido respecto de lo que debe ser «normalidad» (12, 13).

El mecanismo fisiopatológico del E. habitual es una permanencia prolongada del bolo fecal en el colon de manera que se absorbe gran parte del agua y las heces se tornan duras, con lo que su emisión resulta molesta o dolorosa (14).

El motivo de esta lentificación del vaciado del colon puede ser un peristaltismo perezoso por escaso volumen fecal o bien por factores constitucionales o genéticos (17).

TABLA V. CAUSAS ORGANICAS DE EXTREÑIMIENTO

A) CAUSAS DIGESTIVAS

1. Congénitas

- E. de Hirschprung
- Atresias o estenosis
- Ano ectópico

2. Adquiridas

- Estenosis cicatriciales
- Posquirúrgicas
- Prolapsos
- Fisuras o fístulas
- Hemorroides
- Tumores extrínsecos o intrínsecos

B) CAUSAS EXTRADIGESTIVAS

1. Endocrino-metabólicas

- Hipotiroidismos
- Diabetes insípida
- Acidosis renal
- Hipocalcemia
- Raquitismo
- Intoxicación por vitamina D
- Intoxicación por plomo
- Efecto de ciertos medicamentos

2. Neurogénicas

- Lesiones medulares
- Amiotonía congénita
- Parálisis cerebral
- Sínd. de Prune Belly

Existen múltiples causas de E. (Tabla V) (2, 5, 15, 17, 18, 20) que habrá que tener en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico diferencial, ya que cuanto más precoz sea la manifestación del E. más probabilidades hay de que sea orgáni-

co (18). Sobre todo la E. de Hirschprung, aunque la mayoría de los procesos citados presentan una sintomatología específica más florida.

En cuanto a las causas que hemos agrupado como «funcionales» (Tabla VI)

(15, 17, 18, 19, 20), incluyen factores tan variados que van desde dietas inadecuadas a otros aspectos derivados del estilo de vida actual, con prisas, horarios programados que a ciertas horas motivan competencia entre los miembros de la familia por ir al retrete, viajes, sedentarismo, etc., y también factores personales, como en el caso de los niños hiperactivos, con atención errática, que no terminan la defecación y van desarrollando una retención que se cronifica del mismo modo que lo hace aquel que la evita por dolor.

Nuestro enfoque ante un niño con E. deberá estar encaminado en primer lugar a descartar una enfermedad orgánica, a diferenciar un E. agudo (debido a un viaje, trastorno emocional o enfermedad intercurrente) o crónico. Y dentro de éste, a considerar cuál es su origen con vistas a la terapéutica.

Como ya se ha dicho, en pediatría, nuestra principal arma diagnóstica es la *historia clínica*. En este caso, aparte de los datos generales, debemos hacer incapié en los siguientes aspectos: conocer las enfer-

TABLA VI. CAUSAS FUNCIONALES DE EXTREÑIMIENTO

-
- A) ESCASA ACTIVIDAD FÍSICA, VIAJES, VIDA SEDENTARIA
- B) CAUSAS DIETÉTICAS
1. En los lactantes
 - Lactancia materna (variable)
 - Escaso aporte de agua
 - Dieta concentrada
 - Escaso aporte global de alimentos
 - Leches con alto contenido en calcio y grasas
 - Introducción precoz de la alimentación complementaria
 2. En los escolares
 - Exceso de proteínas en la dieta
 - Escasa fibra vegetal
- C) REPRESIÓN DEL ESTÍMULO DE LA DEFECACIÓN
- Adquisición temprana y forzada del control de los esfínteres
 - Rechazo o repulsa a los retretes escolares
 - Defecación dolorosa (dermatitis, fisuras, hipertonía del esfínter)
 - Prisa
 - No interrumpir el juego
 - Empleo de enemas o laxantes en exceso
- D) PSICOLÓGICOS
- Celos
 - Terquedad
-

medades gastrointestinales crónicas de especial incidencia en la familia y sus patrones de evacuación intestinal. En el niño, el tipo de lactancia (materna o artificial); la pauta de introducción de la alimentación complementaria (edad, composición, técnica); los problemas médicos intercurrentes, en especial los trastornos de la esfera

digestiva; la dieta actual con todo detalle; las características de las heces (aspecto, color, olor); el ritmo de evacuación, horario y síntomas acompañantes (dolor abdominal intermitente, retortijones, flatulencia, dolor anal, visualización de estrías de sangre...); otros síntomas generales (algunos como fiebre, convulsiones, halitosis y

nerviosismo no parecen tener una firme relación con el E. pero sí podemos encontrar vómitos, anorexia y disminución del rendimiento escolar) (18, 19). Es importante conocer datos acerca del aprendizaje del control de esfínteres: época en que se realizó, técnica de entrenamiento, ambiente emocional familiar en torno a estos hechos, etc. El ritmo de vida del niño, su temperamento, actividad, aprendizaje en otras áreas... A veces hay una pseudo-encopresis con escapes de heces por rebotamiento de forma involuntaria pero sin vaciado total del colón.

En la *exploración física* será raro que hallemos distensión abdominal, pues evacúan los gases sin dificultad, aunque puede observarse ligera hinchazón en el hipogastrio. A veces pueden palpase masas fecales rellenas parcialmente el colon. Debemos visualizar el ano, por si hubiera dermatitis o fisuras, y practicar un tacto rectal, en el que encontraremos una ampolla dilatada y repleta de heces duras y malolientes.

Pocas *exploraciones complementarias* serán necesarias: tanto la radiografía simple como el enema pueden mostrarnos

TABLA VII. CONSEJOS DIETETICOS PARA EL EXTREÑIMIENTO

ALIMENTOS ACONSEJADOS

- Cereales integrales y sus derivados (pan, galletas, pastas)
- Legumbres y verduras enteras o en puré grueso
- Frutas enteras, con piel o en zumo sin colar.
- Mermeladas con restos de piel y semillas
- Frutos secos: higos, dátiles, pasas, ciruelas, nueces

ALIMENTOS QUE DEBEN RESTRINGIRSE

- Leche y derivados (yogurt, queso fresco...)
- Huevos, carnes y pescados blancos
- Purés vegetales muy tamizados
- Zumo colado o comercial
- Pan blanco y otras harinas refinadas: pasteles, pastas...

un recto dilatado. Y la manometría (no siempre disponible) puede detectar pequeños segmentos agangliónicos.

El tratamiento será diferente según la edad del niño. Así, en los lactantes bastará con cambios dietéticos: añadir zumo de naranja, extracto de malta, harina de avena sola o combinada (si es mayor de 8 meses, pues contienen gluten) o bien mucílago de avena o biberones de manzana (15, 18, 19, 20).

En los niños mayorcitos y escolares, los consejos irán encaminados por una parte a cambios dietéticos (dieta rica en residuos,

Tabla VII) y por otra a la reeducación del hábito de evacuación, lo cual puede requerir meses de tratamiento. Conviene enseñar al niño a tomarse tiempo para defecar, a diario, preferiblemente después de una comida para aprovechar el reflejo gastro-cólico (15, 18) y algunas maniobras, como el tener los pies apoyados en el suelo, pueden favorecer la evacuación (18).

Al principio puede ser necesario eliminar esas «bolitas» de heces difíciles de expulsar, y lo haremos con un enema de suero fisiológico y parafina líquida (una

cucharada por Kg.) (18, 19) y quizá haya que recurrir a laxantes suaves (azúcares o aceites minerales) con el fin de que desaparezca el miedo al dolor y se reeduce el

recto. Evitaremos los que producen hábito o dependencia, y suprimiremos todos a la larga, incluso los que parecen inofensivos (21). (Tabla VIII).

TABLA VIII. PRINCIPALES TIPOS DE LAXANTES

TIPO	MECANISMO DE ACCION	EJEMPLOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES
EMOLIENTES	Reblandecen las heces	Docusato Na	Efectivo	Puede lesionar epitelio
		Aceite mineral	Efectivo. No se digiere ni absorbe	Puede limitar la absorción de sustancias liposolubles
DE VOLUMEN	Se hinchan o disuelven en agua —distienden ampolla— aumentan el peristaltismo	Salvado agar-agar Metil celuloza Semilla de plántago	Eficaces	
OSMOTICOS	Retienen agua	Sales de Mg Fosfato Na Sulfato Na		Modificar distribución del agua corporal. Deshidratación por absorción de iones
		Lactulosa		Retortijones. Hiponatremia grave
CATARTICOS	Aumentan la motilidad intestinal por mecanismo desconocido	DERIV. Fenilmetano: —Bisacodil —Fenoltaleína	Poco efecto sistémico	Retortijones Excesiva pérdida de líquidos.
IRRITANTES		DERIV. Antra-cénicos: —Sen —Dantron —Cáscara sagrada		Hipokaliemia Ulceras de colon

BIBLIOGRAFIA

- ILLINGWORTH R.S. «Frecuencia de las enfermedades infantiles» *Medicine* (1.ª serie) 1979; 30: 2.659.
- ESCOBAR H. y SUÁREZ L. «Curso de actualización en Pediatría Extrahospitalaria» Centro Especial Ramón y Cajal. Nov. 1985, Madrid.
- LEVINE M.D. y RAPPAPORT L.A. «Dolor abdominal recurrente en niños escolares: la soledad del médico distante» *Clin. Ped. de N. Am.* (Ed. esp). Ed. Interamericana. Madrid (1985); 969-992.
- MASEK B.J., RUSSO D.C. y VARNI J.W. «Enfo-

- que conductista del tratamiento del dolor crónico en los niños» *Clin. Ped. de N. Am* (Ed. esp). Ed. Interamericana. Madrid (1985); 1123-1142.
5. MIRÓ J., SALARICH J. y TARRÉS R. «IX Curso de Pediatría Extrahospitalaria». Barcelona (1984).
 6. GARRIDO de ARROQUÍA J. «Dolor abdominal recidivante en la infancia» *Jano*. (Jun 1979); 55-59.
 7. «X Curso de Pediatría Extrahospitalaria». Barcelona (1985).
 8. COBO MEDINA C. «Paidopsiquiatría dinámica I». Publicación distribuida por Laboratorios Roche. Madrid (1983).
 9. BUENO GÓMEZ J. «El hambre y su regulación». Publicación distribuida por Laboratorios Sandoz. Barcelona.
 10. Trastornos de la Conducta. X Curso de Pediatría Extrahospitalaria (F. Prandi y cols.) Barcelona (1985).
 11. ILLINGWORTH R.S. «El niño normal». Ed. El manual moderno. S.A. México (1979).
 12. ALEXANDER S.R. y cols. «Cuando el niño no quiere comer» *Atención Médica* jun-jul 1982.
 13. SERINGE Ph. y PLAINFOSSE B. «Las consultas diarias en pediatría» Ed. Toray Masson S.A. Barcelona 1967.
 14. PÉREZ SOLER A. «Mitos en Medicina Infantil» Ed. Médica y Técnica S.A. Barcelona 1979.
 15. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ M. y cols. «Alimentación Infantil» Ed. Cea. Madrid 1984.
 16. VV.AA. en ponencias al «IX Meeting Anual de la A.E.P.E.» Barcelona, sept. 1985.
 17. ILLINGWORTH R. S. «El diagnóstico etiológico en Pediatría» Ed. Doyma S.A. Barcelona 1983.
 18. GREEN M. y HAGERTY R.J. «Pediatría ambulatoria» Ed. Panamericana. Buenos Aires 1980.
 19. BRAUN D., GRUTTNER R. y LASSRICH M.A. «Gastroenterología pediátrica» Ed. Saned S.A. Madrid 1985.
 20. SILVERMAN A., ROY C. C. y COZZETTO F. J. «Gastroenterología pediátrica» Ed. Salvat. Barcelona 1974.
 21. VV.AA. «Papel de los lactantes en el tratamiento del estreñimiento» *Profesión médica*. Marzo 1986; pág. 14-15.