

DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y RECURRENTE EN PEDIATRÍA

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal crónico y recurrente muchas veces consideran que es una somatización por parte del niño, pero actualmente se tiene explicaciones fisiopatológicas que explican la presencia de estos dolores sin restarle la importancia que se merecen.

La caracterización de estos tipos de dolores abdominales son dados por la clasificación de ROMA IV del 2016. ROMA es una organización internacional ubicada en Roma que se encarga de hacer estudios multidisciplinarios a nivel mundial, no solamente en población europea, en donde realizan encuestas precisas sobre síntomas y signos tanto referidos como padres como pacientes para caracterizar a partir de criterios diagnósticos ciertos trastornos de origen funcional asociados al sistema gastrointestinal. Se tiene muchas clasificaciones tanto para adultos como para niños.

Estos trastornos funcionales son entidades que a largo plazo afectan la calidad de vida de los pacientes. Muchas veces solo se le da importancia a los trastornos orgánicos, pero realmente los trastornos funcionales también tienen un impacto en la calidad de vida de la población.

DEFINICIÓN

Dolor abdominal crónico y recurrente: En 1958 un autor Americano definía el dolor abdominal crónico aquel que se presentaba 3 veces al mes al menos por 3 meses. Luego, en el 2005 la academia americana definió como aquel dolor abdominal de larga duración que puede ser de origen funcional u orgánico.

EPIDEMIOLOGÍA

- 2-4%. Es un motivo de consulta frecuente en atención primaria.
- 50% como motivo de consulta en gastroenterología pediátrica
- 13-17% de las consultas corresponde a dolor abdominal crónico. Muchas veces son niños remitidos a pediatría o gastroenterología, pero el médico general puede hacer un abordaje inicial diagnóstico e inclusive de paraclínicos.
- 67% de los dolores abdominales son de origen funcional. Es decir, la mayoría de los dolores abdominales son funcionales.
- 33% de los dolores abdominales son de origen orgánico


DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastornos gastrointestinales orgánicos
- Trastornos no gastrointestinales orgánicos, por ejemplo de origen pélvico, renal, hepático, etc.
- Trastornos gastrointestinales funcionales ROMA IV

BANDERAS ROJAS

• **HC Y EF. COMPLETOS**

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	
<ul style="list-style-type: none">• Edad menor a 4 años• Dolor localizado, excéntrico o irradiado.• Dolor despierta durante el sueño• Dolor en hipocondrio o FI derecha• Dolor referido a espalda u hombros.	<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares de enf. GI• Disfagia• Úlceras orales recurrentes• Vómitos biliosos/Hematemesis• Melenas• Hematoquecia• Ictericia• Pérdida oculta de sangre GI• Diarrea crónica inexplicada• Abdomen Agudo• Fisuras y lesiones Anales



EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Todo inicia con una HC y examen físico adecuado. Con una buena HC se puede definir la necesidad de estudios adicionales o la caracterización de un trastorno funcional para realizar un manejo integral.

Apenas se tenga como motivo de consulta el dolor abdominal crónico o recurrente se debe determinar banderas rojas. Es importante determinar estas banderas rojas porque pueden ser un trastorno orgánico que amenace la vida del paciente. Estas banderas rojas o **signos y síntomas de alarma** para considerar un trastorno orgánico son:

- Edad menor a 4 años: Todo menor de 4 años con dolor abdominal crónico recurrente realmente el origen funcional es muy infrecuente, se debe pensar primero en una causa orgánica.
- Dolor localizado, excéntrico o irradiado
- Dolor que despierta durante el sueño
- Dolor en hipocondrio o FI derecha
- Dolor referido a espalda u hombros
- Antecedentes familiares de enfermedad gastrointestinal, por ejemplo una enfermedad de Crohn
- Disfagia
- Úlceras orales recurrentes
- Vómitos biliosos / Hematemesis
- Diarrea crónica
- Melenas
- Hematoquecia
- Ictericia

- Pérdida oculta de sangre GI
- Diarrea crónica inexplicada, sin causa clara.
- Abdomen agudo
- Fisuras y lesiones anales
- Pérdida de peso
- Retraso en crecimiento lineal
- Retraso en la pubertad
- Anorexia verdadera
- Disuria, hematuria
- Anemia
- Leucocitosis
- Hipoalbuminemia
- Marcadores inflamatorios elevados como PCR, VSG.
- Fiebre inexplicable
- Síntomas articulares, sobre todo en adolescentes que puede hacer pensar en enfermedades autoinmunes.
- Rash inexplicado

Exploraciones complementarias iniciales:

- Hemograma tipo IV
- Bioquímica sanguínea: Pruebas de función hepática, renal, pancreática, incluidas las bilirrubinas.
- VSG
- Parásitos en heces
- Sangre oculta en heces
- Parcial de orina, urocultivo
- Ecografía abdominal y pélvica. Solamente hay correlación cuando se encuentra masas. Solo un 10% sale anormal. Sin embargo, si se sospecha de alguna masa o dolor localizado, vale la pena realizar la ecografía.
- Otros según los hallazgos clínicos y la sospecha diagnóstica.

Diagnóstico diferencial de dolor abdominal crónico en niños. Entidades de tipo orgánica:

- Trastornos orgánicos GI
 - ❖ Enfermedad ácido péptica
 - ❖ Causas infecciosas
 - ❖ Enfermedad eosinofílica
 - ❖ Enfermedad biliar
 - ❖ Trastornos pancreáticos
 - ❖ Hepatitis crónica
 - ❖ Enfermedad inflamatoria intestinal
 - ❖ Pólipos
 - ❖ Cuerpos extraños
 - ❖ Enfermedades quirúrgicas
 - ❖ Malabsorción de carbohidratos

- ❖ Tumor

- Trastornos no orgánicos gastrointestinales

- ❖ Inflamación/ Infección respiratoria
- ❖ Infección urinaria recurrente
- ❖ Nefrolitiasis - Trastornos ginecológicos
- ❖ Porfiria
- ❖ DM
- ❖ Envenenamiento con plomo
- ❖ Enfermedad del colágeno
- ❖ Enfermedad de células falciformes
- ❖ Trauma

Lo importante al realizar la historia clínica de un dolor abdominal crónico o recurrente es determinar de entrada si el origen es orgánico o funcional. La parte orgánica generalmente es una urgencia, en cambio la funcional no es una urgencia como tal, pero tiene un abordaje que debe ser multidisciplinario.

Si en la HC no se encuentran signos de bandera roja, se puede pensar que el niño realmente tiene una entidad funcional.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES DE ORIGEN FUNCIONAL EN PEDIATRÍA

Si no se considera un origen orgánico, se va a pensar que posiblemente ese niño estará enmarcado en un trastorno gastrointestinal de origen funcional.

Son trastornos de la interacción intestino - cerebro

En 2016 Douglas y William se encargaron de hacer un abordaje más profundo sobre la base biopsicosocial de la enfermedad. Ellos describen que hay estudios fisiopatológicos que indican que en realidad estos trastornos se deben a una alteración en la interacción intestino-cerebro. Esto último indica que realmente no es como muchas personas creen que son debidos a una somatización por parte del niño, sino que realmente hay una base fisiopatológica detrás.

Table 1. Functional Gastrointestinal Disorders

A. Esophageal Disorders	
A1. Functional chest pain	A4. Globus
A2. Functional heartburn	A5. Functional dysphagia
A3. Reflux hypersensitivity	
B. Gastroduodenal Disorders	
B1. Functional dyspepsia	B3. Nausea and vomiting disorders
B1a. Postprandial distress syndrome (PDS)	B3a. Chronic nausea vomiting syndrome (CNVS)
B1b. Epigastric pain syndrome (EPS)	B3b. Cyclic vomiting syndrome (CVS)
B2. Belching disorders	B3c. Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS)
B2a. Excessive supragastric belching	B4. Rumination syndrome
B2b. Excessive gastric belching	
C. Bowel Disorders	
C1. Irritable bowel syndrome (IBS)	C2. Functional constipation
IBS with predominant constipation (IBS-C)	C3. Functional diarrhea
IBS with predominant diarrhea (IBS-D)	C4. Functional abdominal bloating/distension
IBS with mixed bowel habits (IBS-M)	C5. Unspecified functional bowel disorder
IBS unclassified (IBS-U)	C6. Opioid-induced constipation
D. Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain	
D1. Centrally mediated abdominal pain syndrome (CAPS)	
D2. Narcotic bowel syndrome (NBS)/ Opioid-induced GI hyperalgesia	
E. Gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) Disorders	
E1. Biliary pain	
E1a. Functional gallbladder disorder	
E1b. Functional biliary SO disorder	
E2. Functional pancreatic SO disorder	
F. Anorectal Disorders	
F1. Fecal incontinence	F2c. Proctalgia fugax
F2. Functional anorectal pain	F3. Functional defecation disorders
F2a. Levator ani syndrome	F3a. Inadequate defecatory propulsion
F2b. Unspecified functional anorectal pain	F3b. Dysynergic defecation
G. Childhood Functional GI Disorders: Neonate/Toddler	
G1. Infant regurgitation	G5. Functional diarrhea
G2. Rumination syndrome	G6. Infant dyschezia
G3. Cyclic vomiting syndrome (CVS)	G7. Functional constipation
G4. Infant colic	
H. Childhood Functional GI Disorders: Child/Adolescent	
H1. Functional nausea and vomiting disorders	H2a1. Postprandial distress syndrome
H1a. Cyclic vomiting syndrome (CVS)	H2a2. Epigastric pain syndrome
H1b. Functional nausea and functional vomiting	H2b. Irritable bowel syndrome (IBS)
	H2c. Abdominal migraine
H1b1. Functional nausea	H2d. Functional abdominal pain – NOS
H1b2. Functional vomiting	H3. Functional defecation disorders
H1c. Rumination syndrome	H3a. Functional constipation
H1d. Aerophagia	H3b. Nonretentive fecal incontinence
H2. Functional abdominal pain disorders	
H2a. Functional dyspepsia	

Se observa la clasificación ROMA IV tanto de niños como adultos. A partir de la clasificación G se empieza a hablar de la población pediátrica. La clasificación G incluye neonatos y preescolares hasta los 4 años de edad. A partir de la clasificación H se incluye escolares y adolescentes.

En esta clase se tendrá en cuenta los desórdenes gastrointestinales de la clasificación H2, que es todo lo que tiene que ver con los trastornos funcionales del dolor abdominal

Existe también la clasificación H1 que es la que tiene que ver con los trastornos que tienen que ver con náuseas y vómitos.

La clasificación H3 tiene que ver con la constipación o el estreñimiento.

En la clasificación G, que tiene en cuenta neonatos y preescolares se tendrá en cuenta la constipación funcional

CLASIFICACIÓN H2: TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES RELACIONADOS CON DOLOR ABDOMINAL

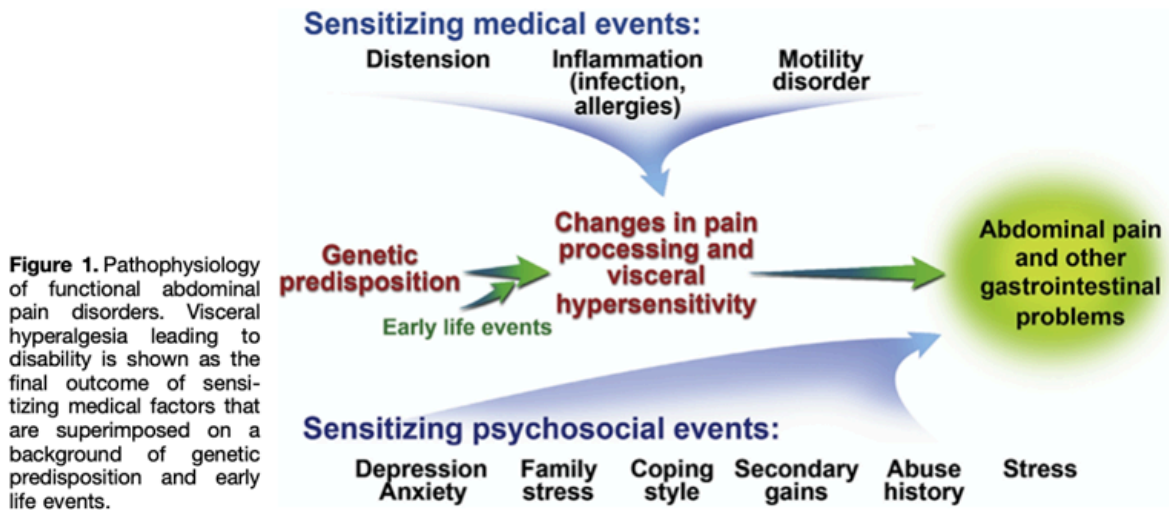
De la clasificación H2 se desprenden 4 clasificaciones:

- H2a: Dispepsia funcional
- H2b: Síndrome de intestino irritable
- H2c: Migraña abdominal

- H2d: Dolor abdominal funcional no especificado

Antes se hablaba de dolor abdominal relacionado con trastornos GI funcionales, pero ahora se habla de que el dolor abdominal tiene sus propios trastornos gastrointestinales de origen funcional. Por esto, se pasó del nombre de “dolor abdominal relacionado con trastornos GI funcionales” a “trastornos funcionales del dolor abdominal”

FISIOPATOLOGÍA



Hay un control central de todo el cuerpo que se encuentra constituido por neuronas aferentes y eferentes que vienen desde el cerebro y el intestino. Es decir, existe una conexión entre estos dos sistemas.

Se debe tener en cuenta que así como se tiene serotonina a nivel de las neuronas cerebrales, también se tiene a nivel gastrointestinal. Cuando se tiene alteraciones de la serotonina cerebral, esto afecta la serotonina de las células gastrointestinales, y viceversa. Por ejemplo, cuando se está nervioso frente a un examen, se empieza a presentar síntomas como náuseas, diarrea, lo que indica ese aumento de la serotonina por esa conexión entre el intestino y el cerebro. Además, la serotonina a nivel gastrointestinal tiene una gran variedad de funciones, se encarga de la secreción, de regular procesos inflamatorios, etc.

Si se altera la serotonina GI o cerebral, habrá una respuesta por esa conexión.

Muchas de las emociones, como la ansiedad o depresión se relacionan con dolor abdominal por esa misma alteración de la serotonina.

En las personas con dolor abdominal crónico o recurrente esa alteración fisiopatológica que se ha explicado para que esa alteración de la serotonina sea recurrente se ha dicho que es debido a que existen factores gatillo o activantes para llevar a esa recurrencia, no es solamente por la interacción intestino cerebro sino también se ha encontrado una alteración de la sensibilidad. Cuando se investiga estos pacientes, se ha encontrado que tuvieron por ejemplo una diátesis o algún proceso en la etapa neonatal o en su infancia, que lo llevó a estar sometido a dolor. Por ejemplo, un bebé que nace con una gastrosquisis, con una

atresia esofágica que requirió cirugía, como fue sometido a un proceso de dolor a nivel GI, eso lleva a una remodelación de las vías sensitivas, lo que lleva a una hiperalgesia para el paciente. Es decir, es un niño que sufrió un dolor recurrente debido a una cirugía y posiblemente queda con secuelas como malabsorción, dolor, entonces incluso la motilidad gastrointestinal fisiológica le puede producir dolor por la remodelación, y si además está en un ambiente estresante familiar o escolar, o el niño tiene una entidad de depresión o ansiedad, todo esto generará que ese dolor se vuelva crónico y recurrente. Es por esta razón que muchas veces estos niños cuando tienen una evaluación final les da un dolor abdominal. Siempre se debe buscar factores tanto de enfermedad como del contexto biopsicosocial del niño.

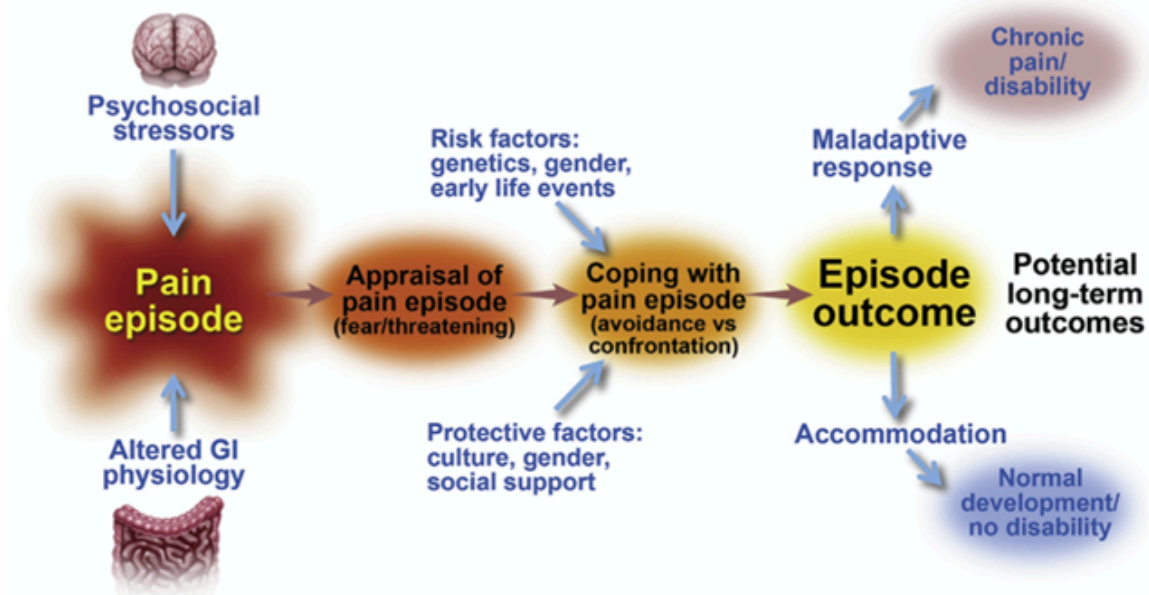


Figure 2. The appraisal of any pain episode experienced by a child may have significant impact on the child's ability to cope effectively and accommodate to the pain, and consequently his or her normal function and development. In the presence of risk factors or when protective factors are less effective, the child may develop a maladaptive response leading to a state of chronic pain. From Walker et al,⁹⁰ adapted with permission.

La idea es realizar una intervención en la forma de afrontar el dolor. El niño de por sí ya tiene la hiperalgesia de base, tiene posiblemente factores estresantes en el hogar, y como el dolor es un factor estresante que se alimenta de la depresión, ansiedad, o los problemas familiares del niño, entonces todo esto será un círculo vicioso que aumentará la comorbilidad en el paciente. Por tanto, la idea es romper el círculo vicioso y hacer un abordaje integral no solamente con medicamentos o con las medidas nutricionales, sino también un abordaje social con psicología o psiquiatría, con el fin de que se controle ese dolor. A medida que el dolor se calma, la serotonina se regula y se va cortando ese círculo vicioso.

H2A: DISPEPSIA FUNCIONAL

Se refiere a síntomas especialmente de origen gástrico, aunque también pueden ser de origen intestinal. Se ve sobre todo en niños que han tenido una infección GI por ejemplo de origen viral, que después generan una paresia gastrointestinal, el intestino y el estómago dejan de tener la mortalidad que tenían anteriormente, lo que genera la sintomatología resultante.

Prevalencia 3 - 27%

Puede ser de tipo péptica por alteración a nivel de la función del estómago, o puede ser de tipo dismotilidad por alteración a nivel intestinal.

Criterios de diagnóstico:

Debe incluir 1 o más de los siguientes síntomas molestos por lo menos por 4 días por mes:

1. Plenitud postprandial
2. Saciedad temprana
3. El dolor epigástrico o ardor no asociado con defecación
4. Después de la evacuación apropiada, los síntomas no pueden ser completamente explicados por otra condición médica

Los criterios se cumplieron durante al menos 2 meses antes del diagnóstico.

Subtipos:

1. Síndrome de distrés postprandial: Incluye molestos síntomas de plenitud postprandial o saciedad temprana que impide terminar una comida regular. Puede incluir distensión abdominal superior, náuseas postprandiales, eructos excesivos.
2. Síndrome de dolor epigástrico, que incluye todas las siguientes: síntomas molestos, el dolor o ardor localizado en el epigastrio. El dolor no es generalizado o localizado a otra región abdominal o regiones en el pecho y no se alivia con la defecación o flatos. Los criterios de apoyo pueden incluir: a. Dolor tipo ardor, pero sin componente retroesternal y b. El dolor comúnmente es inducido o mejorado por la ingestión de una comida, pero puede ocurrir durante el ayuno.

Tratamiento:

- Alimentos (Alimentos con nitratos, picantes) - factores psicológicos
- Inhibidores bomba de protones (0.7 - 1 mg/kg/día). Son los únicos que tienen demostrada la eficacia. Como omeprazol por 4 semanas.
- Curación: alivio sintomático completo después de 4 semanas de tratamiento
- Amitriptilina y la imipramina (0.5 mg/kg/dosis)
- Cisaprida y domperidona
- Ciproheptadina (0.25 mg/kg día), antihistamínico que regula la acción de la serotonina y regula su acción en el músculo liso. También tiene actividad anticolinérgica.
- La estimulación gástrica eléctrica en pacientes refractarios
- Si hay depresión en el niño usar antidepresivos que ayudan con la movilidad intestinal

H2B: SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Es el más frecuente. Afecta la calidad de vida del paciente porque los síntomas son intermitentes, vienen en cualquier momento

Se tiene dos extremos, aquellos niños que presentan diarrea con el dolor, otros que presentan constipación con dolor abdominal, y hay niños que presentan ambas entidades, es mixta la condición

Criterios de diagnóstico:

1. Dolor abdominal al menos 4 días al mes asociado con uno o más de los siguientes:
 - Relacionado con la defecación.
 - Un cambio en la frecuencia de las heces.
 - Un cambio en la forma (aparición) de las heces
2. En niños con estreñimiento, el dolor no se resuelve con la resolución del estreñimiento (los niños en quienes el dolor se resuelve tienen estreñimiento funcional, no síndrome del intestino irritable)
3. Después de una evaluación adecuada, los síntomas no pueden explicarse completamente por otra afección médica.

Criterios cumplidos durante al menos 2 meses antes del diagnóstico.

Tratamiento

- Determinación de la calprotectina fecal, que es un biomarcador intestinal.
 - Es indicador de inflamación intestinal, en sospecha de enf celiaca se toman.
- Probióticos
- Aceite de menta
- Laxantes y dieta
- Reducción de la ingesta de oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos, monosacáridos y polioles. Se debe reducir la ingesta de bebidas de caja, verduras, lácteos.
- Tratamientos conductuales: optimización de los síntomas-habilidades de afrontamiento

H2C: MIGRAÑA ABDOMINAL

Antecedente de migraña

Respuesta a fármacos profilácticos

La frecuencia de la migraña abdominal varía entre 1-23%, dependiendo del diagnóstico.

Criterios diagnósticos

Debe incluir todo lo siguiente que ocurra al menos dos veces:

1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal intenso, agudo, periumbilical, en la línea media o difuso que duran 1 hora o más (debe ser el síntoma más grave y angustioso)
2. Los episodios están separados por semanas o meses.
3. El dolor es incapacitante e interfiere con las actividades normales.
4. Patrón estereotípico y síntomas en el paciente individual
5. El dolor está asociado con 2 o más de los siguientes:
 - ❖ Anorexia
 - ❖ Náuseas
 - ❖ vómitos
 - ❖ Dolor de cabeza
 - ❖ Fotofobia
 - ❖ Palidez
6. Después de una evaluación apropiada, los síntomas no pueden explicarse completamente por otra condición médica.

Criterios cumplidos durante al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Tratamiento

- El plan de tratamiento se determina por la frecuencia, gravedad e impacto de la migraña abdominal
- **Profilaxis de Pizotifen** oral: máximo 1 mg/día en dosis nocturna. Es un inhibidor de aminas biógenas
- Amitriptilina → con otra alteración principalmente ansiedad o depresión
- Propanolol
- Ciproheptadina: 0.25 mg/kg/día

H2D: DOLOR ABDOMINAL FUNCIONAL, NO ESPECIFICADO

Es del 2,7% en Colombia

Criterios diagnósticos

Debe cumplirse al menos 4 veces al mes e incluir todo lo siguiente:

1. Dolor abdominal episódico o continuo que no ocurre únicamente durante eventos fisiológicos (p. ej., comer, menstruación)
2. Criterios insuficientes para síndrome de intestino irritable, dispepsia funcional o migraña abdominal
3. Después de una evaluación adecuada, el dolor abdominal no puede explicarse completamente por otra afección médica

Criterios cumplidos durante al menos 2 meses antes del diagnóstico.

Tratamiento

- Amitriptilina
- Citalopram
- Terapia cognitiva conductual: Mirar cómo afronta el niño los factores estresantes.
- Hipnoterapia

PRONÓSTICO

- Lamentablemente no es muy bueno, la mayoría persisten en el tiempo como condiciones crónicas
- $\frac{1}{3}$ resuelven
- 50% continúan con el dolor abdominal crónico después de 3 años de seguimiento
- Aceptación biopsicosocial familiar

CONCLUSIONES

- El dolor abdominal crónico es frecuente en pediatría
- Multicausal
- Puede ser orgánico o funcional
- Manejo específico y multidisciplinario.

CLASIFICACIÓN G: TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN NEONATOS Y LACTANTES

Únicamente se tendrá en cuenta la constipación funcional, que hace referencia a la clasificación G7

G7: ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

La mayoría de los problemas en menores de 4 años es por temores o por problemas en el entrenamiento asociados a la evacuación.

Prevalencia en el primer año de vida: 2.9% y 10.1% segundo año de vida

- Por regaños de la MICA
- Por entrenamiento del esfínter anal
- Por miedo

Criterios diagnósticos

Debe incluir 1 mes de al menos 2 de los siguientes en bebés de hasta 4 años de edad:

1. 2 o menor número de defecaciones por semana
2. Historia de retención excesiva de heces
3. Historia de movimientos intestinales dolorosos o difíciles
4. Historia de las heces de gran diámetro
5. La presencia de una gran masa fecal en el recto

En los niños entrenados, los siguientes criterios adicionales pueden ser utilizados:

6. Al menos 1 episodio por semana de incontinencia después de la adquisición de habilidades para ir al baño
7. Historia de las heces de gran diámetro que pueda obstruir el inodoro.

Tratamiento

- Intervención temprana.
- Educación para cuidadores y el niño.
- Evaluación completa.
- Entrenamiento. Se debe cortar el círculo vicioso de retención, ya que esto es lo que lleva al empeoramiento del estreñimiento.
- NASPGHAN: ablandadores tipo PEG y lactulosa. Los ablandadores cortan el dolor, hacen que las heces se humidifiquen, por lo que si no sienten dolor, pueden hacer deposición sin problema.

PEG-Lactulosa mínimo por 2 meses a dosis de 1g/kg para PEG. En la lactulosa se tiene en cuenta el peso del niño a partir de los 17kg todos reciben 17gr y se da por 2 meses hasta que tenga el hábito. Debe pasar 2 meses de que el niño tenga un ciclo normal de evacuación, que no tenga estreñimiento.

- Dejelo hasta como por 6 meses
- Fracaso: ausencia de fibra, no cambio de hábitos
- Asegurar la defecación sin dolor hasta que el niño se sienta cómodo y adquiera el entrenamiento
- Alergia a la proteína de la leche de vaca en el primer año. 2-4 semanas con fórmula hipoalergénica
- Refuerzo positivo.

CLASIFICACIÓN H3: TRASTORNOS FUNCIONALES DE LA DEFECACIÓN

H3A: ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Prevalencia en niños de 14 - 12%

Criterios diagnóstico para el estreñimiento funcional

Debe incluir 2 o más de los siguientes ocurren al menos una vez por semana durante mínimo 1 mes. Con criterios insuficientes para el diagnóstico de Sd. Intestino irritable

1. 2 o menor número de defecaciones en el inodoro por semana en un niño de al menos 4 años
2. Al menos 1 episodio de incontinencia fecal por semana
3. Historia de la Postura retentiva o intención excesiva de retención de las heces
4. Historia de defecaciones dolorosas o difíciles
5. La presencia de una gran masa fecal en el recto
6. Historia de heces de gran diámetro que pueda obstruir el inodoro
7. Después de la evaluación apropiada, los síntomas no pueden ser totalmente explicado por otra condición médica

Tratamiento

- Educación
- Recompensa
- Fibra y la ingesta de líquidos
- Enfoque farmacológico
 - Desimpactación rectal u oral
 - enema a 5ml/kg, si no SSN pero casi no se usa
- Terapia de mantenimiento
 - PEG a dosis más altas de 1.5g x 3 días
 - EL PEG es el ablandador. Dosis: 1,0 gr/kg durante 3 días. DOSIS MÁX: 17gr

INCONTINENCIA FECAL NO RETENTIVA:

Criterios diagnósticos

Al menos un historial de 1 mes de los siguientes síntomas en un niño con una edad de desarrollo mayor de 4 años:

1. Defecación en lugares inapropiados para el contexto sociocultural
2. Sin evidencia de retención fecal
3. Después de una evaluación médica adecuada, la incontinencia fecal no puede explicarse por otra condición médica.

Puede estar asociado a problemas conductuales, niños con problemas cognitivos.

Tratamiento

- Tratamiento de trastornos, dificultades de aprendizaje y de conducta.
- Pensar en la posibilidad de abuso sexual, por lo que se debe revisar a estos pacientes.
 - Ojo estaba defecando normal, y cambio el habito.
 - Fisuras: 6 y 12 de estreñimiento
- Terapia conductual.

Recomendaciones en investigación:

- Estudios epidemiológicos transculturales.
- Estudios de fisiopatología.
- Ensayos clínicos de tratamiento.
- Definir estrategias terapéuticas eficaces en niños con y sin déficit de neurodesarrollo