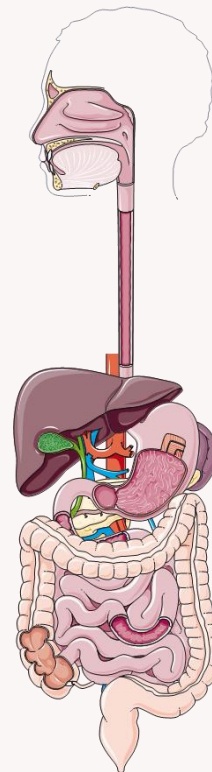


Estreñimiento crónico persistente: Un abordaje rehabilitador

Cristina Valdivia Villodre (R2)
Tutorizado por: Ángela De La Caridad Garcia
Pediatría – Medicina Digestiva Pediátrica



ÍNDICE

01 INTRODUCCIÓN

02 ETIOLOGÍA

03 FISIOLOGÍA

04 DIAGNÓSTICO

05 TRATAMIENTO

06 ¿Y SI PERSISTE?

07 CONCLUSIONES

08 BIBLIOGRAFÍA

01. INTRODUCCIÓN



Niños < 4 años

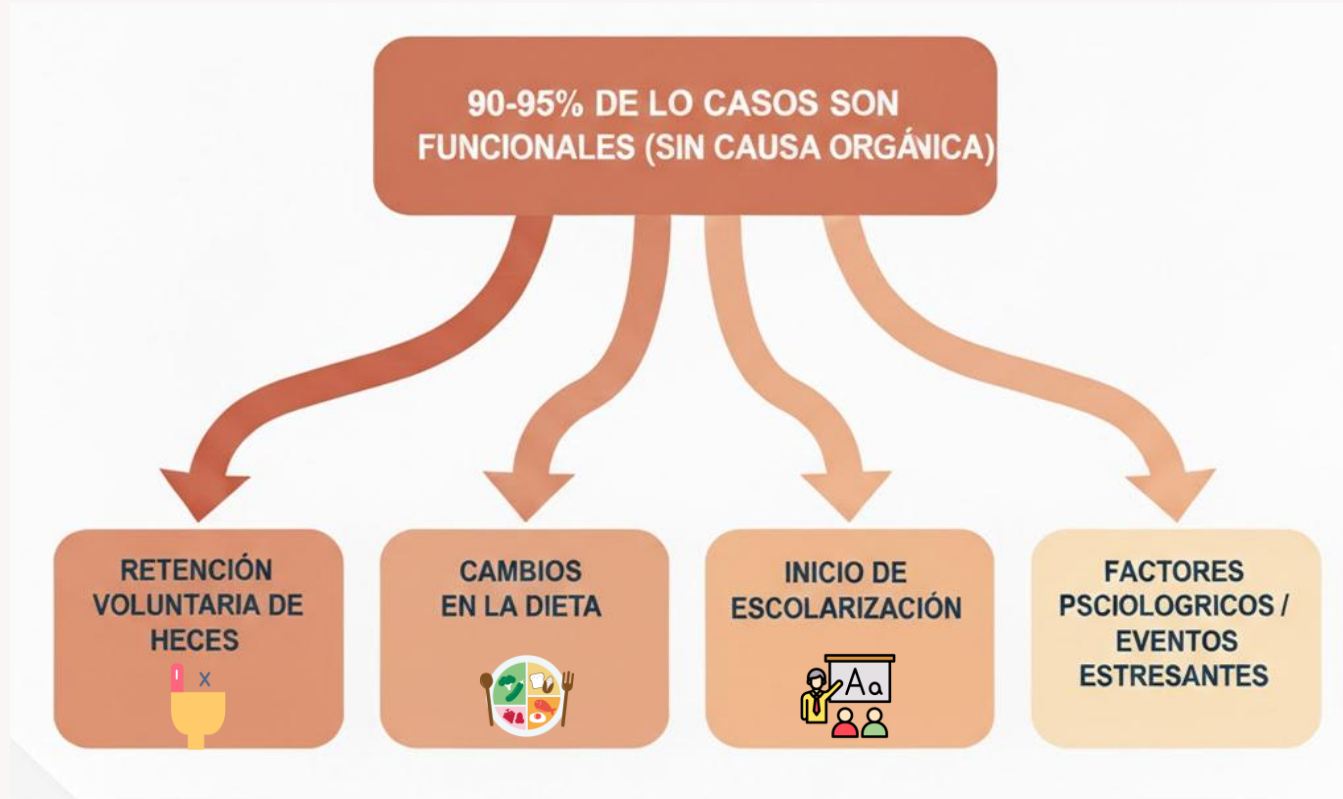
1. Dos o menos deposiciones por semana
1. Historia de retención fecal excesiva
1. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras
1. Historia de deposiciones voluminosas
1. Presencia de una gran masa fecal



Niños > 4 años:

1. Dos o menos deposiciones por semana en el inodoro
2. Un episodio de incontinencia fecal por semana
3. Historia de retención fecal excesiva
4. Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto
6. Historia de deposiciones voluminosas

02. ETIOLOGÍA



CAUSAS ORGÁNICAS (5-10%)

ENFERMEDAD DE
HIRSCHSPRUNG

MALFORMACIONES
ANORRECTALES

ALTERACIONES
NEUROMUSCULARES

HIPOTIROIDISMO

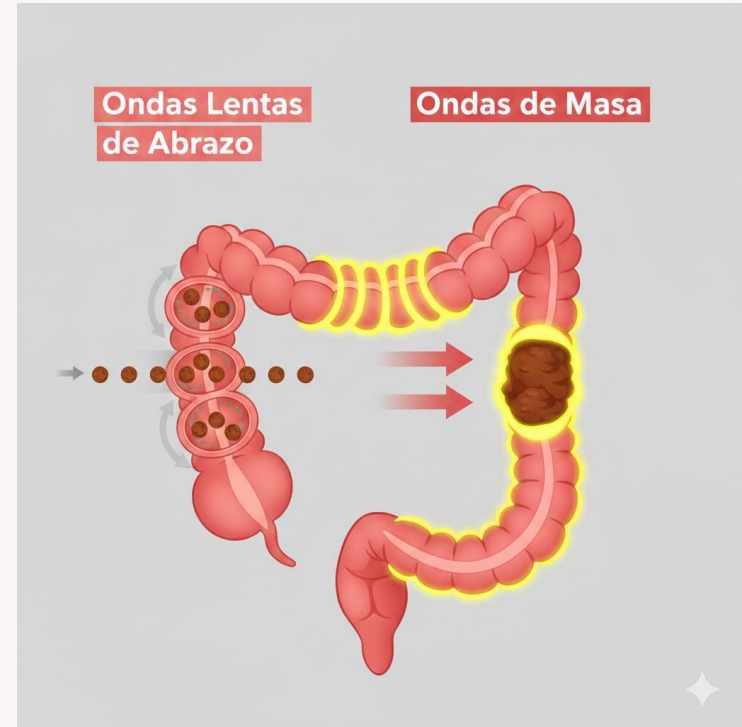
FIBROSIS QUÍSTICA

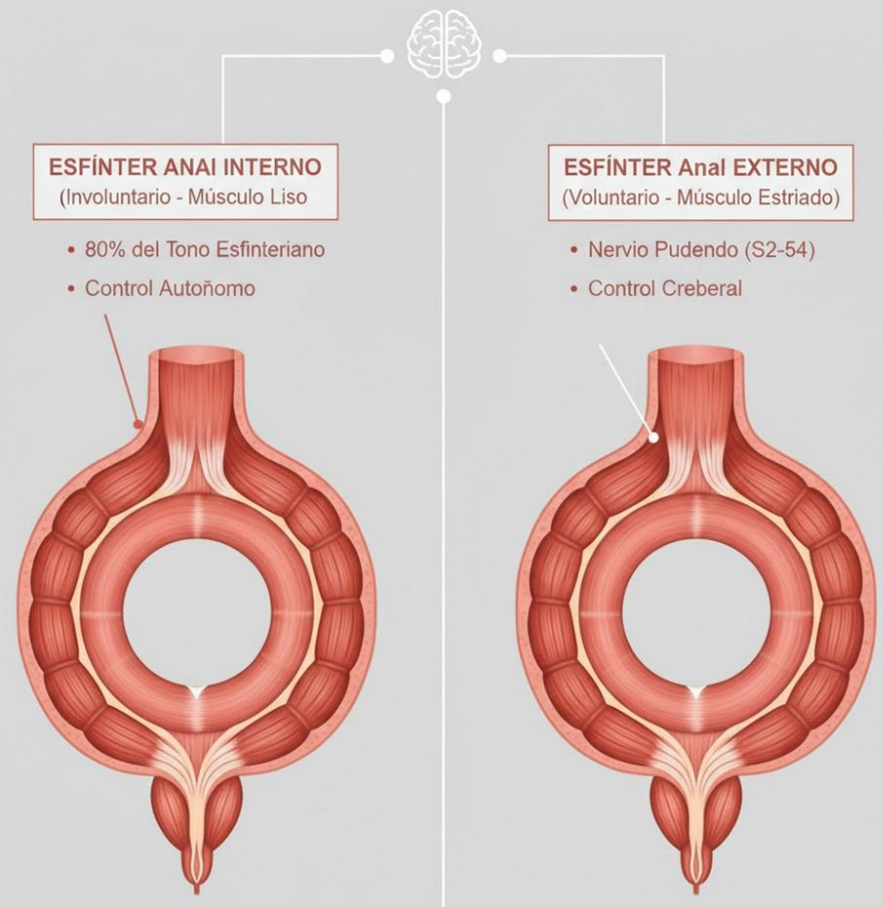
FÁRMACOS

03. FISIOLÓGÍA

1. Propulsión de heces hacia el recto:

- El colon es recorrido por dos tipos de ondas peristálticas (lentas y de masa)





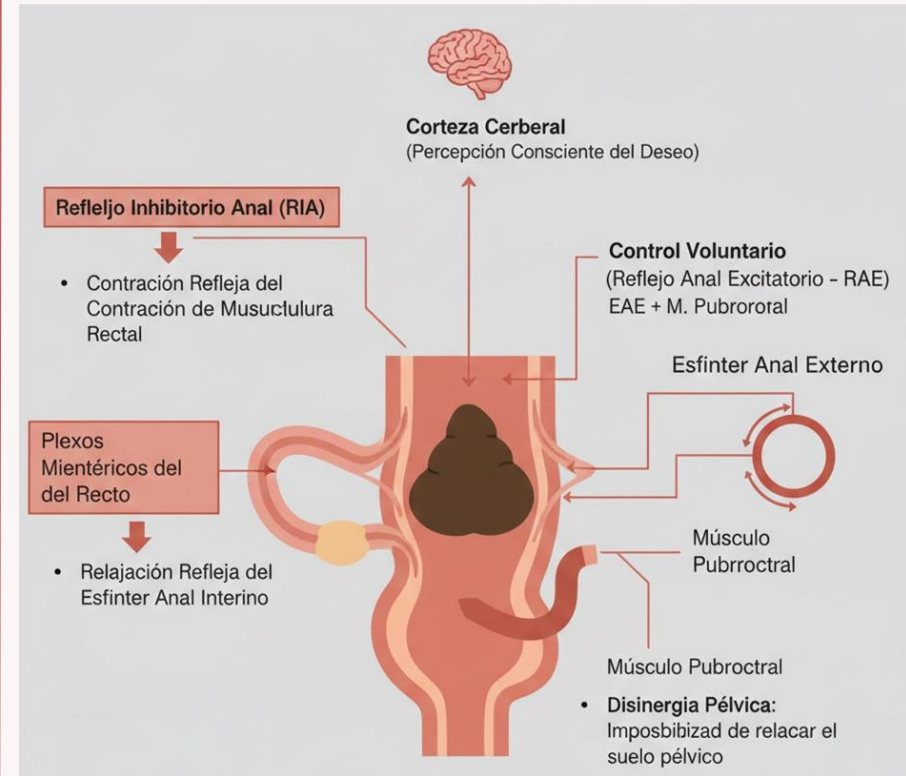
2. Complejo esfinteriano:

- El esfínter anal interno, involuntario, responsable del 80% del tono esfinteriano anal
- El esfínter anal externo, voluntario. Controlado por impulsos sacros a través del nervio pudendo

3. Transmisión del impulso:

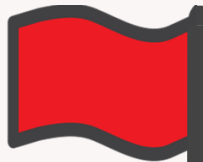
Bolo fecal provoca distensión de paredes del recto y estimulación de los presorreceptores:

- Mediante plexos mientéricos del recto produce la relajación refleja del esfínter anal interno y la contracción de la musculatura rectal
- Si se desea posponer la defecación, de forma voluntaria se estimula la contracción del esfínter anal externo



04. DIAGNÓSTICO

No se requieren estudios complementarios en ausencia de signos de alarma



- Inicio de los síntomas antes del primer mes de vida
- Retraso en la expulsión del meconio (>48 horas tras el nacimiento)
- Fallo de medro
- Vómitos biliosos
- Sangre en las heces sin fisura anal
- Antecedentes familiares de enfermedad de Hirschsprung
- Alteraciones neurológicas
- Malformaciones ano-rectales
- Anomalías en la región lumbosacra
- Síntomas sistémicos



05. TRATAMIENTO

Polietilenglicol: 0,4 g/kg/día



- Se recomienda un mínimo de 24 semanas, puede mantenerse durante años si es necesario, siempre reevaluando la necesidad y ajustando la dosis
- El uso prolongado de polietilenglicol es seguro y eficaz como tratamiento de mantenimiento
- Educación en hábitos de evacuación, asegurando una ingesta adecuada de fibra y líquidos

Recomendaciones dietéticas:



- Ingesta de fibra: 5 g + edad
- Ingesta de fluidos: 4 tazas/día para niños de 1-3 años, 5 tazas/día para 4-8 años, y 7-8 tazas/día para mayores de 8 años
- 3-4 raciones de legumbres por semana
- 5 raciones de frutas y verduras cada día

Aumentar la fibra y los fluidos por encima de las recomendaciones no mejora el estreñimiento

Recomendaciones conductuales:



- Uso estructurado de baño, idealmente después de las comidas, con un sistema de recompensas
- Debe permanecer sentado 5-10 minutos
- Hay que enseñarle que no debe aguantarse las ganas de ir al baño cuando sienta el deseo

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
					1	
2	↑ : Si ausencia de deposición, encopresis o deposiciones tipo 1-2 ↓ : Deposiciones tipo 6-7 durante 3 días					
9						
	10	11	12	13	14	15
16	17	18				21
23	24					22
					28	

06. ¿Y SI PERSISTE?

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO PERSISTENTE



Fracaso tratamiento médico y conductual tras > 3 meses

Síntomas persistentes de estreñimiento

Deterioro calidad de vida

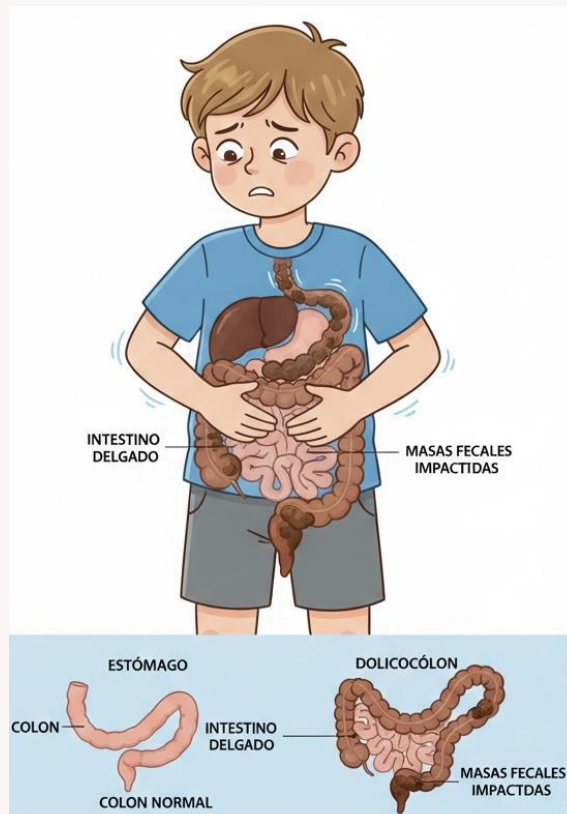
DOLICOLON: se produce por una elongación o redundancia anatómica del colon, que puede ser congénita o adquirida



- Incremento de longitud y trayecto del colon
- Especialmente del segmento sigmoideo y transverso
- Aumenta la presión en el rectosigmoide y dificulta la evacuación
- Contribuye al desarrollo y perpetuación del estreñimiento



DIAGNÓSTICO: enema baritado o RMN



ANTE PERSISTENCIA: Fundamental confirmar la adherencia, descartar causas orgánicas y realizar una evaluación clínica exhaustiva

Glucosa
Calcio
TSH
Anticuerpos
celiaquía
Test de sudor

PRUEBAS: AS sólo están indicadas si hay sospecha clínica de trastornos metabólicos o sistémicos

AUSENCIA DE CAUSAS ORGÁNICAS

Pruebas funcionales y de motilidad:

- > Manometría anorectal
- > Rectal balloon expulsion test

Primera línea para identificar trastornos evacuatorios (disinergia o alteración coordinación)

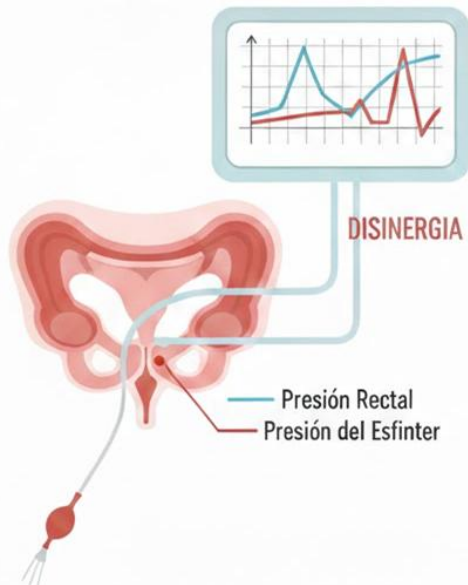
MANOMETRÍA ANO-RECTAL:

Permite evaluar la coordinación entre recto y esfínter anal en simulación de defecación

BET:

Evalúa la capacidad de expulsar un balón rectal, lo que sugiere alteración en la evacuación

Coordinación Recto-Esfínter



Capacidad de Evacuación



Expulsión del balón



TIEMPO: < 2 minuto
(Normal)



TIEMPO: > 2 minuto (Anormal)

07. DISINERGIA

El tratamiento recomendado para mejorar la percepción rectal, la fuerza y la coordinación musculares **FISIOTERAPIA:**

- EJERCICIOS TERAPÉUTICOS
- ENTRENAMIENTO SENSORIAL
- TÉCNICAS MANUALES

Ha demostrado mejorar la frecuencia de defecación, reducir la defecación dolorosa y aumentar la calidad de vida hasta en el 77%

La motivación y la cooperación del paciente son determinantes para el éxito

BIOFEEDBACK:

- **Técnica** : reentrenamiento mediante retroalimentación visual o auditiva
- **Objetivo**: reeducación de la coordinación muscular durante la defecación, especialmente útil en casos de disinergia defecatoria
- **Duración**: 4-6 semanas

1. ENTRENAMIENTO DE ESFUERZO DE EVACUAR

1. RELAJACIÓN DE ESFÍNTER ANAL

1. EXPULSIÓN DE BALÓN

1. RETRAINING SENSORIAL RECTAL

OTRAS TÉCNICAS:

- NEUROMODULACIÓN: estimulación tibial percutánea y sacra.
- INYECCIÓN TOXINA BOTULÍNICA A: a nivel de músculo puborrectal y esfínter anal, produciendo relajación de musculatura y facilita expulsión de heces. Efecto es transitorio
- TERAPIAS RETRÓGRADAS: uso de enemas y sistemas de irrigación transanal para estimular la evacuación y facilitar el vaciamiento colónico
- CIRUGÍA: en casos graves (dismotilidad colónica total o segmentaria, megacolón, complicaciones graves...)

08. CONCLUSIONES

- Entre el 90-95% es estreñimiento funcional. El mecanismo principal es la retención voluntaria tras una experiencia dolorosa, lo que genera un círculo vicioso que cronifica el cuadro
- El tratamiento más seguro y eficaz, empleado de mantenimiento, es el polietilenglicol. Se debe apoyar de dieta adecuada y medidas conductuales
- Es fundamental diferenciar casos de mala adhesión al tratamiento y casos de refractariedad. Ante un caso de persistencia de síntomas se debe valorar realizar pruebas de fisiología anorrectal (manometría y balloon expulsion test)
- Recalcar la rehabilitación y biofeedback como pilares fundamentales del tratamiento, con tasas de éxito de hasta el 77%. Cabe conocer que existen otras técnicas alternativas como la neuromodulación o toxina botulínica.

09. BIBLIOGRAFÍA

1. Tabbers M, DiLorenzo C, Berger M.Y, Faure C. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children. ESPGHAN and NASPGHAN. 2014;58(2):258-74.
2. Modin L, Mette A, Dalby K, Skytte M. Polyethylene Glycol Maintenance Treatment for Childhood Functional Constipation: A Randomized, Placebo-controlled Trial. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018;67(6):732-737.
3. Mulhem E, Khondoker F. Constipation in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment. 2022 American Academy of Family Physicians
4. Wald A, Bharucha A, Limketkai B, et al. ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders. Am J Gastroenterol. 2021;116(10):1987-2008
5. Wegh C, Baaleman D, Tabbers M, Smidt H, Benninga MA. Nonpharmacologic Treatment for Children With Functional Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pediatr. 2022;240:136-149

Estreñimiento crónico persistente: Un abordaje rehabilitador



cristinavaldiviavillodre@gmail.com

