

Original

El niño con ¿estreñimiento crónico severo o enfermedad de Hirschsprung?

LUIS DE LA TORRE-MONDRAGÓN

Profesor Titular de Cirugía Pediátrica. Hospital para el Niño Poblano. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

La comunidad médica mundial esta acostumbrada a pensar en el estreñimiento como una enfermedad y actuar en consecuencia. Sin embargo debemos entender que el estreñimiento no es una enfermedad. El estreñimiento es un síntoma que se define como “*la dificultad para vaciar de manera completa y placentera el contenido del recto*” y para fines etiológicos es un síndrome.

El estreñimiento se puede presentar a cualquier edad y es un problema de consulta muy frecuente. Podemos decir que existen dos tipos de estreñimiento:

1. El que se presenta de manera esporádica, aguda con respuesta exitosa y expedita al tratamiento médico el cual llamaremos “estreñimiento funcional”
2. El que se presenta en forma crónica con un cuadro obstructivo severo en donde el tratamiento médico habitual no resuelve el problema el cual le llamamos “estreñimiento crónico severo” y debe diferenciarse principalmente entre otras causas de una aganglionosis congénita del recto o enfermedad de Hirschsprung.

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es un síntoma que manifiesta una enfermedad subyacente o evidente. La detección de dicha enfermedad de forma oportuna es prioritario para dar un tratamiento adecuado; de lo contrario, el estreñimiento se hace crónico y se manifiestan otros signos y síntomas que traen un estado complicado.

ORIGEN DEL ESTREÑIMIENTO

La causa más frecuente del estreñimiento se le llama “funcional” debido a que tiene su origen en una disfunción de los mecanismos normales de la evacuación, que inicia con el vaciamiento incompleto del recto dejando un residuo de materia fecal que se va acumulando, y forma un bolo fecal de mayor tamaño, duro y difícil de evacuar perpetuándose este proceso. El acumulo progresivo de materia fecal genera un crecimiento gradual del recto pudiendo llegar a adquirir dimensiones extremadamente grandes o **megarrecto** (Fig. 1). Cuando el recto crece de manera des-



Figura 1.



Figura 2. Otras causas de estreñimiento: A) Hirschsprung; B) Meningocele; C) Malformación anorrectal: fístula recto-perineal.

proporcionada las fibras musculares van siendo sustituidas por tejido fibroso el cual no tiene capacidad de contracción por lo que el recto se vuelve un saco inerte o con una muy baja contractilidad.

Otras causas a considerar son el hipotiroidismo, diabetes, hiperparatiroidismo, fisuras anales, enfermedad de Hirschsprung, malformaciones anorrectales, meningocele, espina bífida, médula anclada, tumores en el hueco pélvico, entre muchas más (Fig. 2).

EPIDEMIOLOGÍA

El estreñimiento es una de las causas más frecuente de consulta en pediatría, gastroenterología y cirugía pediátrica. Es un problema muy frecuente que puede estar presente desde el recién nacido.

DIAGNÓSTICO

La detección del síntoma “estreñimiento” es fácil y se establece con la historia clínica. Sin embargo debemos recordar que este síntoma es causado por una enfermedad subyacente o evidente.

Para intentar establecer la causa del estreñimiento el interrogatorio es muy importante y debe incluir: la edad de inicio, la respuesta a tratamientos previos, si existe manchado o sangrado, si el síntoma es constante o intermitente y si hay antecedentes quirúrgicos. En la exploración física debemos buscar en el abdomen la presencia de masa palpables que correspondan a fecalomas. En el periné la inspección debe dirigirse a la búsqueda de alteraciones en la anatomía, presencia de fístulas o fisuras así como la sensibilidad ano-cutánea.



Figura 3. Radiografía simple de abdomen sin preparación intestinal. Muestra el acúmulo de residuo fecal en el recto y colon.

La exploración del recto es prioritaria para evaluar el tono del canal anorrectal y las características físicas de su contenido, de igual forma, se debe evaluar de manera integral el hueco pélvico en búsqueda de alteraciones anatómicas o tumores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como síntoma no tiene diagnóstico diferencial, sin embargo se deben considerar todas las enfermedades que causen estreñimiento.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

1. Electrolitos séricos (calcio, sodio, potasio, magnesio), glucosa, pruebas de función tiroidea.



Figura 4.

2. *Radiografía simple de abdomen sin preparación intestinal.* Muestra el acumulo de residuo fecal en el recto y colon. (Fig. 3)
3. *Radiografía simple de abdomen AP y lateral con preparación intestinal para evaluar la región sacro-lumbar.* Permite visualizar la integridad de las estructuras óseas y descartar alguna disrafia o malformaciones sacro-coxígeas.
4. *Rectograma o colon por enema sin preparación intestinal y con medio de contraste no baritado.* Este estudio es obligatorio. Permite visualizar el grado de crecimiento o distensión del recto y colon, distinguir entre "megarrecto", "megacolon" y "dolicocolon", evaluar la anatomía en búsqueda de estenosis, malrotación y zonas de transición. La técnica para este estudio debe cumplir con los siguientes requisitos: utilizar sonda **sin globo** y sin orificios laterales, colocar cinta adhesiva alrededor de la sonda a 1 cm del orificio en cantidad suficiente para evitar fuga del

- medio de contraste, introducir la sonda máximo 1 cm, utilizar contraste hidrosoluble (**no bario**), instilar el medio con jeringa de irrigación **lentamente** sin presión o gravedad (no es para reducir una invaginación), utilizar fluoroscopia e incluir siempre proyecciones **laterales** (Fig. 4).
5. *Biopsia de recto.* Una muestra adecuada del recto y su estudio histológico correcto continua siendo el estándar de oro para confirmar o descartar la enfermedad de Hirschsprung.

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO SEVERO FUNCIONAL

Los pacientes con ECS en los que se descartó con certeza alguna causa orgánica deben ser sometidos a un "programa de rehabilitación de la función colorrectal".

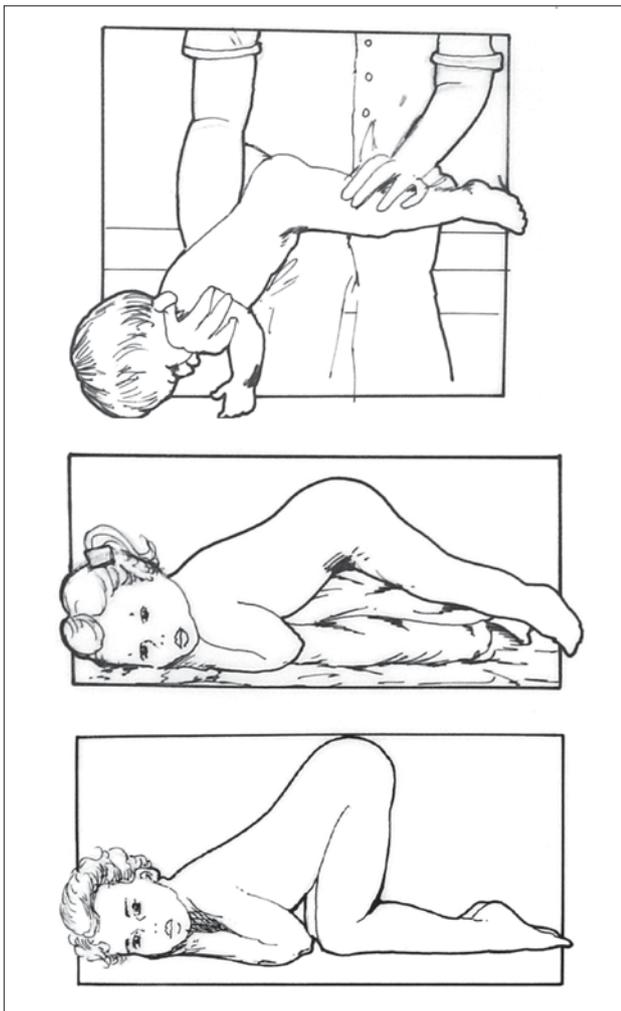


Figura 5. El niño con estreñimiento crónico severo: posiciones para la aplicación de enemas.

Este programa se inicia con una amplia y explícita información a los padres y pacientes sobre el origen de este trastorno funcional

1. Antes de iniciar una alimentación que facilite las evacuaciones o el uso de laxantes debemos asegurar que la porción distal no tenga obstrucción por impacto fecal. En caso de confirmar impacto fecal se debe iniciar la limpieza mecánica con enemas hasta su limpieza total.
2. Evitar la acumulación de materia fecal con uso de alimentos y medicamentos laxantes con el objetivo de lograr al menos una evacuación al día que elimine la totalidad del contenido del recto. Recordar que los laxantes se deben administrar solo una vez al día, siempre a la misma hora (de preferencia por la noche) y que la dosis ideal depende de la respuesta de cada paciente. Para evitar un nuevo impacto fecal, si el paciente no presenta eva-

cuación en 48 horas se deberá aplicar un evacuante (microenema, enema u otro).

3. Es necesario llevar un registro diario de las evacuaciones, dosis de laxante, accidentes (manchado), uso de enemas, etc. Este "diario" es la única forma de poder ajustar los laxantes y orientar mejor a nuestros pacientes.
4. El fracaso en la rehabilitación es consecuencia de dos aspectos: un mal diagnóstico y una falta de educación al paciente y su familia. Una adecuada información, orientación y uso de medidas psicopedagógicas impactan en el éxito del tratamiento.

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO ORGÁNICO

Dependerá de su causa y requiere de la intervención de un cirujano pediatra u otro especialista de acuerdo a su origen.

COMPLICACIONES

Las complicaciones del estreñimiento crónico son: dolor abdominal, dolor anal, distensión abdominal, manchado, pseudoincontinencia fecal, disminución del apetito, detención del crecimiento, apatía, debilidad física, disminución del autoestima, angustia familiar y del médico tratante. El estreñimiento crónico severo es un "Problema socialmente debilitante".

CUÁNDO INTERCONSULTAR AL CIRUJANO PEDIATRA

El paciente debe ser enviado a un cirujano pediatra cuando hay antecedentes de cirugía colorrectal, presencia de megarrecto, dolico colon, sospecha de enfermedad de Hirschsprung o cuando hay evidencia de una alteración anatómica como fisuras, fístulas, meningoceles, tumoraciones pélvicas, malformaciones anorrectales y malformaciones de la columna.

QUÉ HACE EL CIRUJANO PEDIATRA ANTE EL "ESTREÑIMIENTO CRÓNICO SEVERO"

1. Desimpacta de manera eficaz al paciente.
2. Educa sobre la forma correcta de realizar enemas (Fig. 5).
3. Evalúa la indicación de realizar enemas anterogrados (Fig. 6).

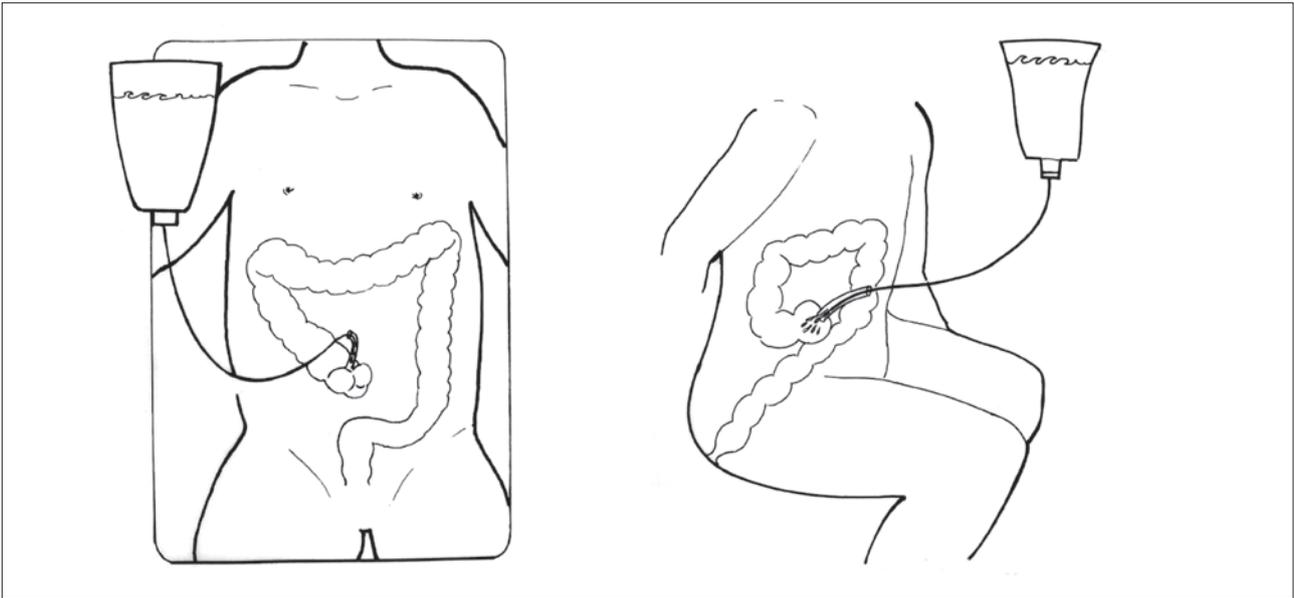


Figura 6. El niño con estreñimiento crónico severo: enemas anterógrados.

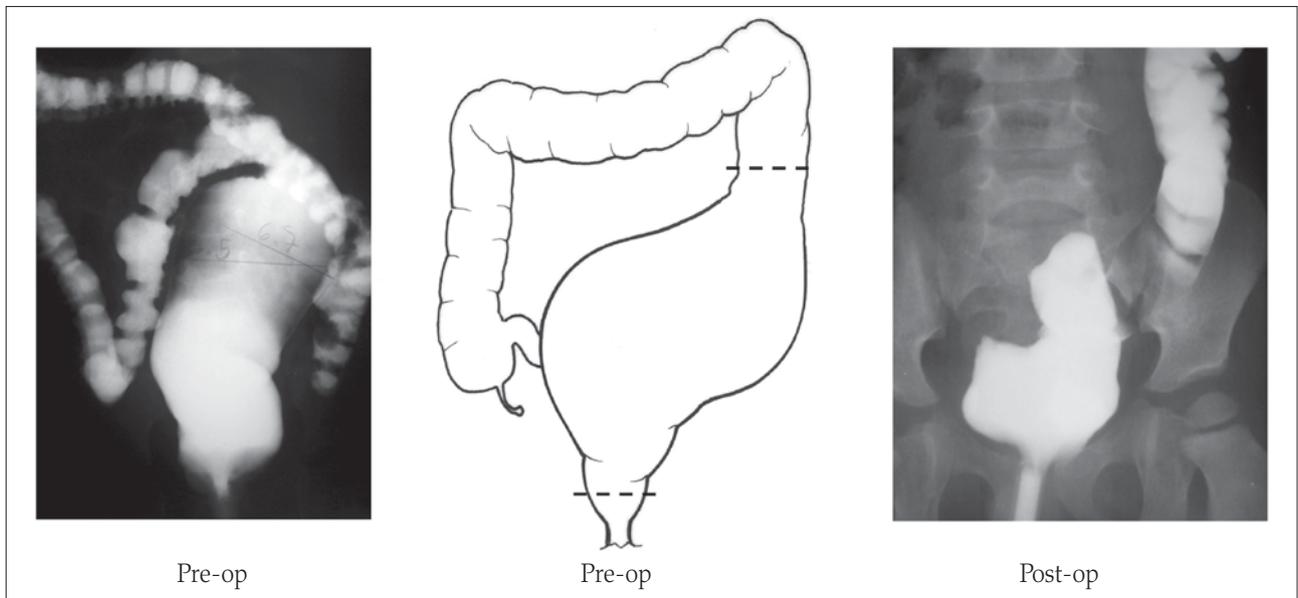


Figura 7. El niño con estreñimiento crónico severo: tratamiento quirúrgico de megarrecto en pacientes con ECS.

4. Evalúa la indicación de la necesidad de reseccionar un segmento intestinal en casos de megarrecto o dolocolon (Fig. 7).
5. Es el único que trata la enfermedad de Hirschsprung.
6. Evalúa la necesidad de estudios más precisos para el diagnóstico etiológico del ECS.