

Editorial

La frecuencia normal de las deposiciones varía con la edad. Los lactantes evacúan una media de cuatro deposiciones al día, ritmo que va disminuyendo progresivamente con un promedio de hasta dos deposiciones al día al año de edad y una deposición al día a los cuatro años. No obstante, existe una considerable variabilidad de un niño a otro y, por ejemplo, un bebé normal alimentado con leche materna puede evacuar una deposición blanda después de cada mamada o una deposición por semana. Numerosos son los factores que regulan la frecuencia y la naturaleza de las deposiciones: la predisposición genética que controla la anatomía del colon y el recto, las ingestiones diarias de fibra y líquido, el tono de la musculatura abdominal, la actividad general del niño y, por último, su desarrollo psicológico, que puede ser, en algunas circunstancias, responsable del comportamiento de retención. Además, los hábitos de vida de los niños en países desarrollados tienden probablemente a favorecer el estreñimiento: la ingestión de fibras alimenticias es reducida, la actividad física está a menudo limitada y los padres son más conscientes de las posibles causas orgánicas del estreñimiento.

Los padres consideran que las deposiciones reflejan el estado de salud de su hijo o hija, especialmente durante los primeros años de vida. En consecuencia, se preocupan nada más observar que las deposiciones son demasiado grandes o demasiado duras, dolorosas o infrecuentes. Esto explica por qué el estreñimiento, definido como 'retardo o dificultad en la defecación, se presente durante dos o más semanas' o como la ecuación de menos de tres deposiciones por semana, que es la molestia digestiva más frecuente en los niños, por lo menos en el mundo desarrollado. Esta aseveración queda reforzada por el hecho

de que el estreñimiento crónico puede asociarse a dolor abdominal recurrente, disminución del apetito y el ensuciamiento fecal de la ropa.

De este modo, era responsabilidad de *Annales Nestlé* dedicar todo un número a un problema en salud extremadamente frecuente y, a menudo, realmente perturbador para el niño y su familia.

El Dr. Peter Milla, del Instituto de Salud Infantil, Londres (Reino Unido), de renombre internacional por su especialidad en motilidad intestinal, abre el número con una perspectiva general del tiempo de tránsito, la motilidad colónica, los mecanismos de defecación y las causas del estreñimiento. Aprendemos que el tránsito colónico representa el 90% de todo el tiempo de tránsito intestinal; se describen perfectamente los diversos métodos utilizados para medir el tiempo de tránsito colónico, las pautas de actividad motora colónica, las pautas finamente coordinadas de fenómenos motores durante la defecación y su control. Se reevalúa la utilidad de la manometría anorrectal en el diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung frente al estreñimiento funcional. Por último, se resumen claramente los mecanismos conducentes al estreñimiento funcional, con mucho la forma de estreñimiento más frecuente. De este modo, se establece firmemente el escenario para los siguientes artículos de este número.

La Dra. Frederique Sauvat, cirujana del Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Necker-Enfants Malades de París (Francia), revisa las diversas causas de estreñimiento y las enfermedades o malformaciones que deben considerarse frente a un niño estreñido. El artículo se centra en torno a la interrogante primordial: ¿Presenta el niño la enfermedad de Hirschsprung, la causa orgánica más grave y frecuente de estreñimiento (con una inciden-

cia de 1 caso de cada 4.500 nacimientos vivos) o estreñimiento funcional, la forma de estreñimiento más frecuente? Se exponen con claridad los argumentos clínicos, radiológicos, manométricos e histológicos que señalan la enfermedad de Hirschsprung. Además, se abordan las demás causas extrafuncionales del estreñimiento. Al final del capítulo, el lector debería ser capaz de diagnosticar la enfermedad de Hirschsprung sin necesidad de prescribir en exceso procedimientos invasores, como el enema baritado, la manometría anorrectal o la biopsia rectal.

Si bien el diagnóstico del estreñimiento funcional suele ser más bien sencillo, su tratamiento sigue siendo problemático y a menudo exige la administración de medicaciones a largo plazo. El tesón del grupo del Dr. Jan Taminiu y el Dr. Marc Benninga del Hospital Infantil Emma de Amsterdam (Países Bajos), ha permitido dedicar mucho tiempo, perseverancia y energía a diseñar meticulosamente estudios prospectivos y aleatorizados en cohortes de niños estreñidos. En consecuencia, su artículo sobre 'Tratamiento actual del estreñimiento infantil' no es sólo una revisión excelente de los procedimientos actuales sino también y sin duda alguna sobre todo el resumen de una enorme experiencia, que se brinda ahora al lector y que cubre toda la gama de posibles tratamientos: educación y asesoramiento de los padres y los hijos, referentes, especialmente, a la alimentación y al adiestramiento del retrete, a la desimpacción fecal, al tratamiento de mantenimiento, al tratamiento y la retroalimentación conductuales y apendicostomía en casos raros, graves y a menudo orgánicos.

Por último, una de las complicaciones más perturbadoras y desalentadoras del estreñimiento es la incontinencia fecal (IF). No es sorprendente que el mismo grupo de Amsterdam, en posesión de una de las experiencias más amplias sobre el estreñimiento, sea también un centro de referencia del ensuciamiento fecal o la incontinencia fecal funcional en niños. El Dr. Marc Benninga dirigió el último artículo de este número de *Annales Nestlé*. Aquí también, en la experiencia del grupo se basó una revisión excelente del tema. El mensaje más significativo en este capítulo es la distinción esencial efectuada por los autores entre IF secundaria a estreñimiento funcional (EF; IF debida a EF) e incontinencia fecal no retentiva funcional (IFNRF), es decir, IF no relacionada con EF. De hecho, esta distinción es primordial: en el primer caso, la IF se resuelve más bien fácilmente cuando se procede al tratamiento del EF; por otra parte, la IFNRF se vincula frecuentemente a problemas psicológicos, psiquiátricos o neurológicos y es mucho más difícil de tratar. Es probable que precise un tratamiento multimodal en el que se incluya cierta ayuda psicoterapéutica; no obstante, éste es un aspecto que nunca ha sido demostrado. Por lo tanto, la IFNRF sigue siendo un proceso desalentador para el médico.

Aunque considerado frecuentemente un síntoma trivial, el estreñimiento puede plantear problemas diagnósticos y terapéuticos. Confiamos que este número de *Annales Nestlé* contribuya a que los pediatras informen y asesoren correctamente a los padres, resolviendo de este modo la mayoría de estos problemas.

El Comité de Redacción