

Encopresis en el paciente pediátrico

Ernesto Guiraldes C.¹, Daniela Novillo G.², Paulina Silva P.²

Los trastornos de la defecación son un problema frecuente en las edades pediátricas. Según publicaciones internacionales, representan el 3% de las consultas en pediatría general y entre un 10% y un 25% de aquellas en gastroenterología infantil¹⁻³. Dentro de este grupo de trastornos, la constipación funcional es el problema más frecuente. El ensuciamiento fecal es otra causa frecuente de consulta, relativa a problemas de defecación. Este fenómeno se define como la emisión de material fecal, sólido o líquido, en momentos y lugares inapropiados (ver más abajo).

El ensuciamiento fecal puede ser secundario a retención fecal, a alteraciones físicas (malformaciones congénitas, trastornos neurológicos, defectos posquirúrgicos) o –con menor frecuencia– a problemas psicológicos y emocionales.

El término "encopresis" (que proviene del griego "kopros"= deposición) fue acuñado por Weissenberg, en 1926⁴, para describir la incontinencia fecal de origen psicológico y no propiamente orgánico, mientras que el término "incontinencia fecal" era reservado para las patologías orgánicas. Más tarde, el término encopresis fue expandido para referirse a ambos tipos de incontinencia, a partir de los clásicos estudios de Levine y cols⁵⁻⁷, y en la literatura médica anglosajona, especialmente la norteamericana, dicha tendencia ha subsistido. Aunque no existe consenso respecto a la definición, a nivel internacional, actualmente se suele usar el término encopresis para referirse a la emisión repetida de heces ya sea involuntaria o intencional en lugares inapropiados, en un niño de 4 o más años de edad (o nivel equivalente de desarrollo según DSM IV)⁸. En la literatura anglosajona, habitualmente los tér-

minos: "encopresis", "soiling" y "fecal incontinence" son usados indistintamente, para referirse a la emisión involuntaria de material fecal, a pesar de las sutiles diferencias en el significado de estas acepciones que algunos autores invocan⁸.

En la presente revisión haremos la diferencia entre encopresis retentiva, la cual es secundaria a constipación crónica con retención fecal funcional, y encopresis no retentiva, mucho menos frecuente, y en la cual se considera que hay un sustrato psicológico y emocional^{2,9}.

La constipación y la retención fecal en la gran mayoría de los individuos en edad pediátrica, son secundarias a trastornos de la función defecatoria y, con bastante menor frecuencia, lo son a enfermedades orgánicas, como: enfermedad de Hirschsprung, hipotiroidismo, hipercalcemia, diabetes insípida o patologías neurológicas. De acuerdo a los criterios diagnósticos del proceso Roma II, publicados en 1999 para los trastornos funcionales gastrointestinales infantiles², la constipación funcional se define como: deposiciones duras o caprinas durante la mayor parte del tiempo, o deposiciones firmes 2 o menos veces por semana, en ausencia de enfermedad estructural, endocrinológica o metabólica.

En relación a la epidemiología de la encopresis para países occidentales se calcula, de acuerdo a la literatura sobre el tema, una frecuencia de 1 a 3% en niños en edad escolar, con una media de 1,5%^{2,5,10}. Del total de estos niños, aproximadamente en el 80% se recuerdan antecedentes de una historia previa de constipación. La tasa de encopresis, informada en una publicación reciente, es de 2,8% a los 4 años de edad, 1,9% a los 6 años y 1,6% entre los 10 y 11

1. Gastroenterólogo, Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Internas de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

años¹¹, siendo bastante más frecuente en niños que en niñas¹¹. En Chile no se conocen las tasas de prevalencia de constipación y de encopresis, pero si se reconoce que son una causa frecuente de consulta en pediatría, tanto a nivel primario como de especialidad.

En esta revisión, presentaremos por separado, la fisiopatología, manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos, y opciones terapéuticas de la encopresis retentiva y de la encopresis no retentiva. Dada la relevancia de este problema a todo nivel de atención médica, tanto en la instancia primaria como en gastroenterología pediátrica, una actualización del tema puede ser de interés para quienes trabajan con pacientes pediátricos.

ENCOPRESIS RETENTIVA

Definición

A la incontinencia fecal asociada a constipación se la denomina encopresis retentiva. Ya sea por pérdida gradual del hábito por parte del paciente, o como consecuencia de los intentos repetidos de evitar la defecación debido al temor asociado a este proceso, una gran masa fecal eventualmente se acumula en el recto, distendiéndolo progresivamente y entreabriendo el esfínter anal. El ensuciamiento o escurrimiento ("soiling" en la literatura en inglés) ocurre cuando, en ausencia de patología orgánica, cantidades pequeñas o moderadas de deposiciones escurren alrededor de esta gran masa fecal en forma involuntaria, pasando a través del ano entreabierto y manchando la ropa interior^{2,9}.

De acuerdo al consenso "Roma II", los criterios diagnósticos propuestos para retención fecal funcional en pacientes pediátricos hasta 16 años debe existir una historia de al menos 12 semanas de evacuaciones consistentes en deposiciones voluminosas, en intervalos con frecuencia inferior a dos veces semanales y adopción de posturas retentivas con la intención de evitar la defecación mediante la contracción voluntaria de los músculos pélvicos. En la medida que la musculatura pélvica se fatiga, el niño usa los músculos glúteos, contrayendo los glúteos uno contra el otro.

Estos criterios han sido considerados restrictivos por algunos autores¹², por lo que

se han propuesto cambios a esta definición, con el objeto de que se considere la presencia de encopresis retentiva, (que se evidencia por ensuciamiento fecal). Estos, y otros cambios planteados pueden o no finalmente ser incorporados a la definición normativa. Ellos son: a) Al menos 8 semanas con menos de tres defecaciones semanales en el baño en niños cuya edad de desarrollo es al menos de 4 años, y b) al menos uno de los siguientes criterios: historia de posturas retentivas, al menos un episodio de ensuciamiento fecal, por semana, presencia de masa fecal voluminosa al examen abdominal o al tacto rectal, historia de deposiciones voluminosas que pueden obstruir el baño.

En todo caso, debe tomarse en cuenta que es una materia en la cual siempre han existido controversias en las definiciones, siendo difícil generar un consenso mundial automático.

Manifestaciones clínicas y recomendaciones diagnósticas

Los niños que presentan encopresis retentiva generalmente tienen historia de constipación y/o de retención fecal funcional. En general, la incontinencia fecal se manifiesta por evacuaciones de pequeña o mediana cuantía que ensucian la ropa interior del niño de forma involuntaria. A diferencia de la encopresis no retentiva, en la encopresis retentiva los episodios se pueden producir en cualquier situación, sin desencadenantes emocionales^{2,6}. Sin embargo, el sustrato de la retención fecal funcional es la conducta evitativa del niño por el temor a una defecación dolorosa. Esto genera una verdadera "espiral viciosa" que perpetúa y agrava la constipación, llevando finalmente al cuadro manifiesto de encopresis retentiva^{1,7-9,11}.

Los elementos importantes a consignar en la historia clínica y en el examen físico^{1,2,6,11} se muestran en la tabla 1. Existe controversia en relación a la necesidad de realizar examen digital rectal en la primera visita¹¹; sin embargo, actualmente la mayor parte de los expertos apoya la conducta de realizarlo al menos una vez¹³.

En relación a los exámenes de laboratorio, en general no son necesarios para hacer el diagnóstico de encopresis retentiva. Sin embargo, se suele realizar examen de orina y urocultivo por la relativa frecuencia con que la infección del tracto urinario co-

Tabla 1. Elementos importantes a considerar en la anamnesis y examen físico de un paciente pediátrico con encopresis

Anamnesis:

- Estado de salud general del niño
- Características de las deposiciones: tamaño, consistencia, intervalo entre las defecaciones
- Existencia de evacuaciones que obstruyen el inodoro
- Edad de inicio de la constipación
- Historia de escurrimiento fecal: edad de inicio, tipo y cantidad de las deposiciones
- Factores precipitantes de encopresis
- Conciencia o no del evento de encopresis
- Presencia de posturas retentivas
- Dolor anorrectal al defecar
- Historia de dolor abdominal crónico o recurrente
- Hábitos alimentarios
- Síntomas urinarios: enuresis, infección del tracto urinario
- Medicamentos y otros tratamientos usados
- Conductas para "convivir" con la encopresis (ej. esconder la ropa interior sucia)
- Hábito intestinal en el período de lactante y preescolar
- Edad de introducción de la leche de vaca y antecedente de alteraciones asociadas a este evento
- Historia familiar de constipación
- Factores de stress, familiares o personales

Examen físico:

- Peso y talla
 - Examen abdominal: distensión y masa palpable (50% o más de los niños con constipación tienen masa palpable al examen físico, frecuentemente de ubicación suprapúbica)
 - Examen externo del periné y región perianal: deposiciones visibles, irritación anal o fisuras anales
 - Examen rectal: fecaloma, tono del esfínter anal, posición del ano, tamaño de la ampolla rectal, presencia o ausencia de deposiciones en el recto y masa pelviana (el 90% de los niños con encopresis tienen el recto ocupado por deposiciones de consistencia dura en toda la superficie o sólo en el centro de la masa fecal; otras veces las deposiciones son blandas y suaves)
 - Examen neurológico acucioso, incluyendo pruebas para evaluar la sensibilidad cutánea de la zona perianal
-

existe con estos trastornos. Los exámenes radiológicos usualmente no están indicados como parte del estudio, pero pueden ser una herramienta útil en los siguientes casos¹⁴: para confirmar la presencia o ausencia de deposiciones en el intestino, y su extensión, cuando es necesario determinar la indemnidad de la columna lumbosacra, en ausencia de masa fecal palpable al examen abdominal y rectal, cuando el niño se rehusa terminantemente al examen rectal, en niños muy obesos, en un niño que asiste a control luego de tratamiento con laxantes.

Los exámenes más específicos, como la manometría rectal, tampoco son parte del estudio rutinario de los niños con encopresis

a menos de que exista una fuerte sospecha de una alteración del esfínter anal. Sin embargo, se ha visto que los pacientes con encopresis retentiva tienen anormalidades características que apoyan el diagnóstico, las cuales serán detalladas en la sección de fisiología.

Fisiología

Típicamente, la retención fecal se inicia cuando los niños aprenden a controlar esfínteres, o al comienzo de la edad escolar. Con la retención, voluntaria o no, que se prolonga en el tiempo más allá de lo debido, las deposiciones se acumulan en el colon llegando a juntarse gran cantidad, con dis-

minución de su contenido de agua, lo que las hace de consistencia muy dura. La dificultad creciente para el paso y la evacuación de las heces lleva a que el niño, por temor al dolor, las retenga en forma voluntaria (adoptando una postura erecta con las piernas juntas, contrayendo forzosamente los músculos pélvicos y glúteos, evitando la defecación). Como consecuencia, el recto se acomoda al contenido, y la urgencia para defecar desaparece. De este modo, las heces se hacen cada vez más difíciles de evacuar, lo que lleva a un círculo vicioso, en el que el recto se distiende por el contenido anormalmente voluminoso y firme^{1,2,9}. Una vez dilatado, el recto reduce su función motriz y sensitiva, y el niño necesita cada vez mayores volúmenes en éste para que se desencadene la sensación de defecación consciente. El recto constantemente ocupado lleva, de esta forma, a la incontinencia fecal por rebalse, cada vez que el niño intenta eliminar gases o cuando se fatigan los músculos contraídos. El mecanismo que explica este fenómeno es el escurrimiento de deposiciones de consistencia más líquida alrededor de la gran masa fecal dura acumulada en el recto y el hecho de que el ano se encuentre entreabierto. Los niños con constipación severa pueden presentar encopresis durante años, la que ocurre en cualquier momento del día, o incluso de la noche, en los casos en que se produce impactación fecal. También puede producirse incontinencia urinaria, debido a la presión que la gran masa fecal produce en la vejiga; así como infecciones urinarias, probablemente por contigüidad^{1,2,9}.

En estos pacientes, la manometría colónica muestra un patrón de baja amplitud, con contracciones simultáneas en el colon distal dilatado, a pesar de haber una motilidad normal en el colon proximal. La porción dilatada del colon no es capaz de generar una contracción propagada y efectiva. La evaluación de la función anorrectal puede demostrar que se requiere de un gran volumen de deposiciones para generar el deseo de defecación^{9,11}. Algunos niños no son capaces de reconocer el deseo de defecar hasta que el balón rectal es llenado con 300 ml de aire, lo que es 10 veces superior a lo normal. La falta de conciencia frente a la presencia de heces en el recto lleva a disminuir los intentos de defecación y, por lo tanto, facilita el escurrimiento fecal⁹. Además

se ha sugerido que el tiempo de tránsito colónico total y segmentario está prolongado en forma significativa en niños constipados¹⁵.

Aspectos Psicológicos

La asociación entre el componente psicológico-emocional y los trastornos de la defecación ha sido un tema de interés y controversia. Los niños con ensuciamiento fecal frecuente presentan deficiente autoestima y a menudo son retraídos y poseen pocas destrezas sociales¹⁶. Un estudio reciente demostró que los niños con encopresis no retentiva y aquéllos con constipación crónica tienen una mayor cantidad de problemas conductuales¹⁷. Todas estas características son, con toda probabilidad, secundarias a los problemas crónicos experimentados con la función defecatoria y con la incontinencia, y no constituyen factores etiológicos. Dado que al corregir los trastornos de la defecación, se normalizan los patrones conductuales en la mayoría de los niños, ello apoya la hipótesis de que las alteraciones conductuales serían una consecuencia de dichos trastornos. Por todo ello, se ha propuesto que es esencial tener un acercamiento no enjuiciador hacia el niño, ya que el ensuciamiento fecal es involuntario. Muchos de estos pacientes son castigados y hostigados por sus familias y otras personas, debido a este problema, antes de que los padres se decidan a consultar al médico. La demora en la consulta médica se debe a que los padres suelen creer que estos trastornos son un problema transitorio que se solucionará a medida que el niño crezca. En nuestro medio también suele retrasarse la derivación al gastroenterólogo porque existe la extendida creencia de que el ensuciamiento fecal (por encopresis retentiva) es primariamente un trastorno psicológico, que debe ser inicialmente tratado por un profesional del área de salud mental. Todo ello contribuye a generar un alto costo social y emocional en el paciente, el que intenta ocultar la situación y adaptarse a una rutina normal sin lograrlo, lo que merma aún más su autoestima¹⁶.

Tratamiento

A pesar de la alta prevalencia de constipación con encopresis retentiva en niños, hay pocos estudios randomizados, multicéntricos y controlados, que demuestren cual

es el tratamiento más efectivo para esta condición⁸. Por esta razón, las recomendaciones para el tratamiento de la constipación se ha basado más en la experiencia de expertos, más que en la evidencia científica^{1,2,6,11,13,18,19}.

Frecuentemente estos niños se benefician de un manejo multidisciplinario. Los cuatro pilares del tratamiento de la encopresis retentiva son: a) desimpactación fecal cuando es necesario; b) educación; c) prevención de la recaída (reacumulación de deposiciones) y d) seguimiento periódico mientras dure la terapia y luego de suspenderla.

Es necesario precisar muy bien cual será el plan terapéutico a seguir antes de iniciar el tratamiento. La educación, tanto para la familia como para el niño es el primer paso y probablemente el más importante componente del tratamiento. Debe dejarse claramente establecido que el problema: a) no se origina de un trastorno psicológico del niño; b) que tampoco es una falta de los padres y c) que el niño no se ensucia en forma voluntaria, a pesar de que sea capaz de prevenir la encopresis por ciertos períodos¹⁹. Se debe explicar que es un problema relativamente frecuente en los niños, enseñar cual es el patrón de normalidad en la defecación y proponer expectativas realistas en cuanto a respuesta al tratamiento, con especial énfasis en la duración de éste, que muchas veces es de varios meses e incluso años. Con esta estrategia se logra, en la mayoría de los casos, eliminar o reducir considerablemente la frustración de los padres y del niño, y mejorar de esta manera el cumplimiento de la terapia. No todos los padres son igualmente receptivos a este planteamiento o asertivos en el cumplimiento del plan terapéutico, por lo que tiene especial importancia identificarlos para hacer hincapié en el ámbito educacional^{2,11-13,18}.

La desimpactación de la masa fecal puede conseguirse con uno o dos enemas de fosfato cuando ella no es de un volumen excesivo. En la mayoría de los casos, sin embargo, se requiere más que enemas, para conseguir dicho objetivo. Una estrategia es administrar por vía oral, solución de polietilenglicol (con o sin electrolitos) hasta que se excrete fluido claro a través del ano. La reciente experiencia con soluciones de polietilenglicol sin electrolitos ha sido muy positiva^{20,21}. También se puede usar aceite mineral en altos volúmenes, por vía oral, o laxantes osmóticos

hasta eliminar la masa fecal impactada^{11,19}. Otro esquema es desimpactar por vía rectal mediante una proctoclistis con solución de NaCl al 9% o, que dure al menos 24 horas para conseguir una desimpactación total de la masa. Con ello se consigue una rápida disminución de la encopresis, lo que en general, es una fuerte motivación para continuar con el tratamiento¹¹.

Uno de los puntos más importantes del tratamiento es modificar los hábitos del paciente. El niño necesita reacondicionar sus hábitos intestinales mediante el uso regular del hábito de defecación. Se le indica que se siente en el baño por al menos 10 minutos, 2 ó 3 veces al día, después de las comidas. Esta conducta puede incentivarse con un sistema de recompensas. Esto debe ser supervisado por los padres mediante una cartilla en donde se consigne la frecuencia de evacuaciones intestinales, los episodios de encopresis, el uso de medicamentos, la presencia de dolor abdominal, ITU e incontinencia urinaria¹¹. Cabe destacar que la asociación entre ITU, incontinencia urinaria y constipación es frecuente y relevante, tanto en el estudio como en el manejo de estas patologías, aunque aún no se haya demostrado una relación estadísticamente significativa entre estas condiciones²².

Un estudio reciente ha demostrado que el reacondicionamiento del hábito intestinal es la medida que genera el mayor impacto en la disminución de los episodios de encopresis retentiva para la mayor parte de los niños³.

Aún no hay evidencia que demuestre que determinados factores dietéticos alivien la constipación una vez que la retención fecal y la encopresis ya se han establecido como problemas¹¹. Lo que si tiene lógica es que la ingesta de alimentos ricos en fibra y/o la suplementación con productos comerciales con fibra, pueden ser beneficiosas en el manejo de la constipación (y en la prevención de recaídas) una vez resueltas la encopresis y la retención fecal^{23,24}. Por esto último, se sugiere incrementar significativamente el consumo de fibra dietética en todo paciente con constipación crónica y retención fecal, en un esfuerzo para mantener las deposiciones blandas, en el futuro. Debe incentivarse la ingestión de zumos de frutas, medida que puede ser particularmente útil, especialmente en los menores de uno o dos años¹⁹.

El uso de laxantes permite mantener evacuaciones diarias después de la desimpacción. El tipo de laxante usado depende de la edad y peso del paciente y gravedad de la constipación. La elección del medicamento no es tan importante como el usar la dosis adecuada y que tanto el niño como sus padres estén comprometidos con el tratamiento global. Las dosis recomendadas son 1-5 ml/kg/día en 1 a 2 dosis para el aceite mineral, 1-3 ml/kg/día (más frecuentemente: 2 ml/kg/día) en 2 ó 3 dosis para leche de magnesia, lactulosa y sorbitol y 0,7 a 0,8 gr/kg/día, (con rango de 0,3 a 1,4 gr/kg/día) de polietilenglicol 3 350^{11,19}. La leche de magnesia, lactulosa y sorbitol han sido usados por varias décadas, mientras que el polietilenglicol 3 350 es un laxante osmótico nuevo, sin electrolitos. Se prepara disolviendo 17 gramos del producto en polvo en 240 ml de agua o jugo de fruta. Se ha demostrado que es efectivo, seguro y bien tolerado tanto al corto como al largo plazo^{20,21}. También se ha demostrado la efectividad del aceite mineral (vaselina líquida) en el manejo de la constipación infantil y se ha descartado que induzca depleción de los depósitos de vitaminas liposolubles en los tejidos, u otras alteraciones, en los niños²⁵. Debido al riesgo de aspiración y neumonía, el aceite mineral está contraindicado en pacientes con daño neurológico o niños vomitadores, así como en menores de 2 años y no debe ser administrado a la fuerza¹¹. No hay ninguna evidencia de que el uso prolongado de los laxantes mencionados produzca problemas serios en niños en los cuales están indicados como recurso terapéutico. Es la responsabilidad del médico tratante el informar debidamente de esto a la familia para despejar los mitos que comúnmente subsisten, al respecto.

El entrenamiento con biofeedback ha sido popular entre algunos grupos para tratar pacientes con constipación crónica funcional y/o con encopresis. Esta modalidad de tratamiento deriva de la teoría psicológica del aprendizaje y usa instrumentos y/o ejercicios diseñados para mejorar el control psicológico. Se la ha propuesto como parte de la terapia de constipación y encopresis para recuperar la sensación rectal y fortalecer y mejorar el control del esfínter anal externo. Sin embargo, se ha demostrado en diversos estudios que este método no tiene mejor resultado que la terapia medica integral. Si

bien, en algunas experiencias ha producido resultados alentadores en el corto plazo, a la larga, dichos progresos no son sostenidos^{8,26,27,28}. Adicionalmente, esta forma de tratamiento suele ser costosa.

La encopresis retentiva tiende a resolverse espontáneamente antes de, o durante la adolescencia. Sin embargo, dejar esta condición librada a su historia natural significa un gran costo emocional y material para el paciente y su familia. El manejo de la constipación crónica, especialmente si cursa con encopresis, requiere de considerable paciencia y esfuerzo por parte del niño y sus padres. Por esto es necesario apoyarlos durante todo el tratamiento, supervisando al paciente hasta asegurarse de que la terapia está siendo efectiva, ajustando las dosis de medicamentos de ser necesario y recalando la importancia del régimen dietético y la terapia cognitivo-conductual. Se puede disminuir la frecuencia con que el niño se sienta al baño, una vez que se ha regularizado el hábito intestinal y va al baño de forma espontánea. Luego de que esto se ha logrado, se pueden disminuir la dosis de laxantes en forma gradual para que el paciente mantenga al menos una frecuencia de una deposición diaria. Al cabo de 6 a 12 meses de tratamiento se pueden minimizar o incluso discontinuar los laxantes, con la precaución de mantener al paciente en control y reiniciando el tratamiento farmacológico si la constipación recurre, sin olvidar que la suspensión precoz de la terapia con laxantes es la primera causa de recaída¹¹.

Finalmente, los diversos estudios han arrojado resultados variables con respecto a respuesta a tratamiento y pronóstico de la encopresis retentiva al mediano a largo plazo. En general, se ha visto una mejoría de entre un 60 y 70% con una terapia multidisciplinaria, que incorpora todos los puntos anteriormente expuestos^{9,11,18,24}.

ENCOPRESIS NO RETENTIVA

La encopresis no retentiva es la emisión inapropiada de deposiciones en cantidad habitual, en forma repetida, en cualquier lugar que no sea el baño, en niños mayores de 4 años o equivalente de desarrollo psicomotor^{2,15}.

La incontinencia fecal no asociada a constipación ocurre temporalmente en los cua-

droso diarreicos, debido a la fatiga de los músculos del piso pelviano. Puede haber incontinencia fecal en los pacientes con daño córticoespinal o en cualquier enfermedad que produzca inervación anormal del recto e incompetencia de la función esfinteriana. Una disfunción progresiva puede ser secundaria a un tumor de médula espinal o a una médula anclada. Puede también producirse encopresis no retentiva como secuela postquirúrgica en aquellos casos en que se secciona la válvula ileocecal y/o se pierde el reservorio ileal.

La encopresis funcional puede ser una manifestación de una alteración emocional en los escolares. Estos episodios pueden tener relación con una persona específica (ej. padre o madre) u hora del día, o puede representar una acción impulsiva desencadenada por rabia inconsciente. La encopresis no retentiva ha sido descrita en niños con morbilidad psiquiátrica, deficiencia mental, alteraciones del aprendizaje y problemas conductuales, y puede ser síntoma de una conducta desadaptativa profundamente arraigada. También ha sido descrita como una secuela de abuso sexual en niños.

Crterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos para encopresis no retentiva según Roma II son: existencia de episodios de 1 o más veces a la semana, por al menos 12 semanas en un niño de 4 o más años, con historia de defecación en lugares o momentos inapropiados al contexto social, en la ausencia de enfermedades inflamatorias o estructurales, y sin signos de retención fecal².

Cuadro clínico y recomendaciones diagnósticas

La mayor parte de los niños con encopresis no retentiva presentan diariamente movimientos intestinales durante los períodos de actividad, y habitualmente tienen evacuaciones fecales completas en su ropa interior. Rara vez presentan síntomas de constipación asociada. Los episodios de incontinencia pueden ser de pequeños o grandes volúmenes.

Los elementos importantes a consignar en la historia clínica son los siguientes: historia de ensuciamiento fecal: edad de inicio, tipo y cantidad de las deposiciones, características de la deposiciones: tamaño, consistencia, intervalos entre defecaciones, his-

toria de constipación (edad de inicio, si es que la hubo), hábitos alimentarios, dolor abdominal, medicamentos recibidos, problemas urinarios: enuresis, ITU, historia familiar de constipación, factores de stress familiares o personales

El examen físico debe enfocarse principalmente a: antropometría (peso y talla), examen abdominal: distensión, masas (especialmente masa suprapúbica), examen rectal (posición del ano, fisuras anales, tono del esfínter, tamaño de la ampolla rectal, presencia o ausencia de deposiciones en el recto, masa pelviana) y examen neurológico acucioso.

En niños con encopresis no retentiva no se encuentran masas al examen físico ni en las radiografías. Algunos clínicos creen que puede ser necesario realizar una radiografía de abdomen antes de descartar indiscutiblemente el diagnóstico de retención fecal, debido a que un examen físico negativo en este sentido no descarta en un 100% dicho diagnóstico¹⁴.

Fisiología

Estudios en pacientes con encopresis no retentiva funcional han mostrado una frecuencia normal de deposiciones, una función anorrectal normal en la manometría, y un tiempo de tránsito colónico también normal, lo que indica un mecanismo fisiopatológico distinto al de aquellos pacientes con encopresis secundaria a constipación (encopresis retentiva). La identificación de estos niños debe estar basada en síntomas clínicos, como frecuencia normal de defecaciones, ausencia de masa abdominal o rectal palpable, en combinación con exámenes generales normales y con la presencia de sensación de defecación en el rango fisiológico en la manometría anorrectal. De hecho, Benninga y cols encontraron que el tiempo de tránsito colónico total y segmentario está prolongado en forma significativa en niños constipados, en comparación con niños con encopresis no retentiva¹⁵. Todos los parámetros manométricos fueron comparables en los 2 grupos, excepto por el punto en el que se desencadena la sensación de defecar, en la manometría. Los niños con constipación requieren de mayores volúmenes para presentar deseos de defecar^{15,17}.

Aspectos Psicológicos

Se ha postulado que el impulso que lle-

va finalmente a encopresis, en estos casos, puede ser desencadenado por rabia inconsciente y que la incontinencia fecal es uno de muchos comportamientos (ej. insolencia, falta de consideración por otros) típicos de niños que tienen una relación de agresión pasiva con sus padres. Investigadores en Holanda han demostrado recientemente que niños con encopresis no retentiva tienen significativamente mayores problemas de comportamiento, y mayores problemas de externalización e internalización de los problemas que el resto de los niños¹⁷.

Tratamiento

Al igual que lo que ocurre en la encopresis retentiva, escasean los trabajos prospectivos, randomizados y controlados de opciones de tratamiento en niños con encopresis no retentiva; la mayoría de las guías de manejo y protocolos de tratamiento actualmente en uso, tienen una base intuitiva y empírica²⁸. Por otra parte, la mayoría de los trabajos enfocados en el tratamiento de la encopresis no han hecho diferencia entre la retentiva y la no retentiva. Una revisión reciente demostró que no existe evidencia suficiente que apoye la psicoterapia o el entrenamiento de biofeedback del esfínter anal en el tratamiento de las disfunciones de la defecación, por sobre los beneficios que se logran con una intervención médica integral²⁹. La misma revisión demostró que la contracción paradójica del esfínter anal externo no tiene impacto en los resultados del tratamiento entre ambos tipos de intervenciones. Un protocolo de tratamiento multidisciplinario en pacientes con encopresis no retentiva, que comparó el uso de laxante con o sin entrenamiento de biofeedback del esfínter anal, mostró pobres resultados clínicos en ambos grupos al final del período de intervención (39% y 19% respectivamente)²⁶. Se ha concluido que los laxantes parecen no tener efecto en el tratamiento de la encopresis no retentiva, en contraste con lo que ocurre en niños con encopresis retentiva^{30,31}.

Uno de los objetivos del tratamiento es ayudar a los padres a comprender que no existe ninguna enfermedad orgánica de base y a aceptar que sus hijos sean referidos a una unidad de salud mental. Al igual que lo que ocurre en los casos de encopresis retentiva, los padres de los niños con encopresis no retentiva, habitualmente sienten rabia hacia

ellos debido a que interpretan el síntoma como algo voluntariamente creado. Es por esto que los padres necesitan una guía para entender que la incontinencia fecal se asocia a alteraciones emocionales, y no es simplemente un mal comportamiento. Al igual que en el caso de la encopresis retentiva, se debe tener un acercamiento no acusatorio hacia el niño y controlar el uso del baño con sistema de recompensas¹¹. Los niños que han sido víctimas de abuso sexual se benefician de apoyo psicológico profesional. Estos pacientes son más propensos a la depresión, trastornos de ansiedad, problemas conductuales y stress postraumático.

Finalmente, en cuanto al pronóstico, se ha sugerido que la encopresis no retentiva puede ser un factor de riesgo para incontinencia fecal persistente^{32,33} y que los hallazgos en la manometría anorectal no son útiles para predecir la respuesta al tratamiento^{33,34}.

REFERENCIAS

- 1.- *Loening-Baucke V*: Chronic constipation in children. *Gastroenterology* 1993; 105: 1557-63.
- 2.- *Rasquin-Weber A, Hyman P, Cucchiara S, et al*: Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45: 60-8.
- 3.- *Borowitz S, Cox D, Sutphen J*: Treatment of Childhood Encopresis: A Randomized Trial Comparing Three Treatment Protocols. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34: 378-84.
- 4.- *Weissenberg S*: Uber enkopresis, *Zeitschrift fur Kinderheilkunde* 1926; 40: 674-7.
- 5.- *Levine M*: Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics* 1975; 56: 412-6.
- 6.- *Levine MD, Backow H*: Children with encopresis: a study of treatment outcome. *Pediatrics* 1976; 58: 845-97.
- 7.- *Levine MD*: Encopresis: its potentiation, evaluation, and alleviation. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29: 315-30.
- 8.- *Brazzelli M, Griffiths P*: Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for defaecation disorders in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2001.
- 9.- *Di Lorenzo C, Benninga M*: Pathophysiology of Pediatric fecal Incontinence. *Gastroenterology* 2004; 126: 33-40.
- 10.- *Fishman L, Rappaport L, Cousineau D, Nurko S*: Early constipation and toilet training in children with encopresis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34: 385-8.

- 11.- *Loening-Baucke V*: Encopresis. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 570-2.
- 12.- *Loening-Baucke V*: Functional fecal retention with encopresis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 38: 79-84.
- 13.- *Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al*: A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. *J Ped Gastroenterol Nutr* 1999; 29: 612-26.
- 14.- *Rockney RM, McQuade WH, Days AL*: The plain abdominal roentgenogram in the management of encopresis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 623-7.
- 15.- *Benninga MA, Buller HA, Heymans HS, Tytgat GN, Taminiou JA*: Is encopresis always the result of constipation? *Arch Dis Child* 1994; 71: 186-93.
- 16.- *Landman GB, Rappaport L, Fenton T, Levine MD*: Locus of control and self-esteem in children with encopresis. *J Dev Behav Pediatr* 1986; 7: 111-3.
- 17.- *Benninga MA, Voskuil WP, Akkerhuis GW, Taminiou JA, Buller HA*: Colonic transit times and behaviour profiles in children with defecation disorders. *Arch Dis Child* 2004; 89: 13-6.
- 18.- *Van der Plas R, Bennigna M*: Treatment of defecation problems in children: the role of education, demystification and toilet training. *Eur J Pediatr* 1997; 156: 689-92.
- 19.- *Youssef NN, Di Lorenzo C*: Childhood Constipation. Evaluation and Treatment. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33: 199-205.
- 20.- *Loening-Baucke V*: Polyethylene glycol without electrolytes for children with constipation and encopresis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34: 372-7.
- 21.- *Youssef NN, Peters JM, Henderson W, Shultz-Peters S, Lockhart DK, Di Lorenzo C*: Dose response of PEG 3350 for the treatment of childhood fecal impaction. *J Pediatr* 2002; 141: 410-4.
- 22.- *Loening-Baucke V*: Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics* 1997; 100: 228-32.
- 23.- *Loening-Baucke V, Miele E, Staiano A*: Fiber (Glucomannan) Is Beneficial in the Treatment of Childhood Constipation. *Pediatrics* 2004; 113: 259-64.
- 24.- *Amendola S, De Angelis P, Dall'oglio L, Di Abriola GF, Di Lorenzo M*: Combined approach to functional constipation in children. *J Pediatr Surg* 2003; 38: 819-23.
- 25.- *Sharif F, Crushell E, O'Driscoll K, Bourke B*: Liquid paraffin: a reappraisal of its role in the treatment of constipation. *Arch Dis Child* 2001 85: 121-4.
- 26.- *Van der Plas RN, Benninga MA, Redekop WK, Taminau JA, Buller HA*: Randomized trial of biofeedback training for encopresis. *Arch Dis Child* 1996; 75: 367-74.
- 27.- *Loening-Baucke V*: Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. *Pediatrics* 1995; 96: 105-10.
- 28.- *McGrath ML, Mellon MW, Murphy L*: Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation and encopresis. *J Pediatr Psychol* 2000; 25: 225-54; discusión 255-6.
- 29.- *Brooks RC, Copen RM, Cox DJ, Morris J, Borowitz S, Sutphen J*: Review of the treatment literature for encopresis, functional constipation, and stool-toileting refusal. *Ann Behav Med* 2000; 22: 260-7.
- 30.- *Price K, Elliott T*: Stimulant laxatives for constipation and soiling in children. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 1, 2004.
- 31.- *Van Ginkel R, Benninga M, Blommart P*: Lack of benefit of laxatives as adjunctive therapy for functional nonretentive fecal soiling in children. *J Pediatr* 2000; 137: 808-13.
- 32.- *Rockney RM, McQuade WH, Days AL, Linn HE, Alario AJ*: Encopresis treatment outcome: long-term follow-up of 45 cases. *J Dev Behav Pediatr* 1996; 17: 380-5.
- 33.- *Benninga MA, Taminiou JA*: Diagnosis and treatment efficacy of functional non-retentive fecal soiling in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32: 42-3.
- 34.- *Sutphen J, Borowitz S, Cox D, et al*: Anorectal manometric examination does not predict response to therapy for retentive or non-retentive encopretic-constipated children. *Gastroenterology* 1998; 114: 3728.