

## **ENCOPRESIS**

### **Definición y concepto**

En el lactante, la distensión del recto por las heces estimula el vaciamiento periódico automático mediante la relajación de los esfínteres anales interno y externo. A medida que el niño se hace mayor, los músculos elevadores del ano y el esfínter externo, ambos de fibra estriada, pasan a ser controlados de forma voluntaria. Con el fin de evitar la expulsión fecal, el niño aprende a contraer estos músculos cuando percibe la sensación de plenitud del recto. El esfínter interno (que no está bajo control voluntario) pasa a un estado de contracción a largo plazo probablemente propulsado por esta actividad voluntaria. El esfínter interno funciona en esta sentido hasta que de nuevo la distensión rectal hace que el niño de nuevo ejercite el control voluntario.

En torno a la segunda mitad del segundo año de vida el niño está fisiológicamente preparado para contener y para sentarse quieto durante un período de tiempo mayor. Junto a estos aspectos fisiológicos deben concurrir otros relacionados con la adquisición de habilidades motoras complejas y con el desarrollo cognitivo. La mayor parte de los niños cumplen todos los requisitos y están preparados para el control esfinteriano entre los 24 y los 30 meses.

Normalmente es más apropiado pensar que el niño ha madurado lo suficiente para adquirir una nueva habilidad y no concebir el proceso como fruto de un proceso de entrenamiento llevado a cabo por los padres.

La encopresis se define como la evacuación de heces, de consistencia normal o anormal, de forma repetida, involuntaria o voluntaria, en lugares no apropiados para este propósito (incluida la ropa interior), no debida a trastornos somáticos.

Se considera primaria cuando aparece después de que el niño haya cumplido los 4 años, sin haber tenido control fecal de por lo menos un año; secundaria cuando ha sido precedida de un período de continencia fecal al menos de un año. Si la salida de heces es involuntaria, a menudo está relacionada con estreñimiento, impactación o retención de heces.

La edad de comienzo para la encopresis primaria es, por definición, hacia los 4 años, mientras que la secundaria empieza entre los 4 y 8 años. El curso raramente es crónico.

La asociación con otros síntomas psicopatológicos (p. ej. retraimiento y comportamiento antisocial) es frecuente. La enuresis concurre en el 25% de los pacientes. La forma más frecuente de enuresis es la primaria y nocturna, mientras en el caso de la encopresis la más frecuente es secundaria y diurna.

### **Epidemiología**

La encopresis es menos común que la enuresis. En torno a los 3 años, el 16% de los niños muestran todavía signos de incontinencia fecal una vez a la semana o más, pero en torno a los 4 años sólo el 3%. A los 7 años sólo el 1,5% de los niños todavía no han conseguido la continencia, y a los 10-11 años esta cifra desciende al 0.8%. La mayor parte de los niños identificados en las encuestas muestran más probablemente el fenómeno de marcado secundario a estreñimiento, y sólo una minoría verdadera encopresis. Esta se produce raramente en adolescentes. Existe un predominio masculino de 3-4:1. Se da una aparición familiar de la encopresis, con el 15% de los padres que han sufrido encopresis en la niñez. No existen diferencias consistentes en función de la clase social. Se han observado tasas más altas en individuos con retraso mental, especialmente en los casos moderados y graves.

Como factores predisponentes destacan el aprendizaje inadecuado de los hábitos higiénicos y el estrés psicosocial, como la entrada a la escuela y el nacimiento de un hermano.

### **Necesidad de unidad de criterios**

El carácter concreto y objetivo de la manifestación encoprética hace que el diagnóstico sea relativamente sencillo, si el niño cumple los criterios de frecuencia, duración, y edad. Por tanto no se trata tanto de unificar criterios como de hacer una clasificación lo más comprehensiva posible, es decir, que brinde la posibilidad de encuadrar todos los casos en los que la encopresis aparece como síntoma.

La dicotomía entre **involuntaria** o **intencional** tiene importantes implicaciones clínicas. En los casos en los que la encopresis es intencionada, el niño ha adquirido un control esfinteriano adecuado pero depone las heces en lugares inapropiados en respuesta a tensiones familiares o de forma totalmente intencionada. El episodio puede aparecer como consecuencia de un proceso de desorganización o regresión secundario a una situación de importante tensión emocional o puede producirse en el marco de una actitud de represalia contra los

cuidadores. En los casos en los que el niño no ha logrado un control esfinteriano adecuado puede no ser consciente del episodio encopretico o puede ser consciente pero incapaz de controlarlo.

De igual forma, el carácter **retentivo** o **no retentivo** tiene utilidad clínica. El estreñimiento crónico y por tanto la retención de heces pueden ser consecuencia de la combinación de diversos factores, como son la evitación del dolor que produce la defecación en el caso de que exista una fisura anal, la lucha entre los padres y el niño en el proceso de entrenamiento del control esfinteriano, o la evitación fóbica de la defecación en base a una experiencia negativa real o imaginaria. El estreñimiento provoca impactación fecal, y las heces líquidas tienden a rebosar en torno a la impactación. Los esfuerzos del niño mediante la contracción anal para evitar el paso involuntario de las heces puede incrementar la cantidad de heces retenidas.

Con la distensión rectal, el esfínter anal interno se vuelve débil y arreactivo, y la sensación de paso de las heces a través del recto disminuye. El niño puede perder conciencia del paso de las heces, y su olfato puede llegar a habituarse al olor.

De todos los casos de encopresis, un 80-95% cursa con estreñimiento y retención fecal; en el 5-20% de los casos restantes se trata de formas de encopresis no retentiva. La bibliografía sobre esta última forma, en la que la retención fecal no es el componente etiológico primario, no abunda.

En definitiva, la categorización más comprehensiva contiene las siguientes categorías:

- 1) intencional - no retentiva:** niños que tienen control esfinteriano, pero de forma intencionada deponen en lugares inapropiados por razones psicológicas
- 2) involuntaria - no retentiva:** debida a incapacidad para controlar adecuadamente el esfínter o por una falta de conciencia del proceso
- 3) involuntaria - retentiva:** heces demasiado fluidas debido a un desbordamiento retentivo (75% de estos casos) pero que también podría ser secundario a diarrea, o a ansiedad

También resulta de utilidad clínica la diferenciación entre encopresis **primaria** y **secundaria**, que representa el 50-60% de todos los casos, y en la que los factores médicos o psicológicos tendrían mayor importancia. Los niños con encopresis primaria presentan con más frecuencia retrasos en el desarrollo. En las formas de encopresis primaria es también frecuente encontrar que el estreñimiento se

establece antes de que el niño domine las habilidades que requiere el control esfinteriano.

## **SIGNOS Y SINTOMAS DE DETECCIÓN Y/O DERIVACIÓN**

### **A.- Detección:**

1.- A pesar de su alta prevalencia puede pasar desapercibida a no ser que los profesionales de la salud interroguen de forma específica sobre aspectos relacionados con el control esfinteriano.

- **Control evolutivo en programa de niño sano:**

- a) **deposiciones en lugares inapropiados** (incluida ropa interior).
- b) **prestar atención a posibles marcados secundarios a estreñimiento.**
- c) **condiciones de la defecación:** aislamiento y concentración que no puede diferenciarse de la habitual en un niño que va normalmente al retrete; otros evacuan sus heces sin cesar en sus actividades; otros dejan que las heces se les escapen por el camino, mientras corren hacia el retrete.
- d) **actitud del niño hacia sus heces variable:** indiferencia a su síntoma; conductas de disimulo y de acumulación; muy raramente, intenta disimular lavando la prenda; también muy raramente se encuentra al niño provocador, que exhibe su ropa sucia, indiferente a reproches y regañinas.

2.- Dolores abdominales, aumento del volumen de las heces y estreñimiento crónico.

3.- En las chicas son frecuentes las infecciones de la vía urinaria e incluso las pielonefritis crónica.

4.- Síntomas neuroevolutivos: falta de atención, hiperactividad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración e incoordinación.

### **B.- Derivación:**

1.- El Pediatra de Atención Primaria o en su defecto el Médico de Cabecera son los primeros en identificar el problema y plantear una intervención de primera línea.

2.- Si el niño es negativista u opositor respecto a las instrucciones del adulto derivar a Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

## DIAGNÓSTICO

**A.** Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.

**B.** Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.

**C.** La edad cronológica o mental es por lo menos de 4 años.

**D.** El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., laxantes) ni a una enfermedad médica excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

De acuerdo con el **DSM-IV** existen dos subtipos, **con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento**, y **sin estreñimiento ni incontinencia por desbordamiento**.

Según la **CIE-10**, los criterios son idénticos salvo los referidos a la frecuencia, siendo suficiente con un episodio al mes, y debe presentarse durante al menos 6 meses. Aporta también una clasificación opcional, que distingue entre los casos en los que se produce un fracaso de la adquisición del control esfinteriano como expresión de la enseñanza inadecuada del control de esfínteres o de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza, frente aquellos en los que las deposiciones se producen en lugares inadecuados a pesar de un control esfinteriano normal o aquellos en los que las deposiciones son líquidas por rebosamiento secundario a retención.

No está clara la separación entre la encopresis que acompaña algún trastorno de las emociones o del comportamiento y los trastornos psiquiátricos en los que la encopresis es uno de sus síntomas. El criterio diagnóstico es codificar la encopresis si es la manifestación predominante. En caso de asociarse a enuresis tiene preferencia la codificación de la encopresis.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La principal dificultad reside en que la encopresis puede ser un **síntoma** de otros procesos o puede ser un **síndrome** en sí mismo.

En un **primer paso** es importante identificar **patología potencial**, ya sea **médica, evolutiva o conductual**:

- Para descartar **PATOLOGÍA MÉDICA**, se hace imprescindible llevar a cabo una anamnesis y una exploración física, pues constituyen las herramientas diagnósticas necesarias para identificar los casos de

encopresis retentiva y factores orgánicos relacionados. La patología médica que causa estreñimiento permite el diagnóstico concurrente de encopresis, pero no es así en los casos en los que la incontinencia fecal se relaciona con procesos que no producen estreñimiento (tal es el caso de la diarrea crónica). En la **Tabla 1** se recogen los distintos apartados de la historia y de la exploración física, y en la **Tabla 2** se recogen los principales diagnósticos diferenciales. Si el tratamiento no es eficaz o la historia o la exploración física sugieren una etiología orgánica, pueden ser útiles diversas pruebas complementarias, como una radiografía de abdomen, análisis de laboratorio, enemas baritados, manometría rectal o biopsia.

- Descartar **PATOLOGÍA EVOLUTIVA** tipo **retraso mental** y **trastornos generalizados del desarrollo**. También se han descrito este tipo de conductas en niños con **trastornos del control de los impulsos** o con **TDAAH**, donde los episodios estarían relacionados con la falta de atención.
- Descartar la posibilidad de que exista **PATOLOGÍA CONDUCTUAL**, como agresión, oposicionismo, negativismo y/o rabietas.

Los **factores psicodinámicos** generalmente se centran en la relación madre-hijo o en la fijación en la auto-estimulación anal como una fuente de placer. En este sentido hay que tener presente que han sido descritos casos de encopresis postraumática con agresión sexual anal.

<b>TABLA 1.- Historia y Exploración Física en niños con encopresis</b>	
<b>Historia</b>	<p><b>1.- Heces</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tamaño</li> <li>• consistencia</li> <li>• periodicidad</li> </ul> <p><b>2.- Historia de estreñimiento:</b> edad de inicio</p> <p><b>3.- Historia de encopresis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• edad de inicio</li> <li>• tipo y cantidad de deposiciones</li> </ul> <p><b>4.- Alimentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo y cantidad de alimentos</li> <li>• cambios en la dieta</li> <li>• pérdida de apetito</li> </ul> <p><b>5.- Dolor abdominal</b></p> <p><b>6.- Fármacos</b></p> <p><b>7.- Síntomas urinarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• enuresis nocturna o diurna</li> <li>• infecciones del tracto urinario</li> </ul> <p><b>8.- Historia familiar de estreñimiento</b></p> <p><b>9.- Factores estresante personales o familiares</b></p>
<b>Exploración Física</b>	<p><b>1.- Talla</b></p> <p><b>2.- Peso</b></p> <p><b>3.- Exploración abdominal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• distensión</li> <li>• masa, especialmente suprapúbica</li> </ul> <p><b>4.- Exploración rectal</b></p> <p><b>5.- Exploración neurológica</b></p>

<b>TABLA 2.- Diagnóstico diferencial de la encopresis</b>		
<b>RETENTIVA</b>	Estreñimiento funcional (95%)	
	Orgánica (5%)	<p><b>1.- Causa Anal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisuras</li> <li>• Estenosis/atresia con fístula</li> <li>• Desplazamiento anterior del ano</li> <li>• Trauma</li> <li>• Reparación post-quirúrgica</li> </ul> <p><b>2.- Causas neurogénicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Hirschsprung</li> <li>• Pseudoobstrucción intestinal crónica</li> <li>• Trastornos de la médula espinal</li> <li>• Parálisis cerebral/hipotonía</li> <li>• Masa pélvica</li> </ul> <p><b>3.- Enfermedad neuromuscular</b></p> <p><b>4.- Causas endocrinas/metabólicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Hipercalcemia</li> <li>• Intoxicación por plomo</li> </ul> <p><b>5.- Fármacos</b></p>
<b>NO RETENTIVA</b>	No orgánica (99%)	
	Orgánica (1%)	<p>Colitis ulcerosa grave</p> <p>Enfermedades adquiridas de médula espinal (p.e. lipoma sacro, tumor de médula espinal)</p> <p>Lesión posquirúrgica del esfínter anal</p>

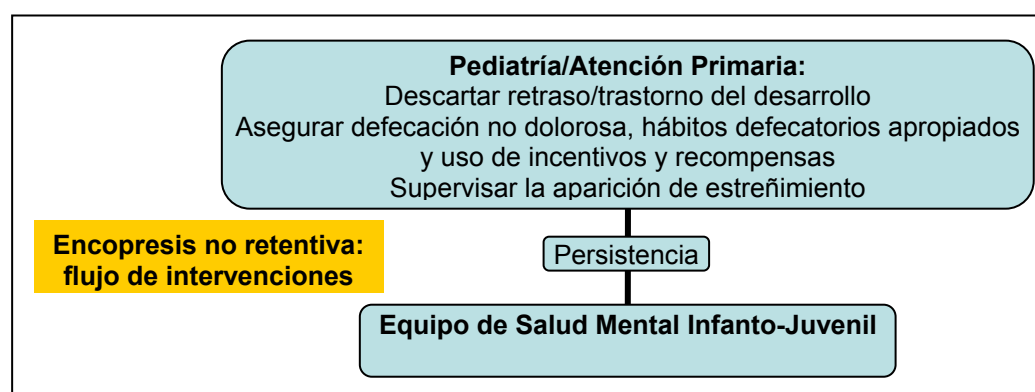
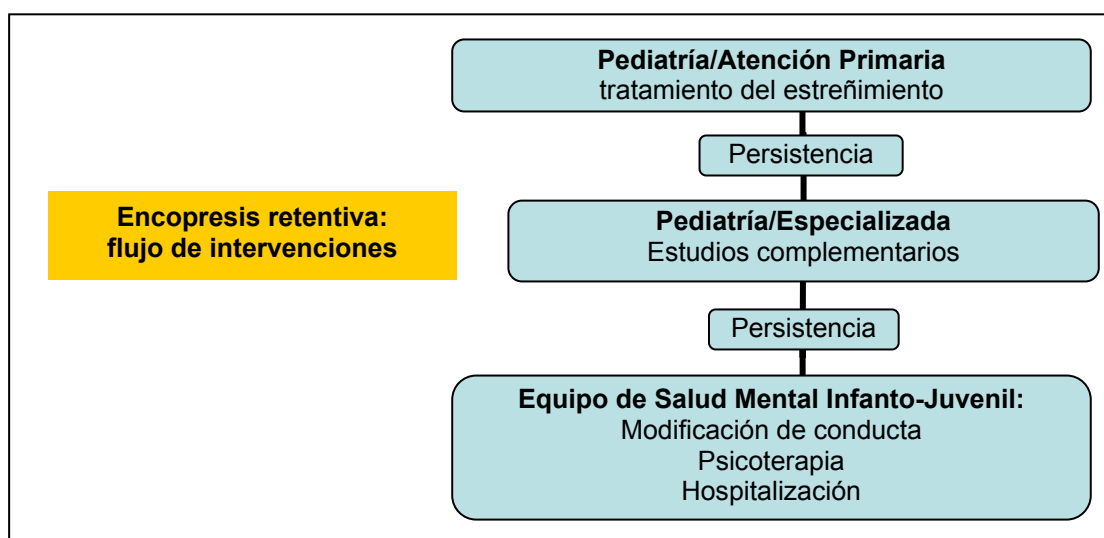


## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

En la mayoría de los casos (78%) es sensible a intervenciones conductuales relativamente sencillas que incluyan componentes educativos, conductuales y fisiológicos.

### Principios generales:

- Tranquilizar al niño, decirle que no es el único en sufrir este problema, que les ocurre a otros muchos otros niños.
- Explicarle de forma apropiada a su edad los mecanismos de la defecación.
- Indicar a los padres que deben ignorar el marcado de la ropa interior salvo cuando se les implique en algún programa de modificación de conducta.
- Disuadir a los padres para que no adopten actitudes punitivas cuando el niño ensucia la ropa interior.
- Esfuerzo en promover actividades que permitan que las relaciones paterno-filiales se desarrollen de forma más positiva.
- En caso de abordaje psicológico supervisar el desarrollo de estreñimiento. En caso de que tenga lugar aplicar el tratamiento médico adecuado.



**BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC; American Psychiatric Association, 1994.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition Text Revision. Washington, DC; American Psychiatric Association, 2000.
3. Kuhn BR et al. Treatment Guidelines for Primary Nonretentive Encopresis and Stool Toileting Refusal, American Family Physician 1999; 59(8): 2171-8 & 2184-6.
4. Gelder M, López-Ibor JJ, Andreasen N, New Oxford Textbook of Psychiatry, Oxford University Press, 2003.
5. Graham P, Child Psychiatry. A developmental approach. Oxford University Press, 1991.
6. Marcelli D, Ajuriaguerra J, Psicopatología del Niño, Masson, 1996.
7. Weiner J. M. Weiner, Dulcan M.K., Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, 3<sup>rd</sup> Edition. Washington, DC; American Psychiatric Publishing, 2004.
8. WHO, The ICD-10 Clasification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, 1992.